



**Gorete Maria Pereira
dos Santos**

**Hospitalização em pessoas idosas: impacto na
qualidade de vida**



**Gorete Maria Pereira
dos Santos**

**Hospitalização em pessoas idosas: impacto na
qualidade de vida**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria: Especialização em Geriatria, realizada sob a orientação científica da Prof. Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação na Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu marido e a minha mãe pelo incansável apoio e por serem uma fonte de inspiração na minha vida.

o júri

presidente

Prof. Doutor Manuel João Senos Matias

Professor Catedrático do Departamento de Geociências da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues

Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Prof. Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo

Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa

Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Prof. Doutora Marília dos Santos Rua

Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Os meus agradecimentos são dirigidos a todas as pessoas que tornaram possível a realização desta tese.

À Prof^a Doutora Liliana Sousa, orientadora da tese, agradeço a paciência e dedicação disponibilizada. Acima de tudo, pelo seu espírito crítico que contribuiu significativamente para o desenvolvimento desta dissertação e especialmente pela partilha do saber. Ao Professor Pedro Sá Couto pela sua disponibilidade e ajuda na análise estatística.

O meu sentimento de gratidão, a todos que preencheram os questionários, pois sem a sua colaboração este trabalho não seria possível.

Ao Hospital Infante D. Pedro, EPE que possibilitou a realização deste estudo. A todos os meus colegas de serviço que me apoiaram e incentivaram ao longo destes 4 anos.

Um especial agradecimento a todos os meus amigos que me apoiaram nos momentos difíceis, especialmente ao João Paulo.

E por fim, mas não menos importante a minha família, especialmente à minha mãe, pelo estímulo constante e pelo apoio incondicional que sempre me deram.

palavras-chave

hospitalização, qualidade de vida, envelhecimento.

resumo

As pessoas idosas são hospitalizadas com mais frequência e por períodos superiores por comparação com pessoas mais novas. A literatura indica que a interação entre idade, patologia e cuidados durante o internamento influencia a percepção de Qualidade de Vida (QV) pela pessoa idosa. Esta investigação analisa a influência da hospitalização na QV e espiritualidade das pessoas idosas e pretende contribuir para melhor compreender a hospitalização na velhice, ajudando a desenvolver medidas que promovam a qualidade dos cuidados a pessoas idosas durante a hospitalização. A amostra compreende 250 participantes (≥ 65 anos). Administrou-se o *EASYcare* (Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas) e a Escala da Espiritualidade em 3 momentos: admissão, alta e *follow-up* (6 a 12 meses após a alta). Os principais resultados indicam: i) na admissão, as pessoas idosas mais dependentes tendem a ser viúvas, não praticar exercício físico, sentir-se sozinhas e deprimidas; os independentes tendem a estar mais satisfeitos com a sua habitação e a gerir de forma autónoma as suas finanças, apresentando maior escolaridade e sendo mais novos; ii) na alta, as pessoas idosas diminuem a percepção da qualidade de vida, principalmente com aumento da dependência, diminuição da saúde mental e bem-estar, diminuição da mobilidade e capacidade de cuidar de si; iii) no *follow-up*, os participantes tendem a ser mais dependentes comparativamente com a admissão; o risco de queda é menor comparativamente com os outros momentos. O modelo preditivo de óbitos indica como principais resultados: falecimento entre admissão e alta tem como fatores protetores rendimentos suficientes e ausência de apoio social; falecimento entre alta e *follow-up* tem como fatores de risco idade e risco de queda elevado; falecimento entre admissão e *follow-up* tem como fator protetor antecedentes clínicos do foro cardíaco. As conclusões gerais sustentam a importância do aprofundamento da pesquisa sobre a influência da hospitalização na pessoa idosa na sua qualidade de vida, e a adoção de medidas e estratégias para a promoção da QV durante e após o internamento hospitalar. Estes resultados têm implicações na prática e na elaboração de políticas institucionais, pois permite compreender o impacto da hospitalização nas pessoas idosas, permitindo desenvolver medidas para melhorar os cuidados antes, durante e após o internamento hospitalar. Este estudo permite conhecer as necessidades das pessoas idosas durante o internamento e delinear estratégias para o *follow-up*, sendo adaptado às especificidades da população idosa Portuguesa.

keywords

Hospitalization, quality of life, aging.

abstract

Older people are hospitalized more frequently and for longer periods when compared to other age groups. The literature suggests that the older person's perception of quality of life (QOL) during hospitalization is influenced by the interaction of a set of variables, mostly: age, disease and specificities hospital care. This research aims to deepen the understanding of the older persons' hospitalization influence on QOL and spirituality; findings are relevant to purpose guidelines and measures to promote older persons' quality of care during hospitalization. The sample comprised 250 participants (≥ 65 years). EasyCare (Evaluation System for the Elderly) and the Scale of Spirituality was administered in three moments: admission, discharge and follow-up (6-12 months after discharge). Main results are: i) at admission, the more dependent older persons tend to be widowers, feeling lonely and depressed; the independent tend to be more satisfied with their housing situation and to manage independently their finance, with higher education and younger; ii) at discharge, there is a decrease in the perception of QOL, especially with the increase of dependence, decreased mental health and well-being, reduction on mobility and on the ability to care for themselves iii) at follow-up, participants tend to be more dependent compared to admission, while the risk of fall is lower when compared to the other moments. The predictive model of deaths indicates that: protective factors of death between admission and discharge are having sufficient income and social support; risk factors of death between discharge and follow-up are age and high risk of falling; protective factor of death between admission and follow-up is a clinical history of cardiac problems. Findings, in general, support the importance of further research on the influence of hospitalization in the older person's perception of QOL, and the need to adopt measures for the promotion of QOL during and after hospitalization. Results have implications for the practice and development of policies of care before, during and after hospitalization. In this study the needs of the older persons during hospitalization were addressed from their point of view; in addition, results are adapted to the Portuguese older people specificities.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	XI
INTRODUÇÃO GERAL	3
1. Enfoque da investigação	6
1.1. Metodologia	7
1.2. Qualidade de vida de pessoas idosas no momento de internamento hospitalar	10
1.3. Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com alta hospitalar	11
1.4. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização	11
1.5. Hospitalização de pessoas idosas: espiritualidade, risco de dependência, quedas e readmissão	12
2. Bibliografia	13
CAPÍTULO 1 – QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS NO MOMENTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR	17
1. Introdução	21
2. Qualidade de vida: origem do conceito	22
2.1. Qualidade de vida definição	23
2.2. Qualidade de vida e envelhecimento	24
2.3. Qualidade de vida e doença/hospitalização	27
3. Objetivos	28
4. Metodologia	29
4.1. Instrumentos	29
4.2. Procedimentos na recolha de dados	31
5. Análise de dados	34
5.1. <i>EASYcare</i> : estudo das qualidades psicométricas	34
5.2. Resultados: <i>EASYcare</i>	37
5.2.1. QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA	37
5.2.2. GRUPOS DE QUALIDADE DE VIDA	42
6. Discussão	47

7. Implicações, limites e perspectivas de pesquisa	51
8. Conclusões	52
9. Bibliografia	53
CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS: COMPARAÇÃO DA ADMISSÃO COM ALTA HOSPITALAR	59
1. Introdução	63
2. Envelhecimento, qualidade de vida e hospitalização	63
3. Objetivos	66
4. Método	67
4.1. Procedimentos da recolha de dados	67
4.2. Instrumentos	68
4.3. Amostra	68
5. Análise de dados	70
5.1. Resultados	70
6. Discussão	74
7. Recomendações	76
8. Limitações e perspectivas de pesquisa	76
9. Conclusões	76
10. Bibliografia	78
CAPÍTULO 3 – A ESPIRITUALIDADE NAS PESSOAS IDOSAS: INFLUÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO	83
1. Introdução	87
2. Espiritualidade	88
2.1. Conceito	89
2.2. Espiritualidade versus religiosidade	90
2.2.1. TRAÇOS DE RELIGIOSIDADE EM PORTUGAL	91
2.3. Espiritualidade e envelhecimento	93
2.4. Espiritualidade e saúde	95
2.5. Espiritualidade e Qualidade de Vida	98

3. Hospitalização	99
4. Objetivos	101
5. Metodologia	101
5.1. Instrumentos	102
5.2. Amostra	103
5.3. Procedimento de recolha de dados	104
6. Análise de dados	107
6.1. Escala da Espiritualidade: estudo das qualidades psicométricas	107
6.2. Resultados: Escala da Espiritualidade	109
7. Discussão	113
8. Implicações, limites e perspetivas	118
9. Conclusão	119
10. Bibliografia	120
CAPÍTULO 4 – HOSPITALIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS: ESPiritualidade, RISCO DE DEPENDÊNCIA, QUEDAS E READMISSÃO	127
1. Introdução	132
2. Hospitalização na velhice	133
2.1. Dependência funcional	134
2.2. Quedas	134
2.3. Readmissão hospitalar e/ou de institucionalização	135
2.4. Espiritualidade	135
2.5. Mortalidade e morbidade	136
3. Objetivos	137
4. Métodos	138
4.1. Procedimentos	138
4.2. Instrumentos	139
4.3. Amostra	141
5. Análise de dados	144
5.1. Resultados	145
6. Discussão	151

7. Recomendações	156
8. Limites/perspetiva de pesquisa	156
9. Conclusão	156
10. Bibliografia	158
CONCLUSÕES GERAIS	167
1. Síntese dos principais resultados e conclusões	167
2. Recomendações gerais	174
3. Limites e perspectivas de pesquisa	175
4. Bibliografia	177
ANEXOS	
Anexo 1. Consentimento	183
Anexo 2. Questionário	187
Anexo 3. Parecer da comissão de ética do hospital infante D. Pedro, EPE a autorizar a realização do estudo	199
Anexo 4. Santos, G. & Sousa, L. (2013). Qualidade de Vida de pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. Submetido a <i>Revista Portuguesa de Saúde Pública</i> . Em fase de revisão.	203
Anexo 5. Santos, G. & Sousa, L. (2013). Qualidade de Vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com alta hospitalar. <i>Revista Kairos Gerontologia</i> . 16(2), 07-25. São Paulo (SP). Brasil.	229
Anexo 6. Santos, G. & Sousa, L. (2012). A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. <i>Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.</i> 15(4), 775-765. Rio Janeiro (RJ). Brasil.	253
Anexo 7. Santos, G., Sousa, L. & Sá, P. (2013). Hospitalização de pessoas idosas: espiritualidade, risco de dependência, quedas e readmissão. Submetido a <i>Revista Saúde e Sociedade</i> . Submetido em Janeiro de 2014.	275

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1. Caraterização da amostra na admissão	33
Tabela 1.2. Fatores, Valores Próprios e Variância do <i>EASYcare</i>	34
Tabela 1.3. Contribuição dos itens para cada fator do <i>EASYcare</i>	35
Tabela 1.4. Consistência interna dos fatores e do <i>EASYcare</i>	36
Tabela 1.5. Correlações entre os itens e as subescalas do <i>EASYcare</i>	36
Tabela 1.6. Correlações entre as subescalas e a Escala total do <i>EASYcare</i>	37
Tabela 1.7. Visão, audição e Comunicação	38
Tabela 1.8. Cuidar de si	38
Tabela 1.9. Mobilidade	39
Tabela 1.10. Segurança	39
Tabela 1.11. Local de Residência e Finanças	40
Tabela 1.12. Manter-se Saudável	40
Tabela 1.13. Saúde Mental e Bem-estar	41
Tabela 1.14. Resultados Globais	42
Tabela 1.15. Grupos de Qualidade de Vida na admissão	42
Tabela 1.16. <i>Clusters</i> versus estado civil e com quem vive	43
Tabela 1.17. <i>Clusters</i> versus rendimentos, escolaridade e idade: médias	43
Tabela 1.18. <i>Clusters</i> versus outros domínios do <i>EASYcare</i>	44
Tabela 1.19. <i>Clusters</i> versus <i>EASYcare</i> : médias	46
Tabela 2.1. Caraterização dos participantes: admissão e alta	69
Tabela 2.2. <i>EASYcare</i> : aspetos sensoriais, cuidar de si e mobilidade	72
Tabela 2.3. <i>EASYcare</i> : segurança, residência, manter-se saudável, saúde mental e bem-estar	73
Tabela 2.4. <i>EASYcare</i> : risco de queda, independência e risco de rutura de cuidados	74
Tabela 3.1. Caraterização dos participantes: Admissão e Alta	106
Tabela 3.2. Fatores, Valores Próprios e Variância da Escala da Espiritualidade	108
Tabela 3.3. Contribuição dos itens para cada fator da Escala da Espiritualidade	108
Tabela 3.4. Consistência interna das subescalas e da Escala da Espiritualidade	109
Tabela 3.5. Correlação entre os itens e as subescalas da Escala da Espiritualidade	109
Tabela 3.6. Valores médios da Escala da Espiritualidade	110

Tabela 3.7. Grupos segundo a espiritualidade na admissão e alta hospitalar	110
Tabela 3.8. Grupos de Espiritualidade segundo as variáveis: sexo, residência, estado civil, com quem vive, situação profissional, o número de visitas, diagnóstico e antecedentes clínicos	112
Tabela 3.9. Grupos de Espiritualidade segundo as variáveis: rendimento, escolaridade, idade e dias de internamento	113
Tabela 4.1. Risco de queda, rutura de cuidados e independência	140
Tabela 4.2. Caracterização dos participantes: admissão, alta e <i>follow-up</i>	142
Tabela 4.3. Resultados da ANOVA de dois fatores mistos para a Escala <i>EASYcare</i>	147
Tabela 4.4. Regressão logística: previsão de morte ajustada	150

INTRODUÇÃO GERAL

INTRODUÇÃO GERAL

O envelhecimento humano representa uma das grandes conquistas e um dos maiores desafios das sociedades contemporâneas; principalmente porque o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida têm repercussões económicas, sociais e familiares, para as quais a sociedade ainda tem de encontrar respostas eficazes. O processo de envelhecimento é complexo e multidimensional, decorrendo na interação de diversas dimensões: biológicas, psicológica e socioculturais (Figueiredo, 2007). O grande desafio é que o aumento da esperança de vida seja acompanhado por qualidade de vida.

O envelhecimento não é um problema (como muitas vezes é referido), mas uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível (DGS, 2004). Envelhecer bem é um processo heterogéneo e diferenciado, pois cada pessoa vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes, com vivências e projetos de vida únicos e pessoais (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012). É essencial pensar-se no envelhecimento ao longo da vida, assumindo uma atitude proactiva, bem como uma atitude preventiva e promotora de saúde (DGS, 2004), por exemplo: prática de atividade física, alimentação saudável, evitar comportamentos aditivos, promoção dos fatores de segurança e manutenção da participação social.

Os dados estatísticos indicam que em 2001 a população idosa representava 16,4% da população geral em Portugal, e em 2011 representa 19,1% (INE, 2012). As projeções do INE (2009) indicam que em 2060 existirão 3 pessoas idosas para 1 jovem; e a população idosa com 65 anos ou mais aumentará progressivamente de 19,1% em 2011 para 32% em 2060. O índice de dependência em 2009 em Portugal representava um dos valores mais elevados da UE: 26,3% (média UE = 25,6%). Em menos de 15 anos, o índice de dependência passou, em Portugal, de 22% para mais de 26%. Segundo os dados das Nações Unidas, para 2007, Portugal era o décimo país do mundo com maior percentagem de idosos e o décimo quarto com maior índice de envelhecimento.

Esta situação tem vários impactos, por exemplo mais de 88% das pessoas idosas apresenta pelo menos uma patologia crónica (Fonseca, 2007). As doenças crónicas, bem como a

polimedicação, institucionalização e hospitalização são alguns dos fatores frequentes a afetar a qualidade de vida dos mais idosos (e.g. Figueiredo, 2007).

A hospitalização é, em qualquer grupo etário, um momento difícil para a pessoa que o vivencia (e seus familiares), sendo na velhice mais complexo, pois está associado a morte, dependência e doença, sendo vivenciado com grande níveis de stresse e ansiedade. A hospitalização tende a reforçar os sentimentos negativos da pessoa idosa; por exemplo a depressão é comum, mesmo em doentes que são admitidos sem depressão. As pessoas idosas ficam mais frágeis e tensas durante o internamento e têm a sensação de isolamento (Carvalhais, & Sousa, 2007). 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. A hospitalização está associada à diminuição da qualidade de vida, ao aumento da dependência funcional, risco de quedas, reinternamento hospitalar e mortalidade (Carvalhais, & Sousa, 2007; Eliopolous, 2005).

A diminuição da (perceção) qualidade de vida durante o internamento hospitalar está associada à perda funcional e existência de co morbididades (Souza, 2011; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004). O conceito de qualidade de vida (QV) é multidimensional e na velhice ganha relevo na procura e desenvolvimento de mecanismos de *coping* que permitam, apesar de eventuais limitações, permanecer socialmente ativo pelo máximo de tempo (Fonseca, 2005).

A definição mais consensual de QV é a da OMS (1994), também utilizada no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004: 6): *“perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, 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 aspetos importantes do meio ambiente”*. Nesta definição prevalece a subjetividade (perspetiva individual), multidimensionalidade (várias componentes), umas positivas e outras negativas (uma “boa” qualidade de vida exige alguns elementos estarem presentes e outros ausentes).

A QV na velhice assume contornos específicos e subjetivos, pois existem diferentes formas de ser idoso e diferentes padrões de envelhecimento (Fleck, 2008). A QV na velhice não depende apenas do passado, mas também do presente e de perspectivas para o futuro mesmo que limitado no tempo (Páscoa, 2008; Mariz, 2004); e depende do contexto e das circunstâncias de cada pessoa (Fonseca, 2005). O estilo de vida, as condições específicas (como idade e gênero) e os fatores sociodemográficos, explicam as diferenças entre a população idosa.

A espiritualidade é uma importante dimensão da qualidade de vida (QV), pois contribui para desenvolver mecanismos para enfrentar a doença (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007). A espiritualidade durante a hospitalização tem sido abordada como estratégia de *coping*, em que as pessoas utilizam a fé e crença para lidarem com a crise, encontrando um significado para a doença (e.g. Santos, & Sousa, 2013; Pinto, & Ribeiro, 2010, 2007; Dalby, 2006). A espiritualidade é um conceito de difícil operacionalização, não existindo consenso sobre esta noção. Neste estudo adotamos a definição de espiritualidade do *National Cancer Institute* (online, 2006): “*sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo a paz de espírito, conexão aos outros e as crenças sobre o significado e o propósito da vida*”. Esta definição parece conciliar algumas das questões conceituais em discussão e subjaz à Escala da Espiritualidade (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010) utilizada neste estudo. Esta definição envolve e articula diversas dimensões associadas à espiritualidade, tais como: busca pessoal da compreensão de questões fundamentais da vida, incidindo no seu significado, sendo que esta relação com o sagrado ou transcendente pode ou não implicar prática de rituais religiosos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007; Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore, & Koenig, 2002). Deste modo, a espiritualidade não é monopólio das religiões, mas uma dimensão humana, que pode envolver práticas religiosas, mas também pode existir em indivíduos ateístas ou agnósticos (Fleck, 2008; Pestana, Esteves, & Conboy, 2007).

A QV na velhice associa-se à aquisição de atitudes e processos de *coping* que permitam à pessoa idosa, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtiva e socialmente ativa pelo máximo de tempo (Lazarus, 1998). A QV na velhice tem grande importância na compreensão do processo de envelhecimento e na criação de estratégias que visem o bem-estar nesta fase do ciclo de vida.

1. ENFOQUE DA INVESTIGAÇÃO

Este projeto foi submetido e aprovado pela FCT (Fundação para a Ciência e Tecnologia) em 2009, mas por razões profissionais foi declinada a bolsa. Inicialmente procurava proceder a estudos de caracterização da população Portuguesa em situação de internamento hospitalar, para conhecer de forma uniformizada as suas necessidades, considerando: variáveis demográficas, contextos de vida e patologias. No entanto foram introduzidas modificações no plano inicial; por exemplo a variável espiritualidade foi introduzida. Ao longo desta investigação, verificou-se a escassez da literatura que associa hospitalização com espiritualidade da pessoa idosa. Em Portugal, não foram encontrados estudos envolvendo espiritualidade e hospitalização; embora alguma literatura emergja em doentes oncológicos. É importante compreender o impacto da espiritualidade na QV em contexto de internamento hospitalar.

Também se verificou escassez de literatura (principalmente em Portugal) que avalie a influência da hospitalização na QV das pessoas idosas. É pertinente, durante a hospitalização, atentar aos fatores de vulnerabilidade e minimizar os potenciais efeitos negativos da doença/hospitalização.

Esta investigação procura contribuir para a melhor compreensão do processo de envelhecimento, principalmente considerando o impacto do internamento hospitalar, ajudando a desenvolver medidas para melhorar os cuidados prestados a pessoas idosas durante e após a hospitalização. Mais especificamente analisa-se a influência da hospitalização na QV e espiritualidade das pessoas idosas: i) perceber a influência da hospitalização na espiritualidade em três momentos (admissão, alta e 6 meses após a alta (*follow-up*)); ii) comparar nesses três momentos os níveis de (in)dependência, risco de quebra de cuidados/reinternamento e risco de quedas; iii) perceber a influência de variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações académicas, local de residência, apoios sociais); iv) perceber a influência da patologia e do tempo de internamento; viii) estabelecer um modelo preditivo de mortalidade baseado nessas variáveis.

Este estudo é relevante pois: i) disponibiliza informação compreensiva das necessidades das pessoas idosas durante e após a hospitalização, sendo adaptado às especificidades da população idosa Portuguesa; ii) permite compreender o impacto da hospitalização nas

peessoas idosas, permitindo desenvolver medidas para melhorar os cuidados antes, durante e após o internamento hospitalar; iii) permite conhecer as necessidades das pessoas idosas durante o internamento e delinear estratégias para o *follow-up*.

A tese é constituída por quatro estudos apresentados sob a forma de artigos científicos; optou-se por neste documento colocar os artigos numa versão alargada, que envolve informação mais detalhada (este artigos foram publicados, aceites ou submetidos numa versão mais reduzida e encontram-se nos anexos 4-7).

1.1. Metodologia

Na prossecução dos objetivos foi utilizada uma metodologia quantitativa. A recolha de dados foi realizada através de um questionário administrado por entrevista, que foi submetido a análise é descritiva, correlacional e classificatória (programa SPSS *versão* 19). O questionário compreendendo várias questões e uma escala: i) dados socioeconómicos (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, local de residência, diagnóstico ou motivo de internamento, data de internamento no serviço, tipo de apoio social recebido); ii) Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007); iv) *EASYcare* versão 2009 (Sousa, Figueiredo, Guerra, Marques, Silvestre, & Pereira, 2009).

O *EASYcare* (Sistema de Avaliação de Idosos) foi desenvolvido no âmbito do programa Europeu EPIC (European Prototype Care), como um instrumento de rápida e simples utilização, para uma avaliação compreensiva das pessoas idosas (≥ 75 anos). A construção deste instrumento teve por base outras escalas: índice de Barthel, SF-36 Health Survey, Geriatric Depression Scale. O *EASYcare* é um instrumento de avaliação geriátrica compreensiva das necessidades da pessoa idosa, que fornece um perfil das necessidades, prioridades de cuidados, avalia várias dimensões da qualidade de vida e fornece dados holísticos sobre a pessoa idosa (Silva, 2009). Este instrumento avalia a perceção dos idosos em relação as suas capacidades (se se sentem capazes de...), não indicando as competências (saber-fazer e/ou desempenho) (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2002). Focaliza-se na qualidade de vida e reconhece o papel da família/cuidadores informais. Pretende ajudar os técnicos a melhorar os cuidados que prestam ao idoso, todavia os dados obtidos podem ainda ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população,

necessidades e objetivos dos mais idosos, que auxiliam a gestão dos serviços, investigação e formulação de políticas (Sousa, & Figueiredo, 2003).

A primeira versão do *EASYcare* foi validada para a população Portuguesa por Sousa, Galante e Figueiredo (2002); os resultados revelaram boas qualidades psicométricas, tendo sido obtido um alfa de Cronbach de 0,86. Em 2008, a Universidade de Sheffield, com representantes de outros países, reuniram para atualizar o instrumento. Surge assim a versão 2009, usada neste estudo, destinada a pessoas idosas com ≥ 65 anos de idade.

O *EASYcare* (2009) envolve duas componentes: *EASYcare Standard* (dados sociodemográficos, aspetos sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, condições de habitação, situação financeira, atividade física e saúde mental e bem-estar); *EASYcare Supporting Instruments* (para obter dados adicionais sobre cuidadores informais, administração de medicação). Neste estudo apenas se aplicou a componente *standard*. A validação linguística para Portugal foi efetuada por Sousa, Figueiredo e Guerra (2009). O *EASYcare* apresenta um sistema de pontuação, em que valores mais elevados significam menor QV e maior incapacidade; a pontuação pode variar entre um mínimo de 4 e um máximo de 144. O *EASYcare* fornece dados adicionais sempre que o profissional de saúde considere necessário: independência funcional, risco de rutura de cuidados/reinternamento, risco de queda. O nosso estudo centrou principalmente estas 3 pontuações: risco de queda (0-8 pontos); risco de rutura de cuidados (envolve risco de reinternamento e institucionalização, 0-12 pontos); independência funcional (0-100 pontos). Valores mais elevados significam maior dependência, risco de queda e rutura de cuidados.

A escala de espiritualidade foi desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) para a avaliação dimensão espiritual na prática clínica. Os autores construíram a escala a partir de um projeto de investigação em que identificaram variáveis psicossociais associadas à otimização da saúde e qualidade de vida após o cancro (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Os itens foram desenvolvidos através da combinação da dimensão espiritual do *Quality of Life- Cancer survivor QOL-CS*, da subescala da espiritualidade do *Instrument da World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)* e dados clínicos. Esta escala compreende 5 itens organizados numa escala de *Likert* de 4 pontos, variando entre 1

(não concordo) e 4 (plenamente de acordo). Pontuações mais elevadas indicam maior concordância e maior espiritualidade.

Neste estudo foram seleccionadas pessoas idosas (≥ 65 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 pesquisa sobre o número de doentes com ≥ 65 anos admitidos no serviço de medicina interna em 2009 (ano anterior à recolha dos dados), através do Gabinete de Gestão de Informação do Hospital. Verificou-se o internamento de 391 pessoas idosas em 2009; uma amostra representativa (Krejcie, & Morgan, 1970) incluiria 196 participantes para um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%, mas optou-se por 250 participantes, considerando a potencial morte experimental.

Para esta amostra foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os de inclusão são: idade superior a 64 anos, apresentar discurso coerente, apresentar-se orientado no tempo e no espaço, auto e halo psicologicamente. Os critérios de exclusão são: défice cognitivo, debilidade intelectual com perda evidente da crítica e capacidade de julgamento e capacidade de aprendizagem e debilidade motora, alteração da comunicação nomeadamente a afasia de expressão e compreensão e os atrasos significativos da linguagem, patologias associadas que alterem a capacidade cognitiva (por exemplo, Síndrome de Down, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson e doenças do foro psiquiátrico).

O instrumento foi aplicado por entrevista à mesma amostra em três fases: admissão, alta e 6 a 12 meses após a alta (*follow-up*). Na admissão foram aplicados 250 questionários; ou seja, após o acolhimento pelo profissional de serviço, os doentes eram contactados pela primeira autora que pedia a sua colaboração. Quando os doentes tinham alta clínica, o profissional de serviço contactava a primeira autora que realizava as entrevistas. Na alta hospitalar foram aplicados 182 questionários; 33 doentes faleceram entre as duas aplicações e os restantes já não reuniam as condições para participar do estudo. A recolha de dados decorreu entre janeiro e agosto de 2010. Após 6 a 12 meses da alta, os participantes eram contactados (por telefone, até o máximo de 3 tentativas; após essas

tentativas, o participante era excluído). No *follow-up* foram aplicados 127 questionários; 33 idosos faleceram entre a alta e *follow-up* e os restantes não foi possível contactá-los ou já não reuniam as condições para participar do estudo. Esta recolha decorreu até janeiro de 2011.

A administração das entrevistas foi mais morosa do que inicialmente previsto porque os idosos, especialmente os que vivem sós, necessitam contar as suas histórias de vida, de contacto social; além disso, a hospitalização é um momento traumático e vivido com muita ansiedade. 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. Em Portugal não existe a especialidade médica de geriatria, e como os idosos são portadores de uma ou mais doença crónica (por exemplo, diabetes, hipertensão arterial) são normalmente encaminhados para o serviço de Medicina Interna, que é a especialidade médica que se ocupa da prevenção, diagnóstico e orientação da terapêutica curativa não cirúrgica, das doenças de órgãos e sistemas ou das afeções multi-sistémicas dos adolescentes, adultos e idosos (Porto, 1993).

Em seguida será feita uma breve apresentação dos capítulos que compõe esta tese, onde se pretende fazer uma abordagem ao objetivo do estudo e a pertinência do mesmo.

1.2. Qualidade de vida de Pessoas Idosas no momento de internamento hospitalar

O primeiro capítulo engloba um estudo cujo objetivo é analisar a qualidade de vida dos idosos no momento de admissão num internamento hospitalar. É pertinente conhecer a qualidade de vida das pessoas idosas no momento do internamento hospitalar, para melhor planear os serviços e recursos durante o internamento, respondendo com mais eficácia às necessidades e características destas pessoas. Os principais resultados reforçam que os estilos de vida adotados, as condições sociodemográficas e as características individuais são fatores preponderantes na perceção da qualidade de vida, bem como na perceção do internamento hospitalar.

Este artigo encontra-se dividido: introdução, principais conceitos, metodologia, resultados, implicações, as limitações do estudo e as recomendações para futuras investigações.

1.3. Qualidade de Vida em pessoas idosas hospitalizadas: da admissão à alta hospitalar

O segundo capítulo engloba um estudo cujo objetivo é comparar a QV em pessoas idosas 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. A hospitalização, como foi referido, pode ser vivida com grande ansiedade e pode influenciar a QV das pessoas idosas. A literatura refere que cerca de 34% a 50% das pessoas idosas (durante o período de internamento) apresentam redução da capacidade funcional (Kamasaki, & Diogo, 2005; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004) e que um internamento nos últimos meses aumenta em 4 vezes o risco de reinternamento. É essencial perceber-se o impacto da hospitalização nas pessoas idosas, para delinear-se estratégias para reduzir este impacto durante e no após o internamento.

Este artigo encontra-se dividido: introdução, principais conceitos, metodologia, resultados, implicações, as limitações do estudo e as recomendações para futuras investigações.

1.4. Espiritualidade nas Pessoas idosas: influência da hospitalização

O terceiro capítulo engloba um estudo cujo objetivo é comparar a espiritualidade de pessoas idosas entre a admissão e alta hospitalar, considerando a influência de variáveis sociodemográficas, patologia e tempo de internamento. A espiritualidade emerge como tópico relevante, especialmente no fim da vida, podendo ser considerada uma busca pessoal de significado e propósito da vida (Thoresen, 1999). Assume papel importante na vivência de um envelhecimento bem-sucedido e contribui para a qualidade de vida, pois permite encontrar respostas para questões relacionadas com a morte e o sentido de vida (Highfield, & Carson, 1983). A espiritualidade permite às pessoas ter esperança, alguns estudos demonstram que o *coping* religioso/espiritual pode ajudar (em particular os mais idosos) a enfrentar as situações de crise, através da fé e crenças ou da relação com o transcendente (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010, 2007; Dalby, 2006).

Este artigo encontra-se dividido: introdução, principais conceitos, metodologia, resultados, implicações, as limitações do estudo e as recomendações para futuras investigações.

1.5. Hospitalização de pessoas idosas: espiritualidade, risco de dependência, quedas e readmissão

O quarto capítulo engloba um estudo cujo objetivo é analisar a influência da hospitalização, em três momentos (admissão, alta e 6 a 12 meses depois), nas variáveis: in/dependência funcional; risco de quebra de cuidados; risco de quedas; espiritualidade. Com base nessas variáveis organizou-se um modelo preditivo de óbitos. A hospitalização em todas as idades é vivida com ansiedade, que tende a aumentar na velhice pela associação à diminuição da qualidade de vida (QV) e ao aumento de probabilidade de dependência funcional, risco de quedas, reinternamento hospitalar e mortalidade (e.g. Carvalhais, & Sousa, 2007; Eliopoulos, 2005).

Este artigo encontra-se dividido: introdução, principais conceitos, metodologia, resultados, implicações, as limitações do estudo e as recomendações para futuras investigações.

2. BIBLIOGRAFIA

Carvalhais, 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.

Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade de vida*. CEPCEP – Relatório Final: O Envelhecimento da População. Universidade Católica Portuguesa. Portugal.

Crowther, M.R., Parker, M.W., Achenbaum, W.A., Larimore, W.L. & Koenig, H.G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*. 42(5), 613-620.

Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development with ageing? A critical review of research. *Aging & Mental Health*. 10(1), 4-12.

Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosa*. Lisboa.

Eliopoulos, J. (2005). *Gerontological Nursing*. Philadelphia. Lippincott Williams e Wilkins.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa. Climepsi Editores.

Fleck, M. A. & Colaboradores. (2008). *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre. Artmend Editora.

Fonseca, A. (2005). *O envelhecimento bem-sucedido*. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Coord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2007). *Prefácio*. In Sousa, L., Mendes, A. & Relvas, A. *Enfrentar a velhice e doenças crónicas*. Lisboa. Climepsi Editores.

Highfield, M.F. & Carson, C. (1983). Spiritual needs of patients: are they recognized? *Cancer Nursing*. 6, 187-192.

Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2013). *Censos 2010: Resultados definitivos*. Lisboa.

Kawasaki, K. & Diogo, M. (2005). Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica*. 12(2), 55-60.

Krejcie, R. & Morgan, D. (1970). Determining samples size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607-610.

Lazarus, R.S. (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.

Mariz, J.M. (2003). *A enfermagem e a Pessoa Idosa, a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência.

Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Plano nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa. Direcção-Geral de saúde.

National Cancer Institute. *Spirituality*. (2006). Consultado em 10 de Novembro 2010. Disponível em : http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha?CrID=441265

Páscoa, P.M.G. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Monografia final de curso. Universidade Fernando Pessoa. Portugal.

Pestana, J.P., Estevens, D. & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Revista de Cons-Ciências*. 1-27.

Pinto, C.A. & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de avaliação em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*. 21(3), 47-53.

Pinto, C.A. & Pais-Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro. Implicações a qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010; 28 (1), 49-56.

Ponzetto, M., Zancocci, M., Maero, B., Giona, E., Fransciseti, F., Nicola, E. & Fabri, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 36, 83-91.

Porto, A. (1993). Medicina Interna: conceito, limites e formação. *Acta Médica Portuguesa*. 6, 499-500.

Santos, G. & Sousa L. (2013). A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*. 15(4), 755-765.

Silva, A.R. (2010). *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro. Portugal.

Siqueira, A.B., Cordeiro, R.C., Perracini, M.R. & Ramos, L.R. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*. 38(5), 687-694.

Sousa, L. & Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa - um estudo exploratório na população portuguesa. *Psicologica*. 33, 109-122.

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. Universidade de Aveiro. Portugal.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2002). Easycare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística. (1º quadrimestre)*. 1(26), 87-102.

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.

Thoresen, C.E. (1999). Spirituality and health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*. 4(3), 291-300.

**CAPÍTULO 1- QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS NO MOMENTO
DE INTERNAMENTO HOSPITALAR**

Qualidade de Vida de Pessoas Idosas no momento de internamento hospitalar¹

Quality of life in older persons at the hospitalization admission

Gorete Santos¹ e Liliana Sousa²

¹Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, EPE, Estudante do 4º Ano do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia

²Psicóloga, PhD, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro; membro da Unidade de Investigação e Formação de Adultos e Idosos

*Email: gorete_@hotmail.com

Resumo

O internamento hospitalar é um momento de elevada ansiedade para pessoas idosas, pois associa-se à deterioração da saúde e qualidade de vida. Este estudo analisa a qualidade de vida de pessoas idosas no momento da admissão num internamento hospitalar, considerando a influência de variáveis sociodemográficas, patologia e tempo de internamento. A amostra é constituída por 250 participantes (≥ 65 anos), 50,4% do sexo feminino. Administrou-se por entrevista o *EASYcare* (Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas). Os principais resultados indicam: 27,6% dos participantes são dependentes nas AVD e AIVD; 38,5 são dependentes nas AVID e pouco dependentes nas AVD; 39,6% são independentes. As pessoas idosas mais dependentes tendem a ser viúvas, não praticar exercício físico, apresentar falta de ar, sentir-se sozinhas e deprimidas; os independentes tendem a estar mais satisfeitos com a sua habitação e a gerir de forma autónoma as suas finanças, apresentam maior escolaridade e são mais novos. Os resultados sugerem que a qualidade de vida é influenciada por estilos de vida, indicando que durante o internamento hospitalar estes fatores sejam valorizados.

¹ Versão alargada do artigo submetido a Revista de Saúde Pública Portuguesa. Em fase final de revisão. Versão para publicação Anexo 4.

Palavras-chave: qualidade de vida, doença e envelhecimento

Abstract

Hospitalization is an event of high anxiety mainly for older persons, due to its association with health status deterioration and decrease of the quality of life. This study examines older persons quality of life at the hospitalization admission, considering the influence of socio-demographic, pathology and hospitalization duration variables. The sample comprises 250 participants (≥ 65 years old), 50.4% females. The Elderly Assessment System (*EASYcare*) was administered. Main results show that: 27.6% of the participants are dependent in ADL and IDLA; 38.5 are dependent in IADL and independent in ADL; 39.6% are independent. The dependent tend to be widowers, not practicing physical activity, presenting breathing limitations, feeling lonely and depressed; the independent tend to be more satisfied with their housing conditions, managing autonomously their finances, with high school levels and younger. Results suggest that the quality of life is influenced by life styles, what should be addressed during the hospitalization.

Keywords: quality of life, disease, aging

1. INTRODUÇÃO

A nossa sociedade está a envelhecer tornando mais relevantes tópicos como a qualidade de vida e saúde das pessoas mais idosas. O envelhecimento é complexo e constitui um processo normal, natural e irreversível (pelo menos no estado atual dos conhecimentos) (Figueiredo, 2007). Nas últimas décadas tem-se acentuado o interesse pela qualidade de vida na velhice, que tem sido associada com frequência à dependência e perda de autonomia (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

A qualidade de vida é constituída por várias dimensões, sendo a saúde um domínio com muita influência na qualidade de vida; bem como a rede familiar, a situação económica, a rede social e as atividades de lazer (Fernandez-Mayoralas *et al.*, 2007). A qualidade de vida é uma perceção do individuo, dependendo de como o próprio vê o processo de envelhecimento. Os estilos de vida, as condições sociodemográficas e as características pessoais são dimensões que explicam as diferenças de qualidade de vida entre os idosos (Fonseca, 2005).

Em Portugal não foram encontrados estudos sobre hospitalização e QV. Mas há pesquisa que demonstra algumas repercussões da hospitalização: diminuição da capacidade funcional, bem como alterações na Qualidade de Vida (Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004). Na velhice existe maior probabilidade de existência de co-morbilidades durante o internamento, que influenciam a Qualidade de Vida (Souza, 2011). É pertinente estar-se atentos, durante o período de hospitalização, aos fatores de vulnerabilidade dos idosos e tentar minimizar o efeito negativo da doença e hospitalização na Qualidade de Vida.

Este estudo analisa a qualidade de vida de pessoas idosas no momento de internamento hospitalar, considerando a influência de variáveis sociodemográficas. Os resultados têm implicações na compreensão do processo de envelhecimento e desenvolvimento de medidas que visem melhorar os cuidados aos clientes idosos durante o internamento hospitalar.

2. QUALIDADE DE VIDA: ORIGEM DO CONCEITO

O conceito de Qualidade de Vida (QV) é relativamente recente e emergiu associado a questões económicas. Contudo é possível encontrar referências a esta noção desde a Antiguidade; Aristóteles e Platão falavam da “boa vida” e demonstravam preocupações com as condições de vida. Também nas civilizações gregas e romanas se encontram referências, como o culto da atividade física em busca do bem-estar e da saúde (Almeida, 2008). Wood-Dauphinee (1999) refere que o termo foi utilizado pela primeira vez em 1920 no Livro de Pigou intitulado “ The Economics of Welfare”, quando se refere ao apoio governamental a populações mais desfavorecidas e suas repercussões na economia americana e na vida das pessoas. Almeida (2008) considera que o termo acabou por cair no esquecimento e só depois da II Guerra Mundial se tornou mais usual. A partir da década de 1960 os políticos introduziram a expressão, havendo algumas dúvidas em relação à sua aplicação pela primeira vez. Alguns autores indicam que foi utilizado pela primeira vez por Dwight Eisenhower em 1960, quando se referiu aos objetivos da nação; outros indicam que foi Eli Heckscher (1960), economista e político sueco, quando afirmou que uma sociedade firme coloca os seus valores na qualidade de vida nacional (Nucci, 2003); e outros apontam o Presidente norte-americano Lyndon Johnson em 1964, quando declarou “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da Qualidade de Vida que proporcionam às pessoas*” (Leal, 2008:4). Desde da década de 1960 a expressão QV tem sido utilizada cada vez mais, tendo incorporado outras expressões (como bem-estar, condições de vida) e conteúdos (como satisfação, felicidade ou autonomia); a partir da década de 1980 o conceito passa a ser multidimensional; e na década de 1990 surge associado à subjetividade, ou seja, cada indivíduo avalia a qualidade de vida de forma pessoal e consoante a sua perceção individual (Leal, 2008). O conceito foi-se ampliando ao longo dos anos e começou a englobar outras áreas como a mortalidade infantil, esperança de vida, nível de escolaridade, condições de habitação, taxa de violência (Paschoal, 2006). Atualmente a QV tende a ser definida associado a características dos indivíduos (como apresentar uma patologia ou pertencer a uma faixa etária) (Leal, 2008); além disso, a definição também varia conforme a área disciplinar (Pestana, Estevens, & Conboy, 2007).

2.1. Qualidade de vida: Definição

O conceito QV é atualmente multidisciplinar sendo utilizado em diversas áreas, como saúde, economia, sociologia, psicologia e geografia. E é utilizado de forma indiscriminada pelos órgãos de comunicação social, tornando o conceito genérico e reducionista. É um conceito de difícil operacionalização, pois é complexo, ambíguo, amplo, inconstante (varia com a cultura, as características individuais e ao longo do tempo). Além disso, é subjetivo, pois relaciona-se com a percepção que cada um tem de si e dos outros (Leal, 2008).

Existem diversas definições de QV, algumas mais ligadas à saúde e outras mais abrangentes englobando vários aspetos da vida humana (Almeida, 2008). Campbell, Converse e Rodgers (1980) consideram que os indivíduos concebem a QV a partir das suas experiências: saúde, alojamento ou situação financeira. Fleck (2008) definiu 3 dimensões da QV: biológica (integra a atividade funcional e estrutural através de atividade versus limitação da atividade); social (avaliada pela participação *versus* não participação); e ambiental (presença e disponibilidade de elementos facilitadores *versus* barreiras). Liu (1975 cit por Martins, 2006) refere que existe uma componente objetiva (aspetos mais quantitativos) e uma componente subjetiva (aspetos qualitativos e a individualidade). Para Campbell (1976) existem 5 padrões de referência para uma “boa” QV: i) aspirações, ii) expectativas pessoais; iii) nível patrimonial; iv) referências ao grupo em que se insere; vi) necessidades pessoais.

A QV pode ser afetada por inúmeras variáveis como a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos (Leal, 2008). Só pode ser descrita pelo próprio (Fleck, 2008), considerando vários elementos da vida, como objetivos e metas individuais. A promoção da QV relaciona-se com a capacidade de identificar e atingir objetivos, a doença e tratamento podem modificar esses objetivos, pois o individuo precisa manter a esperança de atingir objetivos. Neste estudo adota-se a definição da OMS (1994) que está alinhada com o instrumento utilizado na investigação. Além disso, também é a definição 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 objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, 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 aspetos importantes do meio ambiente". Nesta definição prevalece a ideia de subjetividade, multidimensionalidade, incluindo umas positivas e outras negativas (para uma "boa" qualidade de vida é necessário a presença de alguns elementos e a ausência de outros), envolvendo influência de fatores internos e externos (por exemplo, estilo de vida).

A OMS (1999) definiu 6 domínios da Qualidade de Vida: i) saúde física (energia e fadiga; dor e desconforto; sono e repouso); ii) estado psicológico (imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; sentimentos positivos; autoestima; pensar, aprender, memória e concentração); iii) nível de independência (mobilidade; atividades de vida diárias; dependência de medicação e tratamentos médicos e capacidade de trabalho); iv) relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); v) meio ambiente (recursos financeiros; liberdade e segurança; ambiente no lar; cuidados de saúde e apoios; disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em atividades de lazer e recreação; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transportes); e vi) espiritualidade/religião e crenças.

2.2. Qualidade de Vida e Envelhecimento

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 das suas vidas. O prolongamento da vida do ser humano é uma das maiores proezas da Humanidade; contudo nem sempre se traduz de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconómicos (Pereira, Alvarez, & Traebert, 2011). É na velhice que se acentuam as diferenças entre grupos etários. O essencial na busca do prolongamento da vida humana, é obter boa QV nos anos conquistados (Trentini, 2004; Paschoal, 2004; Fleck *et al.*, 2002). Os anos vividos podem ser de sofrimento, angústia e desesperança; e os restantes podem ser acompanhados de dependência e incapacidade, onde a QV pode ser afetada, levando a uma situação ambígua: o desejo de viver cada vez mais, e ao mesmo tempo o medo de viver com incapacidade e a dependência (Paschoal, 2004).

O processo de envelhecimento é heterogéneo e complexo, sendo um processo normal, universal e inevitável, mas que cada indivíduo vivencia de forma singular (Paschoal, 2004), de acordo com os seus padrões, normas, expectativas, valores e princípios. A forma como se encara o processo de envelhecimento é determinante para uma boa Qualidade de Vida. A velhice para alguns é uma etapa desenvolvimento e satisfação, enquanto para outros é uma fase negativa.

O Envelhecimento Ativo é um processo de otimização de oportunidade para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida (WHO, 2002) e depende de vários fatores, sendo influenciado pelos indivíduos, suas famílias, comunidades e nações (DGS, 2004). Segundo a OMS (WHO, 2002), os fatores determinantes do Envelhecimento Ativo são: económicos (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno); sociais (apoio social, prevenção, prevenção de violência, e educação e alfabetização); comportamentais (estilos de vida saudáveis e participação ativa no cuidado da própria saúde); pessoais (biologia e genética, fatores psicológicos); ambiente físico (serviços de transporte público de fácil acesso, habitação e vizinhança segura e adequada, água limpa, ar puro e segurança alimentar); e serviços sociais e de saúde (promoção da saúde e prevenção da doença, de acesso equitativo e de qualidade). O Envelhecimento Ativo compreende um conjunto de ações e atitudes que visam prevenir ou adiar as complicações inerentes ao envelhecimento (Almeida, 2008) e fomenta que o idoso continue a participar ativamente na sociedade e a sentir-se parte integrante, valorizando as suas competências. Alguns destes determinantes do Envelhecimento Ativo sobrepõem-se a algumas dimensões da QV na velhice, sendo que incentiva a participação social dos idosos, tornando-os pró-ativos. Um estilo de vida ativo ao longo da vida traduz-se na manutenção da capacidade funcional e da autonomia durante o processo de envelhecimento, ou seja, melhor QV.

A QV na velhice assume contornos específicos e subjetivos, pois existem diferentes formas de ser idoso e diferentes padrões de envelhecimento (Fleck, 2008). A QV na velhice não depende só do passado, mas também do presente e de perspectivas para o futuro mesmo que limitado (Páscoa, 2008; Mariz, 2004) e depende do contexto e das circunstâncias de cada pessoa (Paúl, & Fonseca, 2005). O estilo de vida, as condições particulares (como idade e género) e os fatores sociodemográficos, explicam as diferenças entre a população idosa. A QV na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência e autonomia

(Rocha, Borges, & Fleck, 2002; Fleck *et al.*, 2002), pois os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade. Em si, o processo de envelhecimento repercute-se na Qualidade de Vida, pois pode levar a: limitações físicas; perda dos papéis sócias e diminuição da autoestima; e afastamento do meio (institucionalização) (Rocha, Borges, & Fleck, 2002).

Lawton (1983) elaborou um modelo de QV na Velhice, definindo 4 áreas interrelacionadas: i) condições ambientais (o ambiente deve ser propício às pessoas); ii) competência comportamental (desempenho dos indivíduos perante diferentes situações ao longo da sua vida); iii) qualidade de vida percebida (avaliação que o próprio faz da sua vida, influenciado pelos valores, expectativas pessoais e sociais); e iv) bem-estar subjetivo (satisfação do indivíduo com a vida).

Quando se avalia a QV, existe tendência para sobrevalorizar os aspetos relacionados com a saúde (fator importante), porém as relações com os outros, o modo como gerem o tempo e as emoções positivas podem levá-los a aceitar os aspetos negativos da sua saúde e suportar melhor eventuais efeitos secundários (Ramos, 2002). Existe tendência para utilizar o estado de saúde e qualidade de vida como sinónimos, mas é importante fazer a distinção. A QV pode ser considerada uma consequência do estado de saúde (Paúl, & Fonseca, 2005) e a saúde é apenas um dos determinantes da QV. Para Neri (1999) a QV é influenciada pela autonomia, satisfação e independência, tendo como determinantes: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, componente social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, rendimento, continuidade de papéis familiares ocupacionais e continuidade de relações com amigos. Segundo Santos, Santos, Fernandes e Henriques (2002) a qualidade de vida na velhice relaciona-se com os seguintes componentes: capacidade funcional, estado emocional, atividade intelectual e autopercepção de saúde. A determinação da QV tem influência da autopercepção de saúde, que consiste em sentir-se bem, mesmo na presença de algumas doenças (Rabelo, Lima, Freitas, & Santos, 2010). Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005), num estudo realizado no Brasil, determinaram diversos fatores que influenciam a QV: relacionamento interpessoal; saúde (física e mental); bens materiais (casa, carro, reforma); lazer; trabalho; espiritualidade; honestidade; solidariedade; educação; e ambiente favorável. Alesii, Mazzarella, Matrilli e Fini (2006) definiram os seguintes determinantes de QV na velhice: relação com a família,

qualidade das relações com amigos, contactos sociais, independência, mobilidade, bem-estar, tempos livres e planos futuros. Apesar dos vários autores definirem determinantes distintos, um conceito sempre subjacente é a capacidade adaptativa. A QV na velhice depende da aquisição de atitudes e processos de *coping* que permitam à pessoa idosa, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtiva e socialmente ativa pelo máximo de tempo (Lazarus, 1998). Segundo Oliveira (2008), fazendo referência a teoria de Piaget, esta adaptação acontece através de dois processos: *acomodativo* (adaptação de objetivos e padrões de menor nível ou exigência permitindo manter o sentido de controlo de via) ou *assimilativo* (tentativa para diminuir as perdas atuais e antecipa-las através de ações compensatórias, diminuição entre o estado atual e o desejado ou ideal). Esta competência adaptativa permite à pessoa perceber e lidar com os fatores stressantes (Pereira, Alvarez, & Trabert, 2011).

A QV na velhice tem grande importância, não apenas para a compreensão do processo de envelhecimento, mas também para criar estratégias que visem o bem-estar nesta fase do ciclo de vida.

2.3. Qualidade de Vida e doença/hospitalização

As doenças crónicas são um dos principais problemas das pessoas idosas, sendo as principais causas de mortalidade e morbilidade entre os idosos portugueses (DGS, 2004). Hayes (2003) indica que em cada pessoa idosa independente existem três problemas crónicos, que são a principal causa de internamento hospitalar devido a descompensação da doença. A pessoa idosa tende 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 mais de 65 anos, sendo que cerca de 53% têm períodos de internamento superiores a 20 dias (Campos, 2008). Segundo Boltz e Harrington (2005), entre 2002 e 2017, haverá um aumento de 78% de internamentos hospitalares de pessoas idosas e de 16% nos restantes grupos etários. Cerca de metade dos internamentos tem como principais causas doenças do foro circulatório e respiratório (Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004).

A pessoa idosa durante um internamento tende a mostrar (Kamasaki, & Diogo, 2005; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004): redução da capacidade funcional (34 a 50% durante o período de internamento); múltiplos problemas médicos, como polimedicação e complicações, que acarretam períodos de internamento mais prolongados. Este grupo etário tem mais probabilidade de vir a falecer no hospital (Kamasaki, & Diogo, 2005). A hospitalização pode ter um impacto negativo para as pessoas idosas, com o surgimento de complicações, destacando-se delírio, quedas, úlceras de pressão e desidratação (Eliopoulos, 2005).

Um internamento hospitalar, em qualquer grupo etário, é um momento difícil, mas na velhice torna-se mais complexo, pois está associado à morte, dependência e doença, elevando os níveis de stresse e ansiedade. Na velhice, a doença e a hospitalização são vividas de forma especial, pois muitas pessoas idosas estão deprimidas, têm o sentimento de inutilidade (associado à perda de um papel social ativo) e problemas de autoestima. Uma hospitalização reforça os sentimentos negativos da pessoa idosa, a depressão é comum, mesmo em doentes que dão entrada sem estarem deprimidos. As pessoas idosas ficam mais frágeis e tensas durante o período de internamento e têm a sensação de isolamento (Carvalhais, & Sousa, 2007). 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.

3. OBJETIVOS

Este estudo tem como principal objetivo analisar a qualidade de vida da pessoa idosa no momento do internamento hospitalar. A Qualidade de Vida tem diversas dimensões, sendo a saúde uma importante dimensão desta; por isso é relevante perceber como os idosos caracterizam a sua Qualidade de Vida num episódio de doença.

Em termos específicos pretende: i) definir grupos de in (dependência); ii) caracterizar e analisar a influência de variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações académicas, local de residência, apoios sociais); iii) caracterizar e comparar os grupos em

termos de segurança, saúde mental e bem-estar, finanças, risco de queda, risco de rutura do cuidado e manter-se saudável. Este estudo tem implicações na compreensão do processo de envelhecimento desenvolvimento de medidas que visem melhorar os cuidados prestados aos clientes idosos.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação quantitativa, de características descritivas, comparativas e correlacionais. Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., em Agosto de 2009.

4.1. Instrumentos

Neste estudo foi utilizado um questionário, que foi administrado por entrevista (pela autora), pois a população do estudo é idosa e apresenta, por vezes, alterações sensitivas, como diminuição da acuidade visual e, além disso, muitos são analfabetos. Além disso, a aplicação aquando do internamento hospitalar, situação de fragilidade aumentada, reforçou a decisão por uma aplicação em entrevista. Contudo, o questionário poderia ser preenchido pelo participante quando solicitado pelo inquirido; mas nenhum participante solicitou o autopreenchimento. Este questionário apenas foi preenchido mediante o consentimento livre e esclarecido (Anexo 1), dos participantes que contém as seguintes informações numa linguagem comum e concisa: razão do estudo, problemática e objetivos; duração do estudo, locais da realização, critérios de seleção da amostra; vantagens em participar no estudo; potenciais riscos ou desconfortos na realização do estudo e garantia a confidencialidade e autodeterminação (Fortin, 1999).

O questionário compreende várias questões e uma escala: i) dados socioeconómicos (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, local de residência, diagnóstico ou motivo de internamento, data de internamento no serviço, tipo de apoio social recebido); ii) versão portuguesa do *EASYcare (Elderly Assessment System)* validado para Portugal por Sousa, Figueiredo e Guerra em 2009.

EASYcare (Sistema de Avaliação de Idosos)

O *EASYcare* foi inicialmente desenvolvido no âmbito do programa Europeu EPIC (European Protopy Care), que pretendia ser um instrumento de rápida e simples utilização, que identificasse múltiplas necessidade e avaliasse diferentes domínios relacionados com a qualidade de vida. A construção deste instrumento teve por base outras escalas: índice de Barthel, SF-36 Health Survey, Geriatric Depression Scale. A primeira versão do *EASYcare* (2002) foi validada para Portugal por Sousa, Galante e Figueiredo (2002), tendo sido feita a validação psicométrica para a população portuguesa; os resultados revelaram boas qualidades, tendo sido obtido um alfa de cronbach de 0,86. Em 2008, a Universidade de Sheffield, juntamente com os restantes representantes de outros países reuniram-se e fizeram alterações. Uma das principais alterações na versão de 2009 é o instrumento por ser aplicado a pessoas com 65 ou mais anos de idade, anteriormente era a partir dos 75 anos de idade.

O *EASYcare* (2009) contempla um conjunto de questões: dados sociodemográficos, aspetos sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, condições de habitação, situação financeira, atividade física e saúde mental e bem-estar (*EASYcare Standart*). A nova versão possui alguns instrumentos de apoio (*EASYcare Supporting Instruments*) que permite obter dados adicionais relativamente aos cuidadores informais, administração de medicação, indicadores de risco de queda e risco de rutura no cuidado. Esta nova versão foi validada na perspetiva linguística para Portugal por Sousa, Figueiredo e Guerra (2009). O *EASYcare* apresenta um sistema de pontuação, em que os valores mais elevados significam menor Qualidade de Vida percebida e maior incapacidade. No *EASYcare* (2009), 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 como por exemplo: afasia ou outras alterações da linguagem ou pessoas idosas que tenham alterações cognitivas (doença de Alzheimer, desorientação, etc.) (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2002).

AMOSTRA

Foi utilizada uma amostra não probabilística, um procedimento no qual cada elemento da população não tem igual probabilidade de ser escolhido (Fortin, 1999). A amostra não probabilística (intencional) que é formada por sujeitos facilmente acessíveis, presentes num local determinado (Fortin, 1999). Neste estudo foram selecionadas pessoas idosas 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.

Os critérios de inclusão são: idade superior a 64 anos, apresentar discurso coerente, apresentar-se orientado no tempo e no espaço. Os critérios de exclusão são: défice cognitivo, debilidade intelectual com perda evidente da crítica e capacidade de julgamento e capacidade de aprendizagem e debilidade motora, alteração da comunicação nomeadamente a afasia de expressão e compreensão e os atrasos significativos da linguagem, patologias associadas que alterem a capacidade cognitiva.

Efetuiu-se a pesquisa sobre o número de doentes com idade superior a 64 anos que deram entrada no serviço de medicina interna em 2009 (ano anterior à recolha dos dados para este estudo, que decorreu em 2010, 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, optou-se por uma amostra de 250 participantes (Krejcie, & Morgan, 1970).

4.2. Procedimento da recolha de dados

Foram aplicados 250 questionários através de entrevista no momento de admissão do doente no serviço, ou seja, à chegada do doente ao serviço. No momento de admissão, após o acolhimento ao doente por parte do profissional de serviço, os doentes eram contactados pela autora que pedia a sua colaboração. As entrevistas decorreram no hospital, sempre em locais que permitiam respeitar a privacidade dos participantes, após a assinatura do consentimento livre e esclarecido. Esta recolha de dados foi realizada entre Janeiro e

Agosto de 2010. A duração 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, o que tornou as entrevistas mais morosas.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 250 participantes, 50,4% do sexo feminino (tabela 1.1). A média etária é de 76,9 anos (DP=7,6), sendo que 59,6% residem 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. A maioria dos participantes encontra-se reformada (62,0%) ou é pensionista (33,2%). Em relação ao rendimento: 70,0% indica ser “suficiente”, 26,4% refere que “não chega para as necessidades” e 3,6% afirma “sobrar algum dinheiro”. Verifica-se predomínio de baixa escolaridade, sendo a média de 2,4 anos de escolaridade (DP=2,0).

Em relação ao diagnóstico clínico ou motivo de internamento (categorizados de acordo com os aparelhos do corpo humano) observa-se: 36,8% - doenças respiratórias (51,1% do sexo masculino); 18,8% - com multipatologias (51,1% do sexo feminino) e 14,4%% do aparelho neuro-hormonal (61,1% do sexo feminino); 11,6% do aparelho circulatório (62,1% do sexo feminino). Quanto aos antecedentes clínicos: 44,0% - com mulitpatologias; 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; e 6,8% – apoio domiciliar.

Tabela 1.1. Caracterização da amostra na admissão

	n	%
Sexo		
Feminino	126	50,4
Masculino	124	49,6
Residência		
Rural	101	40,4
Urbana	149	59,6
Estado Civil		
Casado	123	49,2
Divorciado	6	2,4
Solteiro	10	4,0
Viúvo	111	44,4
Rendimento		
Sobra algum dinheiro	9	3,6
Suficiente	175	70,0
Não chega para as necessidades	66	26,4
Com quem vive?		
Casal	104	41,6
Família	98	39,2
Instituição	14	5,6
Outra	4	1,6
Sozinho	30	12,0
Situação Profissional		
Doméstica	2	0,8
Trabalhador a tempo inteiro	10	4,0
Pensionista	83	33,2
Reformado	155	62,0
Diagnóstico ou motivo de internamento		
Aparelho reprodutor	0	0,0
Aparelho Circulatório	29	11,6
Aparelho Respiratório	92	36,8
Aparelho Neuro-Hormonal	36	14,4
Aparelho Digestivo	20	8,0
Aparelho Excretor	18	7,2
Esqueleto	8	3,2
Multipatologias	47	18,8
Antecedentes Clínicos		
Nenhum	23	9,2
Aparelho reprodutor	1	0,4
Aparelho Circulatório	54	21,6
Aparelho Respiratório	14	5,6
Aparelho Neuro-Hormonal	25	10,0
Aparelho Digestivo	11	4,4
Aparelho Excretor	8	3,2
Esqueleto	4	1,6
Multipatologias	110	44,0
Apoio Social		
Sim	37	14,8
Não	213	85,2
Se sim, qual?		
Serviço de Apoio Domiciliário	17	6,8
Centro de Convívio	0	0,0
Lar de Idosos	18	7,2
Acolhimento familiar	2	0,8

5. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados baseia-se na análise descritiva, correlacional e classificatória, apoiada no uso do *software* SPSS versão 19.

5.1. *EASYcare*: estudo das qualidades psicométricas

Efetuiu-se o estudo das qualidades psicométricas do *EASYcare* para a amostra em estudo, considerando os 250 participantes.

A análise em componentes principais é uma técnica exploratória, que permite definir grupos de variáveis correlacionadas. É um dos métodos de análise multidimensional mais simples, pois tem poucos pressupostos estatísticos e espera-se que as variáveis originais sejam correlacionadas. Foram utilizados 21 itens da escala, submetidas a ACP, e extraíram-se 3 fatores (componentes principais) que explicam 66,2% da variância (tabela 1.2).

Tabela 1.2. ACP- Fatores, Valores Próprios e Variância do *EASYcare*

Fatores	Valores Próprios	% Variância total
Fator 1	6,35	30,27
Fator 2	6,00	28,60
Fator 3	1,54	7,37

Numa primeira fase procedeu-se ao cálculo das contribuições de cada item para cada fator sem qualquer rotação, e posteriormente procedeu-se ao cálculo das contribuições de cada fator com a rotação varimax, que tenta maximizar a variância nos novos eixos (Tabela 1.3).

Tabela 1.3. Contribuição dos itens para cada fator do *EASYcare*

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Q1.1. Consegue ver (com óculos, se usar)?	0,797	-0,061	0,797
Q1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?	0,813	0,084	0,813
Q1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas na sua fala?	0,273	0,532	0,273
Q2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal?	0,111	0,752	0,111
Q2.2. Consegue vestir-se?	0,102	0,673	0,102
Q2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?	-0,103	0,790	-0,103
Q2.7. Consegue alimentar-se?	-0,050	0,795	-0,050
Q2.11. Tem acidentes com a sua bexiga?	-0,009	0,639	-0,009
Q2.12. Tem acidentes com os seus intestinos?	0,011	0,624	0,011
Q2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?	0,019	0,798	0,019
Q3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem lado a lado?	0,024	0,774	0,024
Q3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?	0,20	0,652	0,20
Q1.4. Consegue utilizar o telefone?	0,337	0,308	0,337
Q2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?	0,064	0,521	0,064
Q2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?	0,039	0,138	0,039
Q2.6. Consegue preparar as suas refeições?	0,028	0,217	0,028
Q2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?	0,105	0,467	0,105
Q3.4. Consegue subir e descer escadas?	0,070	0,444	0,070
Q3.6. Consegue andar no exterior?	0,040	0,251	0,040
Q3.7. Consegue ir às compras?	0,037	0,179	0,037
Q3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até serviços públicos?	0,023	0,188	0,023

Obteve-se a seguinte organização factorial: fator 1 – Sentidos (itens 1.1e 1.2, que traduzem os aspetos sensoriais do corpo humano: audição e visão); fator 2 – Atividades de Vida Diária (itens 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 2.7, 2.11, 2.12, 2.13, 3.1 e 3.3, que representam as atividades desenvolvidas no dia-a-dia, relacionam-se com o autocuidado como por exemplo: alimentação, higiene, vestir e despir e o fator 3 – Atividades Instrumentais da Vida Diária (itens 1.4, 2.4, 2.5, 2.6, 2.9, 3.4, 3.6, 3.7 e 3.8, descrevem as atividades necessárias para a adaptação ao ambiente, e são mais influenciadas pelo aspeto cognitivo como por exemplo: usar o telefone, ir as compras e deslocar-se até serviços públicos).

Para estudar a consistência interna da escala, foram calculados os α 's de Cronbach (tabela 1.4) que apresentam valores muito satisfatórios: fator 1 – 0,54; Fator 2 – 0,89; Fator 3 – 0,93; escala global – 0,93.

Tabela 1.4. Consistência interna dos fatores e do *EASYcare*

Fatores	α de Cronbach
Fator 1 – Sentido da Vida	0,548
Fator 2 – AVD	0,890
Fator 3 - AIVD	0,932
Escala Total	0,934

Para proceder à confirmação da estrutura da escala foi utilizada a correlação de Pearson entre os itens e as das subescalas (tabela 1.5). As correlações são sempre positivas, moderadas a fortes (variam entre 0,218* e 0,838**) na escala total ($p < 0,01$ e $p < 0,05$), com exceção do item 1.1 (Consegue ver) que não é estatisticamente significativa. Os itens do fator “Sentidos” são os que apresentam correlações mais baixas, sendo que o item 1.1 (Consegue ver) só apresenta uma correlação forte e estatisticamente significativa com o próprio fator 1 (0,850**).

Tabela 1.5. Correlações entre os itens e as subescalas do *EASYcare*

	Itens	Subescalas			Escala Total
		Sentidos	AVD	AIVD	
Fator 1. Sentidos	Q1.1. Consegue ver (com óculos, se usar)?	0,850**	0,007	0,071	0,064
	Q1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?	0,810**	0,161*	0,202**	0,218*
Fator 2. AVD	Q1.3 Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?	0,153*	0,449**	0,290**	0,409**
	Q2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal?	0,119	0,780**	0,520**	0,714**
	Q2.2. Consegue vestir-se?	0,157*	0,817**	0,661**	0,808**
	Q2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?	-0,047	0,730**	0,441**	0,640**
	Q2.7. Consegue alimentar-se?	-0,009	0,756**	0,420**	0,640**
	Q2.11. Tem acidentes com a sua bexiga?	0,039	0,722**	0,469**	0,653**
	Q2.12. Tem acidentes com os seus intestinos?	0,024	0,615**	0,309**	0,509**
	Q2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?	0,084	0,890**	0,609**	0,821**
	Q3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?	0,097	0,883**	0,647**	0,838**
	Q3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?	0,084	0,841*	0,675**	0,827**
Fator 3. AIVD	Q1.4. Consegue utilizar o telefone?	0,285**	0,512**	0,702**	0,659**
	Q2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?	0,117	0,716**	0,793**	0,818**
	Q2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?	0,098	0,447**	0,821**	0,678*
	Q2.6. Consegue preparar as suas refeições?	0,094	0,512**	0,836**	0,723**
	Q2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?	0,130*	0,653**	0,779**	0,775**
	Q3.4. Consegue subir e descer escadas?	0,135*	0,662**	0,791**	0,786*
	Q3.6. Consegue andar no exterior?	0,135*	0,589**	0,912**	0,807**
	Q3.7. Consegue ir às compras?	0,133*	0,539**	0,911**	0,777**
Q3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até serviços públicos?	0,124	0,542**	0,901**	0,774**	

** Correlações significativas para $p < 0,01$ / * Correlações significativas para $p < 0,05$

O fator- Sentidos é o que apresenta correlações mais baixas, sendo que com o fator 2 - AVD não apresenta nenhuma correlação estatisticamente significativa. O fator 2 – AVD e o fator 3 – AIVD apresentam uma correlação moderada e estatisticamente significativa. A escala global apresenta correlações estatisticamente significativas com todos os itens (tabela 1.6), sendo que com o fator 1- sentidos apresenta uma correlação fraca (0,165*), mas positiva. Os fatores 2 – AVD e o fator 3 – AIVD apresentam correlações estatisticamente significativas fortes e positivas (0,928** e 0,912**).

Tabela 1.6. Correlações entre as Subescalas e a Escala total do *EASYcare*

	Fator 1- Sentidos	Fator 2 - AVD	Fator 3- AIVD
Fator 1 - Sentidos			
Fator 2 - AVD	0,96		
Fator 3 - AIVD	0,161*	0,693**	
Escala Total	0,165**	0,928**	0,912**

5.2. Resultados – *EASYcare*

EASYcare

A apresentação dos resultados está dividida em 2 partes: i) apresentação dos resultados obtidos em relação a percepção da Qualidade de Vida; e ii) grupos de qualidade de vida.

5.2.1. QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA

Neste item, foram analisados os resultados obtidos em cada categoria do instrumento.

Visão, audição e comunicação

A maioria dos participantes refere não apresentar limitações neste item, sendo que usar o telefone é o mais problemático: cerca de 22,8% precisam de ajuda e 30,8% não consegue utilizar o telefone (tabela 1.7).

Tabela 1.7. Visão, audição e comunicação

	Sem dificuldade		Precisa de Ajuda		Incapaz		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Visão	189	75,6	60	24,0	1	0,4	250	100
Audição	195	78,0	55	22,0	0	0,0	250	100
Fala	217	86,8	33	13,2	0	0,0	250	100
Utiliza o telefone	116	46,4	57	22,8	77	30,8	250	100

Cuidar de Si

Neste item, a maioria dos participantes referem não ter nenhuma limitação, com exceção dos itens (tabela 1.8): tarefas domésticas (53,2% não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica), preparar refeições (47,2% refere que não consegue preparar refeições) e medicação (50,0% refere precisar de alguma ajuda).

Tabela 1.8. Cuidar de si

	Sem problema		Precisa de Ajuda		Incapaz		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vestir-se	155	62,0	82	32,8	13	5,2	250	100
Tarefas domésticas	55	22,0	62	24,8	133	53,2	250	100
Preparar refeição	71	28,4	61	24,4	118	47,2	250	100
Alimentar-se	209	83,6	34	13,6	7	2,8	250	100
Tomar Medicação	113	45,2	125	50,0	12	4,8	250	100
Incontinência urinária	169	67,6	65	26,0	16	6,4	250	100
Incontinência intestinal	223	89,2	18	7,2	9	3,6	250	100
Utilizar a sanita	178	71,2	58	23,2	14	5,6	250	100
Cuidar da aparência	193	77,2	57	22,8			250	100
Lavar as mãos e cara	214	85,6	36	14,4			250	100
Utilizar a banheira	139	55,6	111	44,6			250	100

Este item engloba incontinência urinária e fecal, sendo que na incontinência urinária 67,6% refere não ter qualquer problema, e 6,4% refere ter acidentes frequentes. Na eliminação intestinal, apenas 3,6% refere ter acidentes frequentes. Em relação a problemas na boca ou dentes, 64% referem não ter qualquer problema. Relativamente aos problemas com a pele 83,6% afirma não ter nenhum problema.

Mobilidade

Nestes itens os participantes referem ter algumas dificuldades (tabela 1.9). Os itens acerca de deslocar-se para a cadeira e deslocar-se dentro de casa são os que apresentam melhores resultados. As atividades que implicam a deslocação até ao exterior são as que apresentam piores resultados: i) subir e descer escadas (50,4% afirmam ter alguma dificuldade), ii) andar no exterior (49,2% refere que não consegue ir às compras) e iii) deslocar-se até serviços públicos (48,0% refere não conseguir ir).

Tabela 1.9. Mobilidade

	Sem problema		Precisa de ajuda		Incapaz		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Desloca-se da cama para cadeira	175	70	62	24,8	13	5,2	250	100
Subir e descer escadas	90	36	126	50,4	34	13,6	250	100
Andar no exterior	80	32	76	30,4	94	37,6	250	100
Ir às compras	64	25,6	63	25,2	123	49,2	250	100
Deslocar-se a serviços públicos	63	25,2	67	26,8	120	48,0	250	100

Relativamente às quedas, 64,8% afirmam não ter caído nenhuma vez nos últimos 12 meses e 8,8% referem ter caído 2 ou mais vezes. Em relação aos problemas com os pés, 89,6% dizem que não têm nenhum problema com os pés.

Segurança

A maioria dos participantes assegura sentir-se seguro dentro de casa (94,0%) e fora de casa (87,6%); apenas 8,0% refere sentir-se discriminado por alguma razão. Relativamente ao suporte familiar, 94,4% afirmam ter alguém disponível para ajudar em caso de doença ou urgência (tabela 1.10).

Tabela 1.10. Segurança

Questão		n	%
Segurança dentro de casa	sim	235	94,0
Segurança fora de casa	sim	219	87,6
Sentir-se ameaçado/assediado	sim	223	89,2
Sentir-se discriminado	sim	230	92,0
Ter alguém que ajude em caso de doença ou emergência	sim	236	94,4

Local de Residência e finanças

Nesta dimensão, 70,0% dos participantes afirmam estar contentes com a sua habitação. Na gestão do dinheiro, 55,6% refere conseguir gerir o dinheiro e 44,4% afirma não conseguir (tabela 1.11).

Tabela 1.11. Local de Residência e finanças

Questão		n	%
Satisfação com a residência	Sim	175	70,0
Gestão do dinheiro/finanças	Sim	139	55,6
Obter aconselhamento sobre subsídios	Sim	204	81,4

Em relação ao aconselhamento acerca de subsídios, 81,6% asseguram que gostariam de receber e apenas 18,4% afirma que não (tabela 1.11).

Manter-se saudável

Cerca de 77,6% dos participantes referem não fazer exercício regularmente, 63,2% asseguram ficar com falta de ar, 78,0% refere não ter preocupações com o peso e 62,4% não sabem se têm as vacinas em dia. Relativamente a fumar, 88,0% asseguram não fumar, 96,4% refere não ingerir bebidas alcoólicas e cerca de 78,0% refere avaliar a tensão arterial regularmente (tabela 1.12).

Tabela 1.12. Manter-se Saudável

Questão		n	%
Praticar exercício	Não	194	77,6
Falta de ar em atividades normais	Sim	158	63,2
Fumar tabaco	Não	220	88,0
Ingestão em excesso de álcool	Não	241	96,4
Verificação da tensão arterial	Sim	195	78,0

Saúde mental e bem-estar

Neste item 64,4% referem realizar atividades importantes para si, sendo que 39,4% afirma ter uma “boa saúde”; contudo 60,0% refere ter dores corporais, sendo que destes 12,4%

referem ser suaves, seguidamente das dores moderadas e fortes (10,8%) e apenas 3,2% afirmam ser dores muito suaves (tabela 1.13).

A maioria dos participantes refere sentir-se por vezes sozinho/a (52,4%) e apenas 7,6% refere nunca se sentir sozinho/a. Em relação a adormecer, cerca de 60,0% refere ter problemas, e 56,7% afirma ter falecido alguém próximo recentemente. Relativamente a perceção da sua saúde mental, 56,8% afirmam não se terem sentido incomodados no último mês, 72,4% refere não ter qualquer problema de memória e de 50% assegura não se sentir deprimido.

Tabela 1.13. Saúde Mental

Questão		n	%
Realizar atividades que são importantes para si	Sim	161	64,4
Falecimento de alguém próximo	Sim	141	56,4
Problemas em dormir	Sim	150	60,0
Sentir-se deprimido/incomodado	Sim	125	50,0
Incómodo por não ter prazer em fazer as coisas	Não	142	56,8
Preocupações com perdas de memória	Não	181	72,4

Avaliação Global

Os resultados que apresentam maior preocupação, ou seja, indicam menor qualidade de vida percebida (tabela 1.14): saúde e bem-estar (9,9 num máximo de 18 pontos); residência e finanças (2,1 num máximo de 5 pontos) e mobilidade (14,4 num máximo de 37 pontos). Os resultados que apresentam melhor qualidade de vida percebida são: visão, audição e comunicação (2,0 num máximo de 12 pontos), cuidar de si (16,3 num máximo de 62 pontos) e segurança (0,4 num máximo de 5 pontos).

Relativamente a pontuação de independência, a média é de 32,5 (máximo de 100 pontos), portanto os doentes são maioritariamente independentes. Em relação ao risco de rutura no autocuidado ou admissão hospitalar, a média é de 4,5 (máximo de 11 pontos), demonstrando um risco moderado de reinternamento hospitalar. Em relação ao risco de queda, a média é de 2,7 (máximo de 7), revelando um baixo risco de queda.

Tabela 1.14. Resultados globais

	n	Média	DP
Avaliação do risco de queda	250	2,68	1,90
Risco de rutura no cuidado ou admissão hospitalar	250	4,53	2,84
Independência	250	32,54	26,82

5.2.2. GRUPO DE QUALIDADE DE VIDA

Para estabelecer grupos de participantes no momento de admissão hospitalar procedeu-se à análise de *clusters* (K-means). Adotou-se uma solução de 3 *clusters*, por ser a mais ajustada aos resultados (tabela 1.15).

Tabela 1.15. Grupos de Qualidade de Vida na admissão

	Cluster 1- Dependentes (n= 69; 27,6%)	Cluster 2- Dependentes Moderados (n= 82; 32,8%)	Cluster 3 – Independentes (n= 99; 39,6%)
Fator 1. Sentidos (0,24)	0,29 (=)	0,27 (=)	0,17 (-)
Fator 2. AVD (1,12)	3,22 (++)	0,59 (--)	0,09 (---)
Fator 3. AVID (2,21)	3,88 (++)	2,82 (+)	0,60 (---)

Nota: os sinais (+), (-) e (--) pretendem apenas ajudar a comparar cada média com a média global do fator

Os *clusters* foram classificados: *cluster 1* – dependentes (27,6%), envolve participantes dependentes nas AVD e AIVD; *cluster 2* – dependentes moderados (32,8%), engloba pessoas dependentes nas AIVD e pouco dependentes nas AVD; *cluster 3* – independentes (39,6%), inclui sujeitos independentes nas AVD e AVID e sem problemas sensoriais.

Em seguida analisou-se, com base no cálculo em frequências observadas e esperadas, como os *clusters* variam com o sexo, residência, estado civil, com quem vive, situação profissional, diagnóstico, antecedentes clínicos e apoio social. Os resultados indicam distribuições diferentes nas variáveis (tabela 1.16): estado civil (existem mais viúvos e menos casados do que esperado no grupo dos dependentes e dependentes moderados; existem menos viúvos e mais casados no grupo dos dependentes); com quem vive (no

grupo dos dependentes existem mais participantes a viver em família, instituição e sozinhos e menos a viver em casal do que o esperado; no grupo dos dependentes moderados existem menos a viver em instituição do que o esperado; nos independentes há mais participantes a viver em casale menos a viver em família do que o esperado).

Tabela 1.16. *Clusters* versus estado civil e com quem vive

n=250 Variáveis	Cluster 1 (n=69; 27,6%) Dependentes		Cluster 2 (n=82; 32,8%) Dependentes moderados		Cluster 3 (n=99; 39,6%) Independentes	
	FO	FE	FO	FE	FO	FE
Estado civil [$\chi^2(3) = 47,181, p=0,000$]						
Casado	21	33,9	33	40,3	69	48,7
Divorciado	0	1,7	0	2,0	6	2,4
Solteiro	2	2,8	6	3,3	2	4,0
Viúvo	46	30,6	43	36,4	22	44
Com quem vive [$\chi^2(4) = 66,231, p=0,000$]						
Casal	16	28,7	28	34,1	60	41,2
Família	35	27,0	39	32,1	24	38,8
Instituição	13	3,9	1	4,6	0	5,5
Outra	3	1,1	1	1,3	0	1,6
Sozinho	2	8,3	13	9,8	15	11,9

FO = frequência observada; FE = frequência esperada

Em relação às variáveis rendimento, escolaridade, idade e dias de internamento calcularam-se as médias para cada *cluster*, existindo diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis (tabela 1.17).

Tabela 1.17. *Cluster* versus rendimento, escolaridade e idade: médias

n=250 (médias)	Cluster 1 (n=69; 27,6%) Dependentes		Cluster 2 (n=82; 32,8%) Dependentes moderados		Cluster 3 (n=99; 39,6%) Independentes	
	M	DP	M	DP	M	DP
Rendimento (2,23) (Anova=35,385; p=0,000)	2,35	0,538	2,26	0,492	2,12	0,458
Escolaridade (2,41) (Anova=21,047; p=0,000)	1,48	1,76	2,11	1,86	3,30	1,94
Idade (76,93) (Anova=4,510; p=0,012)	80,80	6,59	78,87	6,85	72,63	6,88

Verifica-se que quem é dependente tem uma média etária superior, apresenta escolaridade inferior e tem os rendimentos mais baixos. Os dependentes moderados apresentam valores intermédios e os independentes são mais novos, têm escolaridade superior e os rendimentos mais elevados.

Em seguida analisou-se, calculando frequências observadas e esperadas, como os *clusters* variam com as restantes questões do instrumento (tabela 1.18).

Tabela 1.18. *Clusters* versus outros domínios do *EASYcare*

N=250	Cluster 1 (n=69; 27,6%)		Cluster 2 (n=82; 32,8)		Cluster 3 (n=99; 39,6%)	
Variáveis	Dependentes		Dependentes Moderado		Independentes	
	FO	FE	FO	FE	FO	FE
Domínio Cuidar de Si						
Q2.8. Tem algum problema com a sua boca ou dentes? [χ^2 (1) =8,378, p=0,015]						
Não	36	44,2	51	52,5	73	63,4
Sim	33	24,8	31	29,5	26	35,6
Q2.10. Já teve problemas com a sua pele? [χ^2 (2) = 12,987, p=0,002]						
Não	49	57,7	6	68,9	91	82,8
Sim	20	11,3	13	13,4	8	16,2
Domínio Mobilidade						
Q3.2. Tem problemas com os seus pés? [χ^2 (3) =7,371, p=0,025]						
Não	58	61,8	71	73,5	95	88,7
Sim	11	7,2	11	8,5	4	10,7
Domínio Segurança						
Q4.1. Sente-se seguro dentro de sua casa? [χ^2 (4) = 12,401, p=0,002]						
Sim	59(-)	64,9	79(=)	77,1	97	93,1
Não	10(+)	4,1	3(=)	4,9	2	5,9
Q4.2. Sente-se seguro fora de sua casa? [χ^2 (5) = 10,509, p=0,005]						
Sim	53	60,4	74	71,8	92	86,7
Não	16	8,6	8	10,2	7	12,3
Q4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém? [χ^2 (6) = 3,379, p=0,185]						
Não	64	61,5	69	73,1	90	88,3
Sim	5	7,5	13	8,9	9	10,7
Q4.4 Sente-se discriminado por alguma razão? [χ^2 (7) =1,558, p=0,459]						
Não	65	63,5	73	75,4	92	91,1
Sim	4	5,5	9	6,6	7	7,9
Q4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência? [χ^2 (8) =0,100, p=0,951]						
Sim	65	65,1	77	77,4	94	93,5
Não	4	3,9	5	4,6	5	5,5
Domínio Local de Residência e Finanças						
Q5.1. De forma geral está satisfeito/o com a sua residência? [χ^2 (9) =8,969, p=0,011]						
Sim	39	48,3	59	57,4	77	69,3
Não	30	20,7	23	24,6	22	29,7
Q5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros? [χ^2 (10) =70,198, p=0,000]						
Sim	14	38,4	41	45,6	84	55,0
Não	55	30,6	41	36,4	15	44,0
Q5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso? [χ^2 (11) = 3,669, p=0,160]						
Não	8	12,7	15	15,1	23	18,2
Sim	61	56,3	67	66,9	76	80,8
Domínio Manter-se Saudável						
Q6.1. Faz exercício regularmente? [χ^2 (12) =9,547, p=0,008]						
Sim	7	15,5	19	18,4	30	22,2
Não	62	53,5	63	63,6	69	76,8
Q6.2. Fica com falta de ar durante as atividades normais? [χ^2 (13) = 7,610, p=0,022]						
Não	16	25,4	34	30,2	42	36,4
Sim	53	43,6	48	51,8	57	62,6
Q6.3. Fuma tabaco? [χ^2 (14) = 9,066, p=0,011]						
Não	66	60,7	74	72,2	80	87,1
Sim	3	8,3	8	9,8	19	11,9
Q6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas? [χ^2 (15) = 5,695, p=0,058]						
Não	68	66,5	81	79,0	92	95,4
Sim	1	2,5	1	3,0	7	3,6
Q6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente? [χ^2 (16) =4,200, p=0,122]						
Sim	55	53,8	69	64	71	77,2
Não	14	15,2	13	18	28	21,8
Q6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso? [χ^2 (17) =0,600, p=0,963]						
Não tem preocupações	54	53,8	62	64,0	79	77,2

Com perda de peso	9	8,8	11	10,5	12	12,7
Com excesso de peso	6	6,3	9	7,5	8	9,1
Q6.7. Tem as suas vacinas em dia? [χ^2 (18) = 4,086, p=0,394]						
Não	2	5,8	8	6,9	11	8,3
Não sabe	45	43,1	52	51,2	59	61,8
Sim	22	20,1	22	23,9	29	28,9
Domínio Saúde Mental e Bem-Estar						
Q7.1. Consegue realizar atividades de lazer, trabalho e outras atividades importantes para si? [χ^2 (19) = 61,626, p=0,000]						
Sim	20	44,4	54	52,8	87	63,8
Não	49	24,6	28	29,2	12	35,2
Q7.3. Sente-se sozinho/a? [χ^2 (20) = 37,669, p=0,000]						
Nunca	5	5,2	2	6,2	12	7,5
Por vezes	18	36,2	49	43,0	64	51,9
Muitas vezes	56	27,6	31	32,8	23	39,6
Q7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo? [χ^2 (21) = 0,236, p=0,889]						
Não	29	30,1	35	35,8	45	43,2
Sim	40	38,9	47	46,2	54	55,8
Q7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir? [χ^2 (22) = 2,626, p=0,269]						
Não	22	27,6	35	32,8	43	39,6
Sim	47	41,4	47	49,2	56	59,4
Q7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado? [χ^2 (23) = 25,585, p=0,000]						
Não	18	34,5	44	41,0	63	49,5
Sim	51	34,5	38	41,0	36	49,5
Q7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas? [χ^2 (24) = 27,059, p=0,000]						
Não	21	39,2	54	46,6	67	56,2
Sim	48	29,8	28	35,4	32	42,8
Q7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos? [χ^2 (25) = 18,053, p=0,000]						
Não	38	50,0	59	59,4	84	71,7
Sim	31	19,0	23	22,6	15	27,3

Legenda: FO = frequência observada; FE = frequência esperada

As distribuições com diferenças significativas ocorrem nas variáveis analisadas em seguida (tabela 1.18).

Em relação aos problemas com a boca ou dentes (domínio Cuidar de Si) e com os pés e com a pele (domínio Mobilidade) verifica-se que no grupo dos dependentes existem mais participantes do que o esperado com esses problemas; no grupo dos independentes existem menos do que o esperado.

No domínio Segurança dentro e fora de casa verifica-se que nos dependentes existem menos participantes do que o esperado que sentem esse problema; no grupo dos independentes mais do que o esperado sente esses problemas.

No domínio Local de Residência e Finanças verifica-se: i) quanto à satisfação com a residência, nos dependentes há mais do que o esperado que não estão satisfeitos; nos independentes há mais satisfeitos do que o esperado; ii) na gestão financeira, entre os dependentes e dependentes moderados há mais participantes do que o esperado que não consegue assegurar essa gestão; nos independentes há mais do que o esperado que consegue fazer essa gestão.

No domínio Manter-se Saudável observa-se que: i) quanto ao exercício regular, nos dependentes há mais do que o esperado que não o faz; nos independentes há mais do que o esperado a praticar exercício regular; ii) sobre ficar com falta de ar em atividades regulares, nos dependentes há mais do que o esperado que fica com falta de ar; nos dependentes moderados e independentes há menos do que o esperado a revelar falta de ar. Sobre consumo de tabaco e álcool poucos participantes o fazem (respetivamente: 30 e 10).

No domínio Saúde mental e Bem-estar os dados indicam que: i) quanto à realização de atividades significativas, nos dependentes há mais do que o esperado que não o faz; nos independentes há mais do que o esperado que o faz; ii) sobre sentir-se só, nos dependentes há mais do que o esperado que se sente muitas vezes só; nos dependentes moderados há mais do que o esperado que se sente por vezes só; e nos independentes há mais que nunca ou por vezes se sentem sós; iii) em relação a sentir-se deprimido e com pouco interesse em fazer coisas no último mês, nos dependentes há mais do que o esperado a sentir; nos dependentes moderados e independentes há mais do que o esperado a não sentir; iv) sobre preocupações com esquecimentos, nos dependentes há mais do que o esperado que sente; nos independentes há menos do que o esperado a sentir.

Em relação às restantes questões do *EASYcare* o cálculo efetuou-se através de médias e comparação com ANOVA (tabela 1.19).

Tabela 1.19. *Clusters* versus *EASYcare*: médias

N=250 Variáveis (médias)	<i>Cluster</i> 1 (n=69; 27,6%) Dependentes		<i>Cluster</i> 2 (n=82; 32,8%) Dependentes moderados		<i>Cluster</i> 3 (n=99; 39,6%) Independentes	
	M	DP	M	DP	M	DP
Domínio Mobilidade						
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez? (Anova=17,921; p=0,000)	0,70	0,713	0,56	0,713	0,16	0,422
Domínio Saúde Mental e Bem-Estar						
De forma geral, diria que a sua saúde é? (Anova=46,370; p=0,000)	4,48	0,740	3,78	0,847	3,34	0,673
No mês passado teve dores corporais? (Anova=4,631; p=0,011)	1,45	1,586	1,02	1,523	0,76	1,278

Os dados indicam que os dependentes (por comparação com os outros dois grupos) caíram (domínio Mobilidade) mais vezes nos últimos 12 meses, percebem menos saúde e no mês passado tiveram mais dores corporais (domínio Saúde Mental e Bem-Estar). Os independentes apresentam os resultados mais favoráveis e os dependentes moderados os intermédios.

6. DISCUSSÃO

Qualidade de Vida

Os participantes globalmente apresentam uma boa percepção da sua qualidade de vida. Os domínios mais problemáticos são: saúde e bem-estar, residência e finanças e mobilidade.

No domínio saúde e bem-estar, 77,6% dos participantes referem não fazer exercício físico. O processo de envelhecimento através das transformações morfológicas, funcionais e bioquímicas, leva a um aumento da massa gorda corporal, obesidade, arteriosclerose, doenças cardiovasculares, que é agravada pelo sedentarismo (Andreott, & Okuma, 1999), tornando-se importante a prática de exercício físico que pode reduzir o risco de doenças, manter capacidade funcional e facilitar a promoção da saúde. A atividade física tende a diminuir com a idade (Molt, & McAuley, 2010; Franchi, & Montenegro, 2005), o que pode estar associada à diminuição da capacidade física. Apesar dos diversos programas existentes para a atividade física nas pessoas idosas, os níveis de adesão tendem a ser baixos, portanto é necessário criar programas mais adaptados a população idosas, considerando a heterogeneidade deste grupo. Outro aspeto relevante está relacionado com percepção individual de atividade física, muito idosos fazem caminhadas, e estes não valorizam ou identificam como atividade física pois consideram-na como fazendo parte da sua vida quotidiana.

Relativamente aos hábitos, 88,5% referem não fumar e 96,4% refere não ingerir bebidas alcoólicas. Estes resultados são importantes pois indicam preocupação em adotar estilos de vida saudáveis, mas os resultados não especificam se esta preocupação foi resultante de mudanças devido a sua saúde e bem-estar atual ou se são hábitos adotados ao longo da sua

vida. Cerca de 78% dos participantes refere não ter preocupações com o seu peso; a pré-obesidade aumenta com a idade (Alto Comissariado da Saúde, 2008), sendo superior nas pessoas idosas, principalmente nas mulheres. Esta ausência de preocupação em relação ao peso levanta algumas questões: será que não se preocupam porque o seu peso é o ideal? Será que o seu peso não é o ideal (excesso ou baixo peso), mas não têm consciência disso? Será que têm noção que o seu peso não está bem, mas como são idosos já não lhes interessa?

Relativamente ao estado de saúde, 63,2% referem sentir falta de ar, o que se associa ao principal motivo de internamento (doenças do aparelho respiratório). Cerca de 40% percecionam boa saúde, os restantes sentem a sua saúde debilitada; sublinhe-se que estes participantes acabaram de ser internados, por isso estão em situação de fragilidade.

Relativamente a dor crónica, cerca de 60% refere ter sentido dores no mês passado, que pode influenciar a qualidade de vida, pois a dor limita as decisões e comportamentos do indivíduo e a impossibilidade de a controlar traz sofrimento físico e psíquico (Cunha, & Mayrink, 2011). A dor é o quinto sinal vital, contudo ainda é desvalorizada por alguns profissionais de saúde, pois é subjetiva e de difícil mensuração. A sua mensuração é de extrema importância, e deve ser realizada através das escalas existentes, o profissional de saúde nunca se deve esquecer que a dor é o que o doente diz que é, e não deve interpretar apenas os sinais e sintomas que o doente apresentar pois a dor não tem apenas uma componente sensorial mas também emocional. A dor exige dos profissionais de saúde um cuidado extremo e uma sensibilidade especial para lidar com os doentes a possuam.

A maioria dos participantes refere dificuldades em adormecer e sentir-se sozinho. A velhice caracteriza-se pela alteração/perda de papéis sociais, principalmente devido a mudanças das relações familiares, reforma, saída dos filhos de casa, viuvez e alteração das redes sociais (Figueiredo, 2007). Estas alterações podem levar as pessoas idosas a sentirem-se sós e, até, levar a depressão, influenciando algumas dimensões da qualidade de vida.

Outro domínio que representa alguma dificuldade para os participantes é “residência e finanças”; cerca de 81,6% dos participantes gostavam de receber informações sobre subsídios, ou seja, sentem falta de informação e, como recebem baixas reformas (70%

refere ter dinheiro suficiente e 26,4% refere que não chega para as necessidades), precisam de apoios sociais.

O domínio mobilidade também representa uma área de dificuldade. A infraestrutura das casas e dos serviços públicos tendem a dificultar a mobilidade dos participantes. O modelo de envelhecimento ativo alerta para a necessidade de tornar acessíveis os serviços, para promover a independência e autonomia dos mais idosos (OMS, 2002).

Os resultados globais demonstram que a maioria é independente, o que pode associar-se aos critérios de inclusão da amostra, pois participantes incapazes de se expressar foram excluídos. Também talvez por isso, o risco de queda dos participantes é baixo. A queda no idoso representa um grande problema, pois pode estar associado a diminuição acentuada da Qualidade de Vida. As principais consequências das quedas no idoso são: fraturas (principalmente do fémur), o medo de cair e, estas situações podem levar a incapacidade e dependência dos idosos, sendo essencial a sua prevenção (Nicolussi, Fhon, Santos, Kusumota, Marques, & Rodrigues, 2012).

Grupos de Qualidade de Vida

Os dados revelam três grupos de QV: dependentes (27,6%); dependentes moderados (32,8%); e independentes (39,6%). O grupo dos dependentes tem idade mais elevada, rendimentos mais baixos e menor escolaridade; os independentes são mais novos, com rendimentos superiores e maior escolaridade (os dependentes moderados apresentam os valores intermédios). Saliente-se que muitos dos participantes já foram internados noutros momentos da sua fase idosa, pois este grupo etário apresenta taxas de internamento hospitalar mais elevadas que outros grupos etários (Giacomini, & Wanderley, 2010), mas alguns enfrentam o seu primeiro internamento.

A idade, a escolaridade e os rendimentos são três variáveis que, principalmente associadas, dão informações relevantes sobre a situação da pessoa idosa: é expectável que pessoas mais velhas, com pouca escolaridade e baixos rendimentos apresentem maior dependência. Esta é uma tendência reiterada na literatura, demonstrando que as pessoas idosas de classes socioeconómicas mais baixas são mais vulneráveis, pois ao longo da vida viveram

condições mais difíceis e com menos cuidado/cuidados com a sua saúde (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

Também sobre o contexto familiar existem diferenças entre estes grupos: existem mais viúvos entre os dependentes e dependentes moderados e mais casados ou divorciados nos independentes. Como os dependentes tendem a ser mais velhos, a probabilidade de serem viúvos também é mais elevada. Contudo, a literatura sugere que as pessoas casadas tendem a sentir-se mais capazes porque se entreejudam enquanto casal; já os viúvos podem sentir-se um *fardo* e mais dependentes, pois sentem que recebem mais do que dão; menor reciprocidade (Ramos, 2002). Os dados indicam que os participantes a viver em instituição tendem a ser mais dependentes, provavelmente indicando que a família cuida dos idosos enquanto estão independentes ou moderadamente dependentes; mas optam pela institucionalização quando a dependência aumenta e a sua capacidade de prestar cuidados adequados diminui (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003). A institucionalização, na sequência da doença/dependência, é um dos principais medos das pessoas idosas quando são internadas no hospital; de facto, a alta hospitalar é muitas vezes acompanhada de institucionalização ou apoio social (como serviço de apoio domiciliário). Os serviços hospitalares terão de durante o internamento promover a independência; mas também terão de preparar para a eventual ou provável necessidade de apoio mais frequente. Esta situação tem de envolver a pessoa idosa internada e a família e exige dos profissionais de saúde a capacidade de mediar decisões.

Os profissionais de saúde que acompanham o internamento hospitalar (principalmente enfermeiros e médicos) sabem que tendencialmente os idosos dependentes estão em situações sociais mais desfavoráveis. Neste caso, destaque-se que estas pessoas tendem a delegar a gestão financeira noutros (familiares ou instituição); e fazem-no, com frequência, apressadamente no momento de hospitalização, podendo não se salvaguardar e confiar em pessoas que os defraudam (Sousa, Silva, Santos, & Patrão, 2010). Embora seja complexo um profissional de saúde estar atento a estas situações, é importante que em casos suspeitos envolvam um técnico de serviço social.

O grupo de dependentes está menos satisfeito com a sua habitação, principalmente os institucionalizados ou aqueles que foram viver para casa de familiares; ou seja, foram

retirados da sua casa e não se sentem satisfeitos com a sua nova habitação ou têm dificuldades de adaptação. As pessoas idosas nutrem laços de afectividade pela sua casa, que representa as recordações da sua vida; além disso, estar em sua casa associa-se a sentimentos de autonomia e independência. Quando já sentem insatisfação com a casa e são internados no hospital (um local estranho e temido), é de prever períodos de desorientação que com frequência acarretam quedas (Soares, 1999). Neste caso, a apresentação do local é fundamental, explicando porque um contexto hospitalar apresenta determinadas características, que garantem a qualidade dos cuidados.

Os dependentes tendem a fazer menos exercício físico, terem mais falta de ar nas atividades quotidianas e mais problemas com a boca/dentes, com os pés e com a pele. A nível do internamento hospitalar isto representa mais cuidados de saúde, logo é necessário disponibilizar mais recursos para estes doentes.

Os dependentes não realizam atividades importantes para si, sentem-se mais deprimidos e, por norma. O contexto de hospitalização tende a reforçar estas situações (mesmo em pessoas não dependentes no momento da hospitalização), pelo que o diagnóstico deve ir além da patologia, mas envolver outras esferas da vida. Durante o internamento hospitalar, o idoso vê (ou pelo menos antevê) grandes transformações na sua vida, ocasionando momentos de fragilidade emocional (Soares, & Custódio, 1999). É importante os profissionais de saúde identificarem as situações que provocam desconforto aos idosos, procurando minimizá-las.

7. IMPLICAÇÕES, LIMITES E PERSPECTIVAS DE PESQUISA

Os resultados permitem um conhecimento do impacto da hospitalização nas pessoas idosas, possibilitando delinear acções e estratégias na organização dos serviços para proporcionar uma melhor da qualidade de vida às pessoas idosas. Estes resultados reforçam que a prevenção e adoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida, como a prática de exercício físico, bem como a necessidade de informação deve ser clara e acessível a todos (como a existência de subsídios a que os idosos possam recorrer para melhorar as condições de vida). Os resultados sugerem que o aspecto arquitectónico

influencia a qualidade de vida dos idosos, e é importante reestruturar e tornar acessíveis os serviços públicos, bem como fazer algumas alterações nas habitações dos idosos mais carenciados para melhorar a sua mobilidade e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Como perspectivas de investigação seria relevante perceber as relações familiares, bem como a história de vida de cada utente e o seu impacto na qualidade de vida. Como limitação do estudo, é importante referir a amostra. O EASYcare é um instrumento de percepção de cada individuo sobre a sua qualidade de vida, e neste estudo a população alvo foram os idosos que conseguissem responder autonomamente ao questionário, limitando a amostra. Num próximo estudo seria interessante incluir utentes mais dependentes e menos autónomos. Este estudo é quantitativo, num próximo estudo dever-se-ia complementar o questionário com dados qualitativos para perceber melhor o significado da qualidade de vida dos participantes.

8. CONCLUSÕES

Este estudo focou a influência da hospitalização na qualidade de vida das pessoas idosas. O estudo revelou que os participantes apresentam uma boa percepção da sua qualidade de vida. O grupo dos independentes, revela que estes são casados, tem menos apoio social e conseguem realizar atividades importantes para si, contudo tem hábitos menos saudáveis: fumam mais e ingerem mais bebidas alcoólicas. Em relação ao grupo dos dependentes, estes são mais velhos e com menor escolaridade, apresentam-se mais deprimidos e revelam ter mais falta de ar na realização das atividades diárias, bem como encontrarem-se mais institucionalizados e serem viúvos.

Os resultados reforçam a ideia que os estilos de vida adotados, as condições sociodemográficas e as características individuais são fatores preponderantes na percepção da qualidade de vida, bem como a vivência do internamento hospitalar. Assim, é relevante que os profissionais de saúde valorizem todas as dimensões da qualidade de vida.

9. BIBLIOGRAFIA

Alessi, A., Mazzarella F., Matrilli, E. & Fini, M. (2006). The elderly and quality of life: current theories and measurements. *Giornale Italiano di Medicine del Lavoro ed ergonomia*. 3(2), 99-103.

Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em Lares – aspectos e contextos da qualidade de vida*. Tese de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Portugal.

Alto comissariado da saúde (2008). *Envelhecimento e Saúde em Portugal*. Boletim informativo, nº 2. Ministério da Saúde. Lisboa.

Andreotti, R.A. & Okuma, S.S. (1999). Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente ativos. *Revista Paulista de Educação Física*. 13(1), 46-66.

Boltz, M. & Harrington, C. (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing*. 105(5), 101-02.

Campbell, A. (1976). Subjective measure of well-being. *American Psychologist*. 31, 117-124.

Campbell, A., Converse, P. & Rodgers, W. (1980). *The Quality of American life*. New York. Russell Sage Foundation.

Campos, A.C. (2008). *Reformas da saúde: fio conductor*. Coimbra. Almedina.

Carvalhais, 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.

Cunha, L.L. & Mayrink, W.C..(2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*. 12(2), 120-4.

Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosa*. Lisboa.

Eliopoulos, J. (2005). *Gerontological Nursing*. Philadelphia. Lippincott Williams e Wilkins.

Fernandez-Mayoralas, G.R., Pérez, F.R., Flóres, M.E.P., Salas, B.L., Martín, P.M., Forgaz, J., Payo, B.F. & Izaguirre, C.G. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*. 74, 1-67.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa. Climepsi Editores.

Fleck, M. A. & Colaboradores. (2008). *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre. Artmed Editora.

Fleck, M.A., 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*. Lisboa. Climepsi Editores.

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência.

Franchi, K.M.B. & Montenegro, R.M. (2005). Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 18(3), 152-156.

Giacomini, T. & Wanderley, K. (2010). Compreendendo o idoso e a sua vivência de internação hospitalar. *Revista Kairós*. 13(1), 221-30.

Hayes, K.S. (2003). *Idosos*. In K. Oman et al. (Org.). *Segredos em Enfermagem de Urgência*. Porto Alegre. Artmed.

- Kawasaki, K. & Diogo, M. (2005). Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica*. 12(2), 55-60.
- Krejcie, R. & Morgan, D. (1970). Determining samples size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607-610.
- Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in people. *Gerontologist*. 23(4), 349-357.
- Lazarus, R.S. (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.
- Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores. Portugal.
- Mariz, J.M. (2003). *A enfermagem e a Pessoa Idosa, a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência.
- Martins, T. (2006). *AVC- Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra. Formasau.
- Motl, R.W. & McAuley, E. (2010). Physical activity, disability, and quality of life in older adults. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North American*. 21(2), 299-30.
- Neri, A.L. (1999) - *Qualidade de Vida e Idade Madura*. São Paulo. Papyrus Editora.
- Nicolussi, A.C., Fhon, J.R., Santos, C.A.V., Kusumota, L., Marques, S. & Rodrigues R.A.P. (2012). Qualidade de Vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Ciencias e Saúde Coletiva*. 17(3), 723-730.
- Nucci, N. (2003). *Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo*. Tese de Doutorado. *Universidade de São Paulo*. Brasil.
- Oliveira, J.B. (2008) – *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto. Livpsic – Edições de Psicologia.

- Organização Mundial de Saúde (1999). *Enfermagem e midwife: health 21*. Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Madrid. World Health Organization.
- Paschoal, S. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Paschoal, S.M.P.(2004). *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo. Brasil.
- Páscoa, P.M.G. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Monografia final de curso. Universidade Fernando Pessoa. Portugal.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005) *Envelhecer em Portugal- psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Pereira, K.C.R., Alvarez, A.M. & Traebert, J.L. (2011). Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 14(1), 85-95.
- Pestana, J.P., Estevens, D. & Conboy, J. (2007). O Papel da Espiritualidade na Qualidade de Vida do Doente Oncológico em Quimioterapia. *Revista Cons-Ciências*. 1-27.
- Ponzetto, M., Zanocchi, M., Maero, B., Giona, E., Fransciseti, F., Nicola, E. & Fabri, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 36, 83-91.
- Rabelo, D.F., Lima, C.F.M; Freitas, P.M. & Santos, J.C. (2010). Qualidade de Vida, condições e auto percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia*. 13(2), 115-130.
- Ramos, L. (2002) *Epidemiologia do envelhecimento*. In: Freitas E, Py L, Neri A, Cançado F, Gorzoni M, Rocha S (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

- Rocha, N.S., Borges, Z.N. & Fleck, M.P.A. (2002). Health status and quality of life: the effect of spirituality/religiosity/personal beliefs. *Quality of Life Research*. 11(7), 654.
- Santos, S.R., Santos, I.B.C, Fernandes, M.G.M. & Henriques, M.E.R.M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 10(6), 757-764.
- Siqueira, A.B., Cordeiro, R.C., Perracini, M.R. & 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.
- Soares, N. & Custódio, M. (2011). Impacto Emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados. *Encontros-Revista de Psicologia*. 14(21), 9-23.
- Soares, N.N. & Custódio, M.R.M. (2011). Impacto Emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados. *Encontros-Revista de Psicologia*. 14(21), 9-23.
- 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.
- 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. Universidade de Aveiro. Portugal.
- 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.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2002) – “Easycare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas)”. *Revista de Estatística*. (1º quadrimestre). 1(26): 87-102.
- Sousa, L., Silva, A., Santos, L. & Patrão, M. (2010). The family inheritance process: motivations and patterns of interaction. *European Journal of Ageing*. 7, 5-15.

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.M. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos: a construção de uma escala de qualidade de vida para idosos*. Tese de doutoramento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.

Vecchia, R.D., Ruiz, T., Bocchi, S.C.M. & Corrente J.E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 8(3), 246-252.

Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: where have we come and where are we going. *Journal of Clinical Epidemiology*. 52(4), 355-363.

**CAPÍTULO 2 - QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS
HOSPITALIZADAS: COMPARAÇÃO DA ADMISSÃO COM ALTA
HOSPITALAR**

Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento²³

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

Gorete Santos¹ e Liliana Sousa²

¹Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, EPE, Estudante do 4º Ano do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia

²Psicóloga, PhD, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro; membro da Unidade de Investigação e Formação de Adultos e Idosos

*Email: gorete@hotmail.com

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 (\geq 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 perceção 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.

² Artigo publicado na Revista Kairós Gerontologia. (Santos, G., Sousa, L. (2013). Qualidade de Vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. *Revista Kairós Gerontologia*. 16(2), 07-25. São Paulo (SP). Brasil.)

³ Este artigo não tem uma versão alargada porque o referencial teórico é o similar ao do 1º artigo “Qualidade de Vida de Pessoas Idosas no momento de internamento hospitalar”, contudo foi colocado em anexo a sua versão final publicada. Anexo 5.

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, healthy lifestyles, mental health and wellbeing. The data point to a decreased of QOL, especially at the functional ability level and perception of wellbeing. The results have implications for the development of measures to improve care for the elderly during hospitalization.

Keywords: elderly; hospitalization; quality of life.

1. 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 fatores como estado de saúde, rede social e familiar, situação económica e atividades de lazer (Fernandez-Mayoralas *et al.*, 2007). E é subjetiva, pois trata-se da perceção 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., Souza, 2011; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos 2004). Assim, é relevante comparar a QV de pacientes idosos (adotando a sua perspetiva) 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.

2. 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 *et al.*, 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 subjetivo, complexo e multidimensional, influenciado pela perceção individual, e por fatores 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 perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, 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 aspetos importantes do meio ambiente”*. Esta definição esteve na base da construção do instrumento usado neste estudo – *EASYcare*. 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 fatores 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 perspetivas de futuro, mesmo que limitado (nomeadamente no sentido e projetos que se desenham para a vida) (e.g. Páscoa, 2008; Fonseca, 2005; Mariz, 2003). 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, Borges, &

Fleck, 2002; Fleck *et al.*, 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., 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, Borges, & Fleck, 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 o 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): 20,2% (6 meses após o primeiro internamento) - institucionalização e morte.

O internamento hospitalar ocorre essencialmente de 2 formas: planeada, por norma através de uma consulta; 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 portuguesas 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, & 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 (Jobim, Souza, & Cabrera, 2010; Britto, Duarte, Fonseca, & Silva, 2009; Mathias, & Jorge, 2005; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004; Filho, Matos, Giatti, Alfradique, Peixoto, & Lima-Costa, 2004). A pessoa idosa durante um internamento tende a mostrar (Hoogerderjn, 2011; Kamasaki, & Diogo, 2007; 2005; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004; Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000;): 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).

3. OBJETIVOS

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.

4. MÉTODOS

Foi adotada uma metodologia quantitativa, de características descritivas, comparativas e correlacionais. Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética (nº 762/CA) do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., em 14 Outubro de 2009.

4.1. 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, & Morgan, 1970).

4.2. Instrumentos

No estudo utilizou-se: i) questionário socioeconómico e clínico (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, 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, Sousa, Figueiredo, Gerra, Marques, Silvestre, & Pereira, 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 Standart*): aspetos sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, condições de habitação, situação financeira, atividade física e saúde mental e bem-estar. Permite calcular três scores: risco de queda; risco de rutura 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, Galante, & Figueiredo, 2003).

4.3. Amostra

Na fase de admissão a amostra é constituída por 250 participantes (tabela 2.1), 50,4% do sexo feminino (tabela 2.1). A média etária é de 79,6 anos (DP=7,6), 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 6,0% estão institucionalizados, 62,0% estão reformados. Em relação ao rendimento: 70,0% 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=2,0).

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 2.1. Caracterização dos participantes: admissão e alta

	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. Sobre 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 2.1) em todas as variáveis, com exceção da variável “apoio social” em que as diferenças são significativas: na fase de alta aumentam os utentes que usam equipamentos sociais (serviço de apoio domiciliário e lar de idosos). Tal ocorre porque durante o internamento são detetadas situações que necessitam de apoio domiciliário 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 78,1 (DP=7,5) anos, 51,5% a viver em família; 78,8% reformados; média de 2,4 anos de escolaridade (DP=2,0). Quanto ao apoio social: 81,8% - sem apoio; 12,1% - lar de idosos; e 6,1% - apoio domiciliário. 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 3,0% sem antecedentes clínicos relevantes.

5. ANÁLISE DE DADOS

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

5.1. 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 2.2).

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, diminui aqueles que não precisam de ajuda e aumenta 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 2.2).

Tabela 2.2. EASYcare: Aspectos 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 n <5 em muitas células)

Em termos de segurança, não se verificam diferenças significativas entre a admissão e 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 2.3).

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 2.3).

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 2.3. *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 2.4): no momento da alta hospitalar, por comparação com a admissão, os inquiridos apresentam significativamente maior risco de queda e de rutura de cuidados, e maior dependência funcional.

Tabela 2.4. *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

6. DISCUSSÃO

Da admissão a alta

Em geral, os dados revelam na alta (por comparação com a admissão) 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 de admissão e a 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. Este aumento da dependência pode iniciar-se durante o internamento

e prolongar-se após a alta (Hoogerderjn, 2011; Kamasaki, & Diogo, 2005; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004; Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000).

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 aspetos da hospitalização (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009; Kamasaki, & Diogo, 2007; Hoogerderjn, Suurmans, Duijnste, de Rooij & Grypdonck, 2007; Cornette, Swine, Malhomme, Gillet, Meert, & D'Hoore, 2005; Sager, Franke, Inouye, Landefeld, Morgan, & Rudberg, 1996). 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) (Eliopoulos, 2005; Soares, 1999); 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).

7. 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 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 afazer 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 em algum familiar, e é necessário garantir a idoneidade desta pessoa).

8. LIMITES E PERSPETIVAS DE PESQUISA

A principal limitação deste estudo é ter captado apenas a perspetiva 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 perspetiva 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.

9. 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.

10. BIBLIOGRAFIA

Boltz, M. & Harrington, C. (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing*. 105(5), 101-02.

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.C. (2008). *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra. Almedina.

Carvalhais, 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.B., Meert, P., D'Hoore, W. (2005). Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of predictive tool. *European Journal of Public Health*. 16(2), 203-8.

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.

Direcção-Geral de Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosa*. Lisboa.

Eliopoulos, J. (2005). *Gerontological Nursing*. Philadelphia. Lippincott Williams e Wilkins.

Fernandez-Mayoralas, G., Pérez, F.R., Flóres, M.E.P., Salas, B.L., Martín, P.M., 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, 1-67.

Filho, A.I.L., Matos, D.L., Giatti, L., Afradique, M.E., Peixoto, S.L. & 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. A. & Colaboradores. (2008). *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre. Artmed Editora.

Fleck, M.A., 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*. Lisboa. Climepsi Editores.

Giacomini, T. & Wanderley, K. (2010). Compreendendo o idoso e a sua vivência de internação hospitalar. *Revista Kairós Gerontologia*. 13(1), 221-30.

Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *The American Journal of Nursing*. 106(1), 58-67.

Hoogerduijn, J.G. (2011). *Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline*. Tese de doutoramento. Utrecht University. Oisterwijk, Holanda.

Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M.J., Duijnste, M.S., de Rooij, S.E. & Grypdonck, M.F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 46-57.

Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Baker, D.I., Leo-Summers, L. & Cooney, L.M. (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*. 48(12), 1697-1706.

Jobim, E.F.C., Souza, V.O. & Cabrera, M.A.S. (2010). Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais geridas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Acta 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.S. (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.

Mariz, J. (2003). *A enfermagem e a Pessoa Idosa, a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência.

Mathias, T.A.F. & Jorge, M.H.P.M. (2005). Hospitalização e Mortalidade em Idosos: Um exercício de análise Comparativa. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 4(1), 25-36.

Paschoal, S.M.P. (2004). *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Brasil.

Paschoal, S.M.P. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Páscoa, P.M.G. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Monografia final de curso. Universidade Fernando Pessoa. Portugal.

Ponzetto, M., Zanocchi, M., Maero, B., Giona, E., Franciseti, F., Nicola, E. & Fabri, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 36, 83-91.

Rocha, N.S., Borges, Z.N. & Fleck, M.A. (2002) Health status and quality of life: the effect of spirituality/religiosity/personal beliefs. *Quality of Life Research*. 11(7), 654.

- Sager, M.A., Franke, T., Inouye, S.K., Landefeld, C.S., Morgan, T.M. & Rudberg, M.A. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Archives of Internal Medicine*. 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. Universidade de Aveiro. Portugal.
- 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.M. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos: a construção de uma escala de qualidade de vida para idosos*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.

**CAPÍTULO 3 - A ESPIRITUALIDADE NAS PESSOAS IDOSAS: INFLUÊNCIA
DA HOSPITALIZAÇÃO**

A Espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização⁴

Spirituality in older persons: the influence of hospitalization

Gorete Santos¹ e Liliana Sousa²

¹Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, EPE, Estudante do 4º Ano do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia

²Psicóloga, PhD, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro; membro da Unidade de Investigação e Formação de Adultos e Idosos

Contacto: gorete_@hotmail.com

Resumo

A espiritualidade é a busca pessoal do significado e propósito da vida, assumindo relevância na velhice. A hospitalização na velhice é vivida com ansiedade, sendo a espiritualidade uma boa estratégia de *coping*. Este estudo compara a espiritualidade de pessoas idosas entre a admissão e alta hospitalar, considerando a influência de variáveis sociodemográficas, patologia e tempo de internamento. A amostra é constituída por 250 participantes (≥ 65 anos), 50,4% do sexo feminino. Administrou-se por entrevista a Escala de Espiritualidade, composta por 5 itens organizados em escala de Likert de 5 pontos. Os principais resultados indicam que: i) 57% dos participantes mantém a média de espiritualidade na admissão e alta (22,5% mantém espiritualidade baixa e 22,5% mantém espiritualidade elevada); ii) 43% revela alterações na espiritualidade, 21,9% apresenta diminuição entre admissão e alta e 20,8% demonstra aumento. As pessoas idosas que vivem em casal são as que tendem a aumentar a espiritualidade durante o internamento. A hospitalização parece ter impactos diferentes na espiritualidade das pessoas idosas,

⁴ Versão alargada do artigo publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (Santos, G., Sousa, L. (2012). A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 15(4), 775-765. Rio Janeiro (RJ). Brasil.)
Versão publicada Anexo 6.

influenciando a forma como lidam com a saúde/doença e por isso deve ser valorizada pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: espiritualidade, hospitalização e envelhecimento

Abstract

Spirituality is the personal search for meaning and purpose in life, assuming particular relevance in old age. Hospitalization in old age is experienced with high levels of anxiety, and spirituality has shown to be a relevant coping strategy. This study compares old person's spirituality at hospital admission and discharge, analysing the influence of socio-demographic variables, pathology and period of hospitalization. The sample comprises 250 participants (≥ 65 years old), 50.4% female. The Scale of Spirituality, a 5 points-Likert scale, comprising 5 items was administered by interview. Main findings suggest that: i) 57% of participants show a similar mean of spirituality when comparing admission and discharge (22.5% maintain low spirituality and 22.5% maintain high spirituality); ii) 43% reveal alterations, 21.9% show decreasing of spirituality and 20.8% show increase. Those participants living in couple tend to show increase in their spirituality. The hospitalization may have different impacts in the spirituality of old persons, what should be considered by practitioners when delivering care.

Keywords: Spirituality, elderly, hospitalization

1. INTRODUÇÃO

A nossa sociedade está a envelhecer tornando mais relevantes tópicos como a qualidade de vida e saúde das pessoas mais idosas. O envelhecimento é complexo e deverá ser perspectivado pelas sociedades atuais como um processo normal, natural e irreversível (pelo menos no estado atual dos conhecimentos) (Figueiredo, 2007). Nesse processo ocorrem mudanças psicológicas, biológicas e sociais, como por exemplo limitações físicas e alteração da rede social, que se traduzem em constantes reajustamentos, exigindo readaptações dos mecanismos de *coping*.

A espiritualidade emerge também como tópico relevante, especialmente no fim da vida, podendo ser considerada uma busca pessoal de significado e propósito da vida (Thoresen, 1999). Trata-se da ligação a uma dimensão transcendental da existência, envolvendo experiências e sentimentos associados àquela busca (amor, esperança e paz interior). Assume um papel importante na vivência de um envelhecimento bem-sucedido e contribui para a qualidade de vida, pois permite encontrar respostas para questões relacionadas com a morte e o sentido de vida (Highfield, & Carson, 1983). A espiritualidade permite às pessoas ter esperança e ganharem paz perante acontecimentos difíceis que inevitavelmente ocorrem ao longo da vida, especialmente na velhice. Alguns estudos demonstram que o *coping* religioso/espiritual pode ajudar as pessoas (em particular as mais idosas) a enfrentar as situações de crise, através da fé e crenças ou da relação com o transcendente (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010, 2007; Dalby, 2006).

Atualmente existe um emergente interesse na pesquisa sobre o impacto da espiritualidade, porque os dados sugerem de modo consistente uma relação positiva e estatisticamente significativa entre espiritualidade, saúde e qualidade de vida (e.g. Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Contudo muitos destes estudos focam o contexto da doença oncológica e cuidados paliativos, exigindo o alargamento a outros contextos e circunstâncias (John, 2010; Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010, 2007). Designadamente, existe escassez de literatura que associe a hospitalização com a espiritualidade na pessoa idosa. A espiritualidade é uma importante dimensão da qualidade de vida, pois contribui para encontrar mecanismos para enfrentar a doença (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007). O conceito de qualidade de vida é multidimensional e na velhice ganha relevo na procura e/ou

aquisição de mecanismos de *coping* que permitam à pessoa idosa, apesar dos eventuais défices e limitações, permanecer socialmente ativa pelo máximo de tempo possível (Fonseca, 2005).

Este estudo procura aprofundar o conhecimento sobre a influência da hospitalização na espiritualidade da pessoa idosa, incluindo a influência de variáveis sociodemográficas. Os resultados têm implicações na compreensão do processo de envelhecimento e desenvolvimento de medidas que visem melhorar os cuidados prestados aos clientes idosos durante o internamento hospitalar.

2. ESPIRITUALIDADE

Desde os primórdios da humanidade que as crenças, práticas e experiências religiosas têm sido uma componente relevante e influente nas sociedades; por exemplo, o poder da “cura” chegou a estar centrado nas pessoas que lidavam com o espírito (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007). A espiritualidade nas últimas décadas assumiu especial relevância, porque durante o processo de envelhecimento é comum emergirem temas associados ao significado da vida, especialmente em momentos de confronto com o fim da vida (morte). A espiritualidade surge como uma dimensão que pode ajudar nesta vivência (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010).

A espiritualidade constitui atualmente um novo paradigma para as ciências de saúde, apesar de durante anos ter sido desvalorizada; por exemplo, a psiquiatria identificava as experiências religiosas dos pacientes como um sintoma/sinal de diversas patologias psiquiátricas (Filho, & Sá, 2007). O Plano Nacional de Saúde - 2004/2010 (DGS, 2004) reconhece essa importância, indicando que a dimensão espiritual deve ser contemplada no conceito de saúde para permitir a prestação holística de cuidados, bem como a carta dos direitos dos doentes internados (DGS, 2005) no item nº 2: “o doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas”, a experiência do sofrimento torna a dimensão espiritual particularmente importante e todos os doentes tem direito a assistência religiosa sempre que o solicitarem e no item nº3 referentes aos cuidados terminais, que reforça a ideia da necessidade da dimensão espiritual estar presente. Atualmente os profissionais de saúde, investigadores e a

população em geral têm reconhecido a importância da dimensão espiritual para a saúde (Moreira-Almeida, 2007), por isso a investigação nessa área tem aumentado.

2.1. Conceito

A espiritualidade é um conceito de difícil operacionalização, não existindo um consenso. Na literatura existe diversidade na definição (Sawatzky, 2002), devido à subjetividade, natureza pessoal intrínseca e grande variedade de opiniões sobre o seu significado. Espiritualidade advém do termo espírito, que deriva do latim "*spiritus*" e significa "sopro" ou "respiro", estando associado à vida e perspectivado como uma característica única do ser humano (Freitas, 2010). Tem-se verificado que os termos religiosidade e espiritualidade são utilizados indevidamente como sinónimos, dificultando a definição do conceito de espiritualidade.

A maioria das definições de espiritualidade refere uma procura existencial de significado e sentido para questões complexas da vida, sendo esta procura orientada por práticas religiosas ou pela experiência de vida pessoal. A espiritualidade tem sido definida por três dimensões que podem coexistir (Cupertino, & Novaes, 2004): i) participação numa instituição religiosa (comportamento objetivo), ii) movimentos ou disposições internas, incluindo valores éticos e morais, que consubstanciam uma vertente individual e/ou subjetiva e iii) expressa em termos de crenças para dar sentido e significado à existência humana.

Neste estudo adotamos a definição de espiritualidade do *National Cancer Institute* (online, 2006): "*sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo a paz de espírito, conexão aos outros e as crenças sobre o significado e o propósito da vida*". Esta definição parece conciliar algumas das questões conceptuais em discussão neste âmbito e subjaz à Escala da Espiritualidade (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010) utilizada neste estudo. De facto, envolve e articula diversas conceptualizações, tais como: busca pessoal da compreensão de questões fundamentais da vida, incidindo no seu significado, sendo que esta relação com o sagrado ou transcendente pode ou não levar à prática de rituais religiosos (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007; Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore, &

Koenig, 2002). Deste modo, a espiritualidade não é um monopólio das religiões, mas uma dimensão humana, que pode ou não envolver práticas religiosas e pode existir em indivíduos ateístas ou agnósticos (Pestana, Estevens, & Conboy, 2007; Fleck, 2008). Compreender a espiritualidade vai além de ideologias, dogmas ou instituições religiosas, pois é um recurso interno do indivíduo, que pode ser acionado pelo contacto com a natureza, artes ou experiência pessoal.

2.2. Espiritualidade *versus* Religiosidade

Os conceitos de religião e espiritualidade são com frequência utilizados de forma indiferenciada, indicando a necessidade de clarificação e distinção. Nas últimas décadas esses conceitos apresentam alterações de definição e operacionalização (Pestana, Estevens, & Conboy, 2007; Cella *et al.*, 1996): até aos anos 1970, a religião era o constructo amplo que incorporava a espiritualidade; mas, nos últimos anos, ocorre uma transformação conceptual, inverte-se a situação anterior, e a religião assume uma definição mais restrita em relação à espiritualidade, que é separada da prática de comportamentos religiosos tradicionais.

A religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, com o propósito de facilitar a proximidade com o sagrado e promover a compreensão da relação com os outros (Koenig, 2002). É uma forma ancestral da Humanidade tentar dar sentido à vida, através de práticas e crenças institucionalizadas. A religião está associada à participação ou adesão aos rituais religiosos, sendo a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao Homem a possibilidade de existir após a sua morte (o corpo morre, não o espírito). A religião refere-se a algo externo, institucionalizado, formal; engloba os conteúdos de uma fé e traduz a extensão da crença do indivíduo que segue e pratica uma religião (Dalby, 2006).

As diversas definições de espiritualidade têm em comum a referência à busca por dar um sentido à vida. Ou seja, a busca pessoal da compreensão de questões fundamentais sobre a vida e seu significado (Koenig, 2002), podendo ou não associar-se a rituais religiosos, sem relação com raça, etnia ou classe social, mas promovendo o bem-estar. É entendida

como um atributo de qualquer pessoa que se questiona perante a simples realidade de existir, estando relacionada com o transcendental da alma e divindade. Relaciona-se com uma atitude ou ação interna, de ampliação da consciência e fortalecimento e amadurecimento da personalidade (Pestana, Estevens, & Conboy, 2007). É um conceito multidimensional que valoriza a experiência pessoal, incluindo: busca pessoal pelo significado e propósito da vida; ligação a uma dimensão transcendental da existência; experiências e sentimentos associados a essa busca. Em resumo, tem sido conceptualizada em três áreas principais: sentido e propósito; vontade de viver; e crença e fé em si, nos outros e em Deus ou algo transcendental (Pestana, Estevens, & Conboy, 2007).

2.2.1. TRAÇOS DE RELIGIOSIDADE EM PORTUGAL

Nesta secção abordam-se os traços de religiosidade em Portugal, uma vez que não há estudos populacionais sobre espiritualidade. Estes dados dão indicações relevantes sobre valores e crenças na população portuguesa.

Em Portugal até à revolução republicana de 1910, a religião católica apostólica romana foi sempre considerada a religião do reino. Só a partir dos primórdios do século XX a situação se alterou, pois foi consolidado um suporte jurídico sustentado na separação entre o Estado e a Igreja. A partir da segunda metade do século XX verifica-se, não só uma separação entre o plano jurídico e político, como uma separação ideológica. A instauração da ditadura militar em 1920 e a Constituição de 1933 reabilitaram a imagem e o poder da Igreja católica na sociedade portuguesa. O catolicismo não volta a ser a religião do Estado, mas através da Concordata de 1940 solidifica esta relação. Em 1974, e com a Nova Constituição, existe uma liberalização religiosa, promovendo igual liberdade e igualdade dos cidadãos, procurando abolir procedimentos discriminatórios. Independente da relação entre o Estado e Igreja, a sociedade portuguesa conserva a matriz cultural católica como demonstram diversos estudos (Vilaça, 2001).

Em Portugal existem poucos estudos centrados nas crenças religiosas. Os últimos dados oficiais sobre a religião em Portugal foram realizados pelo INE (2001) no censo: 96% referem ter uma crença religiosa (84,5% - católica; 1,41% - outra religião cristã; 0,55% - protestante; 0,20% - ortodoxa; 0,13% - muçulmanos; 0,02% - judeus); apenas 3,95%

referem não ter qualquer religião. Estes resultados sugerem a importância da religiosidade na população portuguesa, indicando que a religião católica é fortemente predominante, sugerindo que os seus valores e crenças estão enraizados na população portuguesa (INE, 2001).

Outros dados derivam do *European Value Survey* (EVS, 1999 in Menéndez, 2007) que verificaram que 81% dos portugueses se afirmam católicos, sendo que 27% se sentem mais religiosos do que as pessoas dos outros países da Europa. Neste inquérito emerge uma forte confiança na instituição eclesial e um elevado nível de crença em Deus. Contudo, os portugueses encontram-se entre os países da Europa mais cépticos sobre a vida após a morte (40%). O inquérito realça um aumento de não praticantes entre os nascidos a partir de 1960, que continuam a considerar-se religiosos. Existe um forte decréscimo daqueles que consideram a religião muito importante, mas é escasso o grupo de pessoas que não atribuem qualquer importância à religião; ou seja, num país tão religioso, mesmo para os menos religiosos a religião é importante (Menéndez, 2007).

Os indicadores sugerem que Portugal caminha no sentido da religião ocupar um lugar menos relevante na vida dos indivíduos, mas não para a sua ausência. Esse estudo indica uma queda acentuada na crença, especialmente na crença nos pecados. As mudanças geracionais parecem implicar uma perda de intensidade e importância da religiosidade e vão reconfigurando as crenças religiosas (Menéndez, 2007).

Outro estudo foi realizado pelo ICS (Instituto de Ciências Sociais), através do *International Social Survey Programme* (1998), que abordou a questão da religião em países pertencentes à tradição católica (Portugal, Espanha, Irlanda e Chile) e outras tradições religiosas cristãs (Noruega e Estados Unidos da América). Os resultados demonstram igualmente uma religiosidade católica tradicional difundida principalmente nas camadas populares portuguesas, especialmente entre idosos e mulheres dos estratos sociais mais pobres e menos instruídos, concentrados nos meios rurais e nas regiões do Centro e Norte do país (Cabral, 2001). Neste estudo confirmou-se a tendência das sociedades modernas de tradição cristã para o declínio inter e intrageracional da prática religiosa tradicional. Contudo observou-se que os inquiridos com práticas religiosas mais regulares são mais infelizes, enquanto aqueles poucas ou nenhuma práticas religiosas são

mais felizes. Estes últimos vêm-se com mais capacidade e confiança para mudar o seu destino, enquanto os mais praticantes mais fatalistas e com baixa autoconfiança. Estes resultados são similares nos restantes países (Cabral, 2001).

O mesmo estudo demonstrou que a religião influencia nos comportamentos e atitudes individuais, sendo que os contextos sociais influenciam a religiosidade. No catolicismo tradicional o sofrimento aparece como uma punição para os pecados. O sofrimento é visto como uma consequência de falhas morais. Este é o primeiro sentido de retribuição: “paga pelos teus males feitos”. O segundo relaciona-se com a resignação de quem sofre pacientemente, ou seja, a promessa de uma vida melhor “além morte” para os que sofrem no mundo terreno e consideram que Deus dá sentido à vida e o destino não se altera (Pais, 2001).

Estes dados demonstram a escassez de informação sobre a religiosidade e as crenças em Portugal, sendo mais escassos os dados relativos aos idosos, sua influência na velhice e nas atitudes perante a doença ou hospitalização.

2.3. Espiritualidade e envelhecimento

O aumento da expectativa de vida e da longevidade fazem emergir a reflexão sobre a espiritualidade humana e sua importância especialmente no fim da vida. Existem várias teorias sobre o desenvolvimento humano, sendo a teoria eriksoniana a que mais destacou o desenvolvimento co extensivo à duração da vida, ou seja, abrangendo o envelhecimento. Esta teoria organiza o desenvolvimento em oito estádios que decorrem entre o nascimento e a morte. Eric Erickson, no fim da sua vida, acrescentou o nono estádio, designado “desespero versus integridade” onde destaca a espiritualidade e engloba a conceito de *gerotranscendência* de Tornstam (Erikson, & Erikson, 1998).

O fim da vida emerge assim na teoria psicossocial de Erikson como compreendendo dois estádios: integridade *versus* desespero (oitavo); e desespero *versus* integridade (nono estádio). Em todos os estádios existem crises psicossociais de desenvolvimento caracterizadas por uma luta interior em que o elemento positivo deve ganhar sobre o

negativo para que o desenvolvimento do indivíduo prossiga. No nono estágio esta situação inverte-se.

No oitavo estágio (integridade *versus* desespero) emerge o conflito interior incidente no balanço da vida, que pode ser positivo ou negativo, centrado na questão: a minha vida teve ou não significado? Nesta revisão da vida a pessoa pode fazer um balanço negativo, levando ao desespero, associado à consciência de que o tempo é muito reduzido para refazer a vida. Ou, pode ocorrer um balanço positivo, que desencadeia integridade, consubstanciada num resumo positivo dos estágios anteriores, dando origem a um sentimento de satisfação e plenitude.

No nono não se tem mais a preocupação com essa retrospectiva, o foco está em viver o melhor possível cada dia, sendo relevante o contributo da espiritualidade (Freitas, 2010). É um estágio final que leva à maturação e à sabedoria, em que existe uma redefinição de tempo, espaço, vida e morte, e uma redefinição do “*self*”. Compreende o período de vida que se inicia por volta dos 80 anos, onde apesar de todos os esforços realizados pelo indivíduo para manter a sua força vital e controlar a sua vida, o corpo perde gradualmente a sua autonomia. O elemento distónico (desespero) indica aceitação da perda de diversas capacidades que constituíram o elemento distónico ao longo da vida (como autonomia e generatividade). A integridade (elemento negativo) está associada à não-aceitação e manutenção da luta para ir contra o envelhecimento. Neste nono estágio a espiritualidade assume um papel de enorme relevo, pois os idosos procuram um sentido de vida (Fleck, 2008). Por isso, Erickson (1998) adota o conceito de Tornstam: “gerotranscendência”, que pode ser definida como um “...*sentimento de comunhão cósmica com o espírito do universo, uma redefinição de tempo, espaço, vida e morte, e uma redefinição do self...*” (Erikson, 1998:103). Nesta altura permite a descoberta de novos aspetos do *self* que se encontravam encobertos, como diminuição do egocentrismo, da obsessão pelo corpo e aumento do altruísmo e maior aceitação da morte (não a negação).

Na velhice a espiritualidade ganha destaque pois (Freitas, 2010; Teixeira, & Lefêvre, 2008; Cupertino, & Novaes, 2004): i) permite a redução/gestão da sensação de perda de controlo e esperança; ii) pode ser um recurso de *coping*, como prevenção de processos depressivos

através da compreensão da morte e do significado de vida; iii) ajuda na aceitação da doença, na segurança e otimismo no tratamento; iv) preparação perante a ideia de finitude.

Em geral, a pessoa idosa enfrenta situações de perda inevitáveis da velhice: de saúde, pois as doenças crônicas são mais comuns; da independência, já que a incapacidade acompanha muitas vezes a doença crônica e exige cuidados; dos outros, pois os mais próximos e do mesmo tempo vão falecendo; do estatuto social, pois a participação social é limitada pelos problemas de saúde, dependência e/ou diminuição das redes sociais. A espiritualidade é uma dimensão que ganha relevância nesta fase de vida, pois não existe um “ser velho”, mas um “ser envelhecendo” (Freitas, 2010), por isso é necessário refletir sobre os diversos fatores que levam ao envelhecimento bem-sucedido.

2.4. Espiritualidade e Saúde

Neste estudo sublinhamos a importância da espiritualidade em contextos de saúde. O desenvolvimento das Ciências da Saúde levou, num primeiro momento, à desvalorização da dimensão espiritual, pois não seria contemplada pelo modelo biomédico (ainda enraizado). Esta desvalorização aconteceu principalmente após as duas Grandes Guerras do Século XX, devido ao forte desenvolvimento tecnológico e valorização dos aspectos científicos em detrimento dos humanistas. Este modelo analítico foca as partes, negligenciando o todo que qualquer pessoa é; por isso desvaloriza aspectos psicológicos, sociais, económicos e espirituais.

A história da saúde e da doença é, desde os tempos longínquos, feita de construções de significações sobre a natureza, funções e estrutura do corpo e, ainda, sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente. A história da medicina mostra que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo diferentes narrativas sobre os processos de saúde e doença. O modelo holístico, que na década de 1970 ganha reconhecimento, surge com a necessidade de centrar a saúde (ao invés da doença), e chama a atenção dos profissionais da saúde para a importância de alterar o estilo de vida da população. A modificação de alguns comportamentos (por exemplo, hábitos tabágicos e

alimentares, prática de exercício ou atividade física) permitiria viver mais anos com melhor saúde.

Além da mudança na etiologia da morbidade e mortalidade, outros fatores contribuíram para a emergência da nova concepção de saúde (Ramos, 1988): alterações demográficas, tais como, envelhecimento da população, diversificação da família, por influência da mobilidade social dos indivíduos e migrações; revolução tecnológica, que aumenta as possibilidades de intervenção na doença, exigindo mais e melhores especialistas e aumentando os custos da assistência em saúde; aproximação dos serviços de saúde à comunidade; aumento das doenças crônicas e diminuição das doenças agudas.

Este modelo holístico foi adotado pela Organização Mundial da Saúde na declaração de Alma-Ata, em 1978. Os conceitos foram divulgados e implementados universalmente no documento "Metas da Saúde para Todos", com edição original de 1984. Nas pessoas idosas destaca-se a importância da abordagem holística, pois tendem para a multipatologia (conjugando algumas doenças comuns nesse grupo etário, como hipertensão arterial, diabetes, neoplasias e patologias cardiovasculares) e apresentam circunstâncias sociais e emocionais de vulnerabilidade (incluindo dependência funcional, diminuição da rede social, baixas reformas, ansiedade e depressão).

A doença crônica é particularmente comum na velhice, envolvendo patologias com um ponto em comum: persistentes e exigindo cuidados permanentes. Existem diversos estudos que revelam a correlação positiva entre espiritualidade e saúde, ou seja, quanto maior a espiritualidade, melhor saúde e mais adequadas estratégias de *coping* (em particular para lidar com a doença). Destacam-se os estudos na área da oncológica: Oman, Kurata, Strawbridge e Cohen (2002) estudaram 6.545 adultos com neoplasias e verificaram diminuição da mortalidade com o aumento da espiritualidade; Gibson e Parker (2003) avaliaram 165 mulheres com neoplasia mamária e observaram que a espiritualidade era essencial para o aumento da esperança no futuro; Merrill e Folsom (2005) verificaram que depois de diagnosticada neoplasia mamária, as mulheres com maior espiritualidade apresentavam taxa superior de sobrevivência.

Mas também há estudos relativos a outras doenças crônicas: Colantonio, Kasi e Ostfeld (1992) encontraram correlação positiva entre a espiritualidade e a diminuição de ocorrência AVC em idosos não institucionalizados; Powell, Shahabi e Thoresen (2003) obtêm resultados similares, encontrando uma correlação significativa e positiva entre espiritualidade e menor incidência de doenças cardiovasculares, menores níveis de ansiedade e hábitos de vida mais saudáveis; Hummer, Rodgers, Nam e Ellison (1999) foram os primeiros a demonstrar uma correlação positiva entre espiritualidade e redução da mortalidade por causa cardiovascular; Koenig, Cohen, George, Hays, Larson e Blazer (1997) avaliaram a relação entre espiritualidade e sistema autoimune, numa amostra de 1.718 pessoas doentes com diversas patologias do sistema imunitário, observando que os doentes com maior espiritualidade tendiam a apresentar menores índices de inflamação; Harris, Ferrucci, Tracy, Corti, Wacholder e Ettinger (1999) encontraram resultados consistentes quando estudaram a mesma relação numa população idosa; Ironson, Stuetzie e Fletcher (2006) estudaram uma população seropositiva e verificaram menor carga viral em doentes com maior espiritualidade; Finkelstein, West, Gobin, Finkelstein e Wuerth (2007) verificaram que os doentes renais (a fazer hemodiálise) com maior espiritualidade encaravam a vida com mais esperança e sentiam os tratamentos como menos penosos.

É, ainda, relevante destacar que Moreira-Almeida (2007), numa meta-análise (850 artigos), verificaram que as pessoas com maior espiritualidade apresentavam melhores indicadores de bem-estar psicológico, menos depressão, menos pensamentos suicidas e inferior uso ou abuso de drogas. Os autores verificaram um impacto mais positivo da espiritualidade em pessoas idosas, com deficiência ou com doenças crônicas, pois a espiritualidade emerge associada a melhor saúde mental.

Estes estudos demonstram a influência da espiritualidade na saúde, podendo apresentar-se como um fator de prevenção ou recuperação, mas, em particular, emerge como um mediador que ajuda a viver melhor com a doença.

Em Portugal existem já alguns os estudos sobre essa relação. Destacamos alguns: Pestana, Stevens e Conboy (2007) verificaram que a espiritualidade pode ajudar o doente com neoplasia no controle da sua dor; Pinto e Pais-Ribeiro (2010) observaram que a espiritualidade é uma dimensão complexa, essencial para os doentes, pois permite dar

sentido a vida. Apesar destes estudos, a espiritualidade tem sido habitualmente negligenciada na abordagem à pessoa com patologia durante o internamento hospitalar.

2.5. Espiritualidade e Qualidade de Vida

A qualidade de vida é um conceito que remonta à Antiguidade com referências à “boa vida”, contudo apenas no século XX emerge com as características atuais. Atualmente é objeto de estudo de muitas áreas da Ciências da Saúde (e de outras ciências). A qualidade de vida é um conceito mutável com o tempo, pois as prioridades e objetivos do indivíduo alteram-se pela idade, experiência e contextos sociais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, e tomando em consideração os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Orley, & WHOQL, 1994). O impacto da doença pode afetar o indivíduo de diversas formas, dependendo da situação que ele se encontre. Para melhorar a qualidade de vida, pode ser necessário reduzir as expectativas individuais, não significando anular a esperança, apenas reajustá-la.

Os estudos sobre qualidade de vida das pessoas idosas são cada vez mais e encontram consistentemente relações positivas e significativas com a espiritualidade, que parece desempenhar um papel crucial na alegria quotidiana (Sawatzky, 2002). Isto ocorre, essencialmente, porque o *coping* religioso/espiritual permite à pessoa lidar com situações stressantes (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). O *coping* pode ser definido como um processo no qual os indivíduos tentam compreender e lidar com as situações pessoais e pode ser de dois tipos (Rowe, 2004): i) instrumental ou orientado para os problemas (estratégias que atuam diretamente na situação problemática): ii) paliativo ou orientado para as emoções (esforços para alterar o modo como os acontecimentos são interpretados, permitindo ganhar controle emocional). O *coping* religioso/espiritual pode ser instrumental ou paliativo dependendo das estratégias adotadas; refere-se ao modo como as pessoas utilizam a fé, crenças, relação com o transcendente para ajustar e gerir as crises (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007). Isto pode ser muito importante no envelhecimento, devido aos

desafios específicos desta etapa de vida. Assim, alguns investigadores consideram a inclusão de uma medida de avaliação da espiritualidade no instrumento de avaliação da qualidade de vida. As questões da religiosidade/espiritualidade foram incluídas no domínio psicológico no instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, demonstrando a sua importância (WHO, 1996).

Vários estudos demonstraram uma relação positiva entre a espiritualidade e a qualidade de vida, mesmo após o controlo de variáveis como o apoio social e comportamentos de saúde (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010; Carneiro, & Klüppel, 2008; Pestana, Estevens, & Conboy, 2007; Pais-Ribeiro, & Pombeiro, 2004; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck 2004; Rocha, 2002; Sawtzky, 2002). Contudo, Fleck (2008) adverte que o fanatismo espiritual/religioso pode ter efeitos negativos.

3. HOSPITALIZAÇÃO

A população idosa tem aumentado consideravelmente em todo o mundo, em números absolutos e na média de anos vividos. Segundo as projeções do INE (2009) para Portugal, esta tendência manter-se-á até 2060, quando será expectável existir 3 pessoas idosas por cada jovem. O aumento da esperança de vida nem sempre é acompanhado por qualidade de vida, autonomia, independência ou funcionalidade. Segundo o Alto Comissariado da Saúde (2008), as pessoas idosas que atinjam os 85 anos têm uma esperança de vida de 5 a 6 anos, sendo que apenas 1,6 desses anos serão vividos sem nenhuma incapacidade.

As doenças crónicas são um dos principais problemas das pessoas idosas, sendo as principais causas de mortalidade e morbilidade entre os idosos portugueses (DGS, 2004). Hayes (2003) indica que em cada pessoa idosa independente existem três problemas crónicos, que são a principal causa de internamento hospitalar devido a descompensação da doença. A pessoa idosa tende a apresentar taxas de internamento hospitalar mais elevadas do que as observadas noutros grupos etários, bem como uma 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 mais de 65 anos, sendo que cerca de 53% têm períodos de internamento superiores a 20

dias (Campos, 2008). Segundo Boltz e Harrington (2005), entre 2002 e 2017, haverá um aumento de 78% de internamentos hospitalares de pessoas idosas e de 16% entre os restantes grupos etários. Cerca de metade dos internamentos tem como principais causas doenças do foro circulatório e respiratório (Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004).

A pessoa idosa durante um internamento tende a mostrar (Kamasaki, & Diogo, 2005; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004): redução da capacidade funcional (34 a 50% durante o período de internamento); múltiplos problemas médicos, como por exemplo polimedicação e complicações, que acarretam períodos de internamento mais prolongados. Este grupo etário tem mais probabilidade de vir a falecer no hospital (Kamasaki, & Diogo, 2005). A hospitalização pode ter um impacto negativo para as pessoas idosas, com o surgimento de um conjunto de complicações, destacando-se delírio, quedas, úlceras de pressão e desidratação (Eliopoulos, 2005).

Um internamento hospitalar, em qualquer grupo etário, é um momento difícil para a pessoa que o vivencia, sendo que na velhice se torna mais complexo, pois está associado a morte, dependência e doença, sendo vivenciado com grande níveis de stresse e ansiedade. Na velhice, a doença e a hospitalização são vividas de forma especial, pois muitas pessoas idosas estão deprimidas, têm o sentimento de inutilidade (associado à perda de um papel social ativo) e problemas de autoestima. Uma hospitalização reforça os sentimentos negativos da pessoa idosa, a depressão é comum, mesmo em doentes que dão entrada sem estarem deprimidos. As pessoas idosas ficam mais frágeis e tensas durante o período de internamento e têm a sensação de isolamento (Carvalhais, & Sousa, 2007). 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.

Em Portugal não foram encontrados estudos que relacionem hospitalização e religiosidade ou espiritualidade, mas nos Estados Unidos da América há referência (Anandarajah, & Hight, 2001): 94% dos doentes admitidos nos hospitais acreditam que a saúde espiritual é tão importante como a física; 77% acreditam que os médicos deveriam ter mais consideração pelas suas necessidades espirituais; e 37% gostavam que os médicos falassem sobre as suas crenças religiosas; mas 80% dos médicos nunca ou raramente discutem

questões espirituais ou religiosas com os seus doentes. Outro estudo realizado por Pargament, Smith, Koenig e Perez (1998), com 551 idosos hospitalizados e com patologias graves (foram acompanhados durante 2 anos, sendo que 29,5% morreram e 25,5% desistiram do estudo) demonstraram que a religião ou a espiritualidade pode ser fonte de alívio ou de stresse, dependendo de como a pessoa se relaciona com o *coping* religioso ou espiritual: ou seja, se utiliza estratégias de *coping* religiosas ou espirituais positivas ou negativas. As atitudes positivas associam-se a melhoras na saúde e as negativas a declínio na saúde. Estes dados demonstram a importância da espiritualidade na hospitalização.

4. OBJETIVOS

Este estudo tem como principal objetivo compreender a influência da hospitalização na espiritualidade da pessoa idosa. Em termos específicos pretende: i) caracterizar e comparar a espiritualidade, em contexto de internamento hospitalar, no momento de admissão e alta do internamento; ii) analisar a influência de variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, local de residência, apoios sociais); iii) examinar a influência da patologia e do tempo de internamento. Este estudo tem implicações na compreensão do processo de envelhecimento desenvolvimento de medidas visem melhorar os cuidados prestados aos clientes idosos durante o internamento hospitalar.

5. METODOLOGIA

A metodologia consiste no grupo de métodos e técnicas que orientam a realização do processo de investigação (Fortin, 1999). Assim, em função do problema que se pretende investigar e das circunstâncias do estudo, esta pesquisa enquadra-se no domínio da investigação quantitativa, de características descritivas, comparativas e correlacionais. Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., em Agosto de 2009.

5.1. Instrumentos

Neste estudo foi utilizado um questionário, ou seja, um dos métodos de recolha de dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos participantes (Fortin, 1999). Tem como vantagens: ser menos dispendioso do que a entrevista, requerer menos competência por parte de quem o aplica, poder ser utilizado com elevado número de pessoas, em locais diferentes e facilitar as comparações pela natureza impessoal.

O questionário foi administrado por entrevista (pela autora), pois a população do estudo é idosa e apresenta, por vezes, alterações sensitivas, como diminuição da acuidade visual e, além disso, muitos são analfabetos. Além disso, a aplicação aquando do internamento hospitalar, situação de fragilidade aumentada, reforçou a decisão por uma aplicação em entrevista. Contudo, o questionário poderia ser preenchido pelo próprio participante quando solicitado pelo inquirido; mas nenhum participante solicitou o autopreenchimento.

Este questionário apenas foi preenchido mediante o consentimento livre e esclarecido (Anexo 1), dos participantes que contém as seguintes informações numa linguagem comum e concisa: razão do estudo, problemática e objetivos; duração do estudo, locais da realização, critérios de seleção da amostra; vantagens em participar no estudo; potenciais riscos ou desconfortos na realização do estudo e garantia a confidencialidade e autodeterminação (Fortin, 1999).

O questionário compreende várias questões e 1 escalas: i) dados socioeconómicos (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, local de residência, diagnóstico ou motivo de internamento, data de internamento no serviço, tipo de apoio social recebido); ii) Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007).

Escala de Avaliação da Espiritualidade

A escala de espiritualidade foi desenvolvida por Pinto & Pais-Ribeiro (2007) para a avaliação dimensão espiritual na prática clínica. Os itens foram desenvolvidos através da combinação da dimensão espiritual do *Quality of Life- Cancer survivor QOL-CS*, da

subescala da espiritualidade do *Instrument da World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)* e dados clínicos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Esta escala (Anexo 2) compreende 5 itens, organizados, numa escala de *Likert* de 4 pontos, variando entre 1 (não concordo) e 4 (plenamente de acordo). Pontuações mais elevadas indicam maior concordância e maior espiritualidade.

A análise factorial realizada pelos autores da escala identificou 2 subescalas: “crenças”, constituída por 2 itens; “esperança/otimismo” composta por 3 itens (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). O fator “crenças” envolve os itens associados ao sentido da vida e o fator “esperança/otimismo” integra os itens relativos à perspectiva do futuro com esperança e redefinição de valores. O estudo de desenvolvimento da escala revelou boa consistência interna (Alpha de Cronbach): 0,74 para a escala global; 0,92 para o fator “crenças”; 0,69 para o fator “esperança/otimismo”.

5.2. Amostra

A amostragem é um procedimento onde um grupo de pessoas ou um subgrupo da população é selecionado para se obter informações relacionadas com um fenómeno, de forma a representar população (Fortin, 1999). As amostras bem selecionadas fornecem boas estimativas da população, porque controlam determinados erros. Este estudo incide em idosos internados nos serviços de Medicina (1, 2 e 3) do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.

Para esta amostra foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os de inclusão são: idade superior a 64 anos, apresentar discurso coerente, apresentar-se orientado no tempo e no espaço, auto e halo psicologicamente. Os critérios de exclusão são: défice cognitivo, debilidade intelectual com perda evidente da crítica e capacidade de julgamento e capacidade de aprendizagem e debilidade motora, alteração da comunicação nomeadamente a afasia de expressão e compreensão e os atrasos significativos da linguagem, patologias associadas que alterem a capacidade cognitiva (por exemplo, Síndrome de Down, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson e doenças do foro psiquiátrico).

Foi utilizada uma amostra não probabilística, um procedimento no qual cada elemento da população não tem igual probabilidade de ser escolhido (Fortin, 1999). A amostra não probabilística (intencional) que é formada por sujeitos facilmente acessíveis, presentes num local determinado (Fortin, 1999). Neste estudo serão selecionadas pessoas idosas 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 pesquisa sobre o número de doentes com idade superior a 64 anos que deram entrada no serviço de medicina interna em 2009 (ano anterior a recolha de dados), através do gabinete de Gestão de Informação do Hospital. Verificou-se que foram internadas 391 pessoas idosas no ano de 2009; uma amostra representativa desta população deveria incluir 196 participantes (Krejcie, & Morgan, 1970) e, atendendo à previsível morte experimental entre as duas aplicações (admissão e alta), optou-se por uma amostra de 250 participantes.

5.3. Procedimento da recolha de dados

Foram aplicados 250 questionários através de entrevista no momento de admissão do doente no serviço, ou seja, à chegada do doente ao serviço e foi aplicado o mesmo questionário no momento de alta do participante. No momento de admissão, após o acolhimento ao doente por parte do 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 permitiam respeitar a privacidade dos participantes, após a assinatura do consentimento livre e esclarecido. A obtenção do consentimento, revelou-se uma tarefa difícil, pois alguns participantes eram analfabetos ou tinham limitações físicas que impossibilitavam a assinatura do consentimento; a estratégia adotada foi assinar a autora da investigação em conjunto com uma testemunha (familiares ou outros profissionais que se encontrassem de serviço).

Esta recolha de dados foi realizada entre Janeiro de 2010 até Agosto de 2010. A duração 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, o que tornou as entrevistas mais morosas.

Caracterização da amostra

O instrumento foi aplicado à mesma amostra em duas fases: admissão e alta (no sector de Medicina Interna, num hospital distrital da zona Centro). Na fase de admissão a amostra é constituída por 250 participantes, 50,4% do sexo feminino (tabela 3.1). A média etária é de 79,6 anos (DP=7,6), sendo que 59,6% residem 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 6,0% (n=5) estão institucionalizados. A maioria dos participantes encontra-se reformada (62,0%). Em relação ao rendimento: 70,0% indica ser “suficiente”, 26,4% refere que “não chega para as necessidades” e 3,6% afirma “sobrar algum dinheiro”. Verifica-se predomínio de baixa escolaridade, sendo a média de 2,4 anos de escolaridade (DP=2,0).

Em relação ao diagnóstico clínico ou motivo de internamento (categorizados de acordo com os aparelhos do corpo humano. observa-se: 36,8% - doenças respiratórias (51,1% do sexo masculino); 18,8% - com multipatologias (51,1% do sexo feminino) e 14,4%% do aparelho neuro-hormonal (61,1% do sexo feminino); 11,6% do aparelho circulatório (62,1% do sexo feminino). Quanto aos antecedentes clínicos: 44,0% - com mulitpatologias; 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; e 6,8% – apoio domiciliar.

Tabela 3.1. Caracterização dos participantes: admissão e alta

	1ª Fase (admissão)		2ª Fase (alta)	
	n	%	N	%
Sexo $\chi^2 (1) = 0,206, p=0,886$				
Feminino	126	50,4	93	51,1
Masculino	124	49,6	89	48,9
Residência=$\chi^2 (2) = 0,408, p=0,523$				
Rural	101	40,4	68	37,4
Urbana	149	59,6	114	62,6
Estado Civil=$\chi^2 (3) = 0,475, p=0,924$				
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=$\chi^2 (4) = 0,489, p=0,783$				
1. Sobre 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=$\chi^2 (5) = 0,537, p=0,970$				
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=$\chi^2 (6) = 0,521, p=0,914$				
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=$\chi^2 (7) = 0,783, p=0,993$				
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=$\chi^2 (8) = 1,33, p=0,995$				
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=$\chi^2 (9) = 13,01, p=0,00$				
Sim	37	14,8	53	29,1
Não	213	85,2	129	70,9
Apoio Social2=$\chi^2 (10) = 4,84, p=0,184$				
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

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 terem sido reinquiridos, 3,2% (n=8) foram transferidos de serviço e 1,2% (n=3) recusaram-se a

responder. O tempo médio decorrido entre a 1ª e a 2ª inquirição foi de 10 dias, variando entre 3 dias e 25 dias.

A amostra na fase de alta apresenta uma distribuição similar à fase de admissão (cf. tabela 3.1) em todas as variáveis, com exceção da variável “apoio social” em que as distribuições apresentam distribuições estatísticas significativamente diferentes: essencialmente na fase de alta a amostra apresenta um aumento de utentes de equipamentos sociais (serviço de apoio domiciliário e lar de idosos). Esta diferença ocorre porque durante o internamento são detetadas situações que necessitam de apoio domiciliário ou o grau de dependência dos doentes aumenta exigindo uma resposta social.

Consideramos ainda relevante uma referência aos participantes entrevistados na admissão e que morreram durante o internamento: média de idade de 76,9 anos (DP=7,6), 51,5% a viver em família; 78,8% reformados; 66,7% referiu que os seus rendimentos eram “suficientes” e nenhum referiu “sobrar algum dinheiro”; média de 2,4 anos de escolaridade (DP=2,0). Quanto ao apoio social: 81,8% - sem apoio; 12,1% - lar de idosos; e 6,1% - apoio domiciliário. 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 3,0% sem antecedentes clínicos relevantes.

6. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados baseia-se na análise descritiva, correlacional e classificatória, apoiada no uso do *software* SPSS versão 19.

6.1. Escala da Espiritualidade: estudo das qualidades psicométricas

Efetou-se o estudo das qualidades psicométricas da Escala da Espiritualidade para a amostra em estudo, considerando a primeira aplicação (250 participantes), seguindo as indicações dos autores da escala (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007).

A análise em componentes principais é uma técnica exploratória, que permite definir grupos de variáveis correlacionadas. É um dos métodos de análise multidimensional mais simples, pois tem poucos pressupostos estatísticos e espera-se que as variáveis originais sejam correlacionadas (quanto mais correlacionadas melhor é o resultado da análise). Os 5 itens da escala foram submetidas a ACP, e extraíram-se 2 fatores (componentes principais) que explicam 78,4% da variância (tabela 3.2), valor similar ao obtido na escala original (2 fatores explicam 75,2%, o fator 1 explica 50,0% e o fator 2 explica 25,2%).

Tabela 3.2. ACP- Fatores, Valores Próprios e Variância da Escala da Espiritualidade

Fatores	Valores Próprios	% Variância total
Fator 1	3,18	63,68
Fator 2	0,74	14,72

Numa primeira fase procedeu-se ao cálculo das contribuições de cada item para cada fator sem qualquer rotação, e posteriormente procedeu-se ao cálculo das contribuições de cada fator com a rotação varimax, que tenta maximizar a variância nos novos eixos (Tabela 3.3).

Tabela 3.3. Contribuição dos itens para cada fator da Escala da Espiritualidade

Itens	Fator 1	Fator 2
1. As minhas crenças espirituais dão sentido à minha vida	0,899	0,254
2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	0,842	0,359
3. Vejo o futuro com esperança	0,255	0,708
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor	0,270	0,856
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	0,306	0,862

A organização factorial emergente é similar à da escala original: fator 1 – crença (itens 1 e 2, que traduzem as crenças espirituais na atribuição de sentido de vida, bem como, a força da fé nos momentos difíceis); fator 2 – esperança/otimismo (itens 3, 4 e 5, que representam o sentido positivo da vida, dimensão horizontal da espiritualidade).

Para estudar a consistência interna da escala, foram calculados os α 's de Cronbach (tabela 3.4) que apresentam valores muito satisfatórios: fator 1 – 0,82 (na escala original o valor é

superior - 0,92; Fator 2 - 0,81 (superior ao obtido na escala original - 0,69); escala global – 0,85 (superior ao da escala original - 0,74).

Tabela 3.4. Consistência interna das subescalas e da Escala da Espiritualidade

Fatores	α de Cronbach
Fator 1 – Crenças	0,82
Fator 2 – Esperança/otimismo	0,81
Escala Total	0,85

Para proceder à confirmação da estrutura da escala foi utilizada a correlação de Pearson entre os itens e as das subescalas. As correlações são sempre positivas, moderadas a fortes (variam entre 0,468 e 0,934), sendo sempre significativas ($p < 0,01$) (tabela 3.5).

Tabela 3.5. Correlações entre os itens e as subescalas da Escala da Espiritualidade

Itens	Subescalas		Escala Total
	Crenças	Esperança/Otimismo	
1-As minhas crenças espirituais dão sentido à minha vida	0,911**	0,541**	0,760**
2- A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	0,934**	0,597**	0,808**
3- Vejo o futuro com esperança	0,468**	0,797**	0,737**
4-Sinto que a minha vida mudou para melhor	0,544**	0,878**	0,825**
5- Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	0,579**	0,894**	0,851**

** Correlações significativas para o $p < 0,01$

6.2. Resultados: Escala da Espiritualidade

Procede-se, agora à apresentação e análise estatística dos dados, considerando os objetivos da investigação. Neste capítulo pretende-se: i) analisar a espiritualidade dos participantes, comparando a admissão no internamento e alta; iii) influência das variáveis sociodemográficas.

Espiritualidade

Verifica-se que os valores para a escala global e subescalas (tabela 3.6) variam entre o “concordo um pouco” e o “concordo bastante”, e são sempre estatisticamente idênticos quando comparadas as duas fases de administração (embora todos os valores desçam

ligeiramente da fase de admissão para a de alta). O valor mais elevado verifica-se na subescala crenças, em ambas as fases.

Tabela 3.6. Valores médios da Escala da Espiritualidade

	1ª Fase (admissão) N= 250		2ª Fase (alta) N=182		t-Sudent	
	M	DP	M	DP	t	p
Crenças	2,76	0,64	2,72	0,61	0.654	0.51
Esperança/Otimismo	2,35	0,65	2,26	0,60	1.467	0.14
Escala Global	2,51	0,58	2,45	0,56	1.077	0.28

Em ambas as fases os valores do fator “crenças” são estatisticamente superiores aos do fator “esperança/otimismo” (admissão: T=9,973; p=0,04; alta: T= 10,343; p=0,04).

Grupos de Espiritualidade

Para estabelecer grupos de participantes considerando a espiritualidade na admissão e alta procedeu-se à análise de *clusters* (K-means) considerando todos os itens da Escala de Espiritualidade. Optou-se por uma solução de 4 *clusters*, por ser a que mais se ajustava aos resultados (tabela 3.7).

Tabela 3.7. Grupos segundo a espiritualidade na admissão e alta hospitalar

N=182 (Escala/médias)	Cluster 1 (n=41; 22,5%) Manutenção de pouca espiritualidade		Cluster 2 (n=63; 34,6) Manutenção de muita espiritualidade		Cluster 3 (n=40; 21,9%) Diminuição da espiritualidade		Cluster 4 (n=38; 20,9%) Aumento da espiritualidade	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Admissão								
Escala total (2,51)	2,04 (-)	0,288	2,93 (+)	0,352	2,95 (+)	0,299	1,83 (- -)	0,388
Crença (2,76)	2,39 (-)	0,542	3,16 (+)	0,410	3,11 (+)	0,400	2,12 (- -)	0,620
Esperança (2,34)	1,81 (-)	0,299	2,78 (+)	0,441	2,85 (+)	0,354	1,64 (- -)	0,480
Alta								
Escala total (2,45)	2,01 (-)	0,339	2,82 (+)	0,320	1,87 (- -)	0,340	2,91 (+)	0,266
Crença (2,72)	2,34 (-)	0,553	3,10 (+)	0,334	2,10 (- -)	0,362	3,17 (+)	0,354
Esperança (2,26)	1,80 (-)	0,364	2,63 (+)	0,454	1,71 (-)	0,441	2,73 (+)	0,318

Nota: os sinais (+), (-) e (- -) pretendem apenas ajudar a comparar cada média com a média global do fator

Considerando as médias dos fatores e a evolução entre a admissão e a alta, os *clusters* foram nomeados da seguinte forma: *Cluster 1* – Manutenção de Pouca Espiritualidade, envolve participantes com baixa espiritualidade que se mantêm nas duas fases (22,5% dos participantes); *Cluster 2* – Manutenção de Muita Espiritualidade, engloba sujeitos com espiritualidade elevada que se mantêm em ambas as fases (34,6%); *Cluster 3* – Diminuição da Espiritualidade, inclui sujeitos com espiritualidade elevada na admissão, que baixa na fase de alta (21,9%); *Cluster 4* – Aumento da Espiritualidade, inclui as pessoas com mais baixa espiritualidade na admissão e que aumenta na alta (20,8%). Ou seja, há participantes em que o internamento não se associa a alterações (*cluster 1* e *2*) e outros em que há mudanças, no sentido da diminuição (*cluster 3*) ou aumento (*cluster 4*).

Em seguida analisou-se, com base no cálculo em frequências observadas e esperadas, como os *clusters* variam com o sexo, residência, estado civil, com quem vive, situação profissional, o número de visitas, diagnóstico e antecedentes clínicos (tabela 3.8).

Os resultados indicam distribuições similares nas variáveis: sexo, residência, visitas e diagnóstico. Emergiram distribuições com diferenças significativas quanto a “com quem vive”. Verifica-se uma tendência para que quem vive em casal vivenciar um aumento da espiritualidade; quem não vive em casal, mesmo que viva em família, tende a diminuir a espiritualidade ou manter muita espiritualidade.

Em relação a estado civil, situação profissional e antecedentes clínicos há tendências que passamos a analisar.

Tabela 3.8. Grupos de espiritualidade segundo as variáveis o sexo, residência, estado civil, com quem vive, situação profissional, o número de visitas, diagnóstico e antecedentes clínicos

N=182 Variáveis	Cluster 1 (n=41; 22,5%) Manutenção de pouca espiritualidade		Cluster 2 (n=63; 34,6) Manutenção de muita espiritualidade		Cluster 3 (n=40; 21,9%) Diminuição da espiritualidade		Cluster 4 (n=38; 20,9%) Aumento da espiritualidade	
	FO	FE	FO	FE	FO	FE	FO	FE
Sexo=χ^2 (1) =5,422, p=0,143								
Feminino	22	21,0	38	32,2	15	20,4	18	19,4
Masculino	19	20,0	25	30,8	25	19,6	20	18,6
Residência=χ^2 (2) = 2,122, p=0,597								
Rural	17	15,3	20	23,5	14	14,9	17	14,2
Urbana	24	25,7	43	39,5	26	25,1	21	23,8
Estado Civil=χ^2 (3) =15,465, p=0,079								
Casado	22	21,2	28	32,5	17	20,7	27	19,6
Divorciado	1	0,7	0	1,0	1	0,7	1	0,6
Solteiro	3	1,6	1	2,4	3	1,5	0	1,5
Viúvo	15	17,6	34	27,0	19	17,1	10	16,3
Com quem vive=χ^2 (4) = 21,471, p=0,044								
Casal	19(=)	18,0	23(-)	27,7	12(-)	17,6	26(+)	16,7
Família	13(-)	15,3	29(+)	23,5	20(+)	14,9	6(-)	14,2
Instituição	4	2,0	3	3,1	1	2,0	1	1,9
Outra	1	0,9	2	1,4	0	0,9	1	0,8
Sozinho	4	4,7	6	7,3	7+	4,6	4	4,4
Situação Profissional=χ^2 (5) = 15,796, p=0,071								
Doméstica	2	0,5	0	0,7	0	0,4	0	0,4
Trabalhador	0	1,8	4	2,8	0	1,8	4	1,7
Pensionista	11	12,4	20	19,0	11	12,1	13	11,5
Reformado	28	26,4	39	40,5	29	25,7	21	24,4
Diagnóstico=χ^2 (6) = 9,383, p=0,950								
Aparelho Circulatorio	5	5,0	8	7,6	4	4,8	5	4,6
Aparelho Respiratório	15	15,3	25	23,5	15	14,9	13	14,2
Aparelho neuro-hormonal	4	5,4	9	8,3	8	5,3	3	5,0
Aparelho Digestivo	6	3,8	5	5,9	2	2,9	4	3,5
Aparelho Excretor	3	2,9	4	4,5	2	2,9	4	2,7
Esqueleto	2	0,9	1	1,4	0	0,9	1	0,8
Multipatologias	6	7,7	11	11,8	9	7,5	8	7,1
Antecedentes Clínicos=χ^2 (7) =30,359, p=0,085								
Nenhum	3	4,5	10	6,9	4	4,4	3	4,2
Aparelho Circulatorio	6	8,1	17	12,5	8	7,9	5	7,5
Aparelho Respiratório	1	2,3	7	3,5	1	2,2	1	2,1
Aparelho neurohormonal	3	4,1	7	6,2	5	4,0	3	3,8
Aparelho Digestivo	3	2,0	1	3,1	1	2,0	4	1,9
Aparelho Excretor	2	1,6	4	2,4	1	1,5	0	1,5
Esqueleto	0	0,7	2	1,0	0	0,7	1	0,6
Multipatologias	23(+)	17,8	15(-)	27,3	20(+)	17,4	21(+)	16,5
Visitas =χ^2 (10) =2,350, p=0,503								
Não	2	0,9	1	1,4	1	0,9	0	0,8
Sim	39	40,1	62	61,2	39	39,1	38	37,2

Legenda: FO = frequência observada; FE = frequência esperada.

Quanto ao estado civil observa-se que: no grupo dos que mantêm muita espiritualidade (*cluster 2*) há menos casados e mais viúvos; no *cluster 4*, aumento da espiritualidade, há mais pessoas casadas e menos viúvas do que esperado. Quanto à situação profissional observa-se que (tabela b): no *cluster 3*, diminuição da espiritualidade, há mais reformados

do que esperado; no *cluster* 4, aumento da espiritualidade, há menos reformados do que esperado. Quanto aos antecedentes clínicos observa-se (tabela b): no *cluster* 1 (manutenção de pouca espiritualidade) e no *cluster* 4 (aumento da espiritualidade) há mais pessoas com multipatologia do que o esperado; nos *clusters* 2 (manutenção de muita espiritualidade) e 3 (diminuição da espiritualidade) há menos pessoas com multipatologia do que o esperado.

Em relação às variáveis rendimento, escolaridade, idade e dias de internamento calcularam-se as médias em cada *cluster*, não tendo sido encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa (tabela 3.9).

Tabela 3.9. Grupos de Espiritualidade segundo as variáveis rendimento, escolaridade, idade e dias de internamento

N=182 Variáveis (médias)	<i>Cluster</i> 1 (n=41; 22,5%) Manutenção de pouca espiritualidade		<i>Cluster</i> 2 (n=63; 34,6) Manutenção de muita espiritualidade		<i>Cluster</i> 3 (n=40; 21,9%) Diminuição da espiritualidade		<i>Cluster</i> 4 (n=38; 20,9%) Aumento da espiritualidade	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Rendimento (2,2)*	2,22	0,419	2,17	0,493	2,25	0,588	2,18	0,393
Escolaridade (2,6)**	2,34	2,276	2,60	2,247	2,40	1,614	2,84	1,794
Idade (77,4)***	78,32	8,144	77,98	7,398	77,02	6,514	75,95	7,867
Dias de Internamento (10,2)****	10,34	3,719	9,75	3,852	10,42	3,836	10,50	4, 856

* (Anova=0,235; p=0,872).

** (Anova=0,489; p=0,691)

*** (Anova=0,841; p=0,473).

**** (Anova=0,427; p=0,734)

7. DISCUSSÃO

A discussão terá em consideração os objetivos, isto é, compreender a influência da hospitalização na espiritualidade da pessoa idosa, considerando variáveis sociodemográficas.

Espiritualidade na pessoa idosa e hospitalização

No momento de admissão hospitalar verifica-se que os participantes atribuem importância moderada à espiritualidade nas suas vidas, variando entre o “concordo um pouco” e o “concordo bastante”. O desvio padrão (DP) é relativamente baixo, indicando homogeneidade na amostra.

A literatura indica que a espiritualidade ganha relevo com o envelhecimento, pois é uma estratégia que ajuda a enfrentar as alterações (e.g. Panzini, Bandeira, & Fleck, 2008). Além disso, é um processo que responde às necessidades de desenvolvimento nas pessoas idosas, que enfrentam o processo de revisão e integração da vida, procurando um sentido para a vida que viveram e para a que ainda vão viver (Tornstam, 1997). Neste estudo, os participantes vivem um momento de internamento hospitalar, que nos mais velhos tende a ser vivido com especial vulnerabilidade, envolvendo a incerteza quanto ao futuro e, em especial, o confronto com a morte e o sentido da vida (e.g. Carvalhais, & Sousa, 2007). O internamento hospitalar dos participantes tende a ocorrer na sequência de um episódio agudo de doença (mesmo quando têm alguma doença crónica), sendo a espiritualidade preponderante na gestão da doença (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010).

Estes participantes vivem numa situação de crise, pois acabam de ser diagnosticados com uma patologia e receberam a notícia da necessidade de um internamento hospitalar, que nestas idades tende a associar-se a maior ansiedade (por ser vivida com maior medo da dependência física e/ou da morte). O *coping religioso/espiritual* apresenta-se como uma forma das pessoas utilizarem a fé e crença para lidarem com a crise, permitindo às pessoas idosas, doentes e internadas procurarem um significado ou explicação para o adoecimento e/ou a cura através da fé (Ross, 1995). Ou seja, a espiritualidade emerge como um mecanismo adaptativo (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998). A importância da dimensão espiritual na vida dos idosos é referenciada na investigação (Oliveira, Sousa, & Freitas, 2006; Cupertino, & Novaes, 2004), sendo em Portugal reforçada por razões culturais. Portugal é um país com valores judaico-cristãos (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007), sendo a maioria da população católica (INE, 2001) com marcadas tradições de prática religiosa. Apesar da prática religiosa se encontrar em mudança (Menéndez, 2007), estes participantes pertencem a uma geração em que a religião/espiritualidade assumia um papel

mais importante, herdando uma forte componente cultural associada ao culto religioso. A prática religiosa envolveria uma dimensão espiritual e seria também um ato social, pois a ida à missa, por exemplo, era uma forma de socialização e convivência, que fortalecia as práticas religiosas.

Estes dados parecem sugerir que a espiritualidade nas pessoas idosas no momento de admissão hospitalar poderia ser mais elevada. Mas outros resultados permitem compreender melhor as médias moderadas obtidas: a dimensão vertical (crenças) é estatisticamente superior à dimensão horizontal (esperança/otimismo). Este resultado sugere que a crença não é acompanhada por esperança e otimismo; aliás, a média da espiritualidade diminui porque no fator “esperança/otimismo” os participantes pontuam mais baixo. A dimensão “esperança/otimismo” apresenta a média mais baixa no item “vejo o futuro com esperança”. Provavelmente, também pela idade, os participantes confrontam-se com a percepção de finitude e não vêem o futuro com esperança (Dalby, 2006). A percepção do tempo varia com a idade (tempo de vida esperado), nos mais velhos tem de ocorrer um ajustamento que reflita a aceitação dos constrangimentos do tempo de vida possível ou provável. A teoria da seletividade sócio emocional (Lang, & Carstensen, 2002; Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999) sugere que a forma como os indivíduos percebem o tempo se associa a ajustamento social e emocional: i) quem percebe o tempo futuro como limitado tende a dar prioridade a objetivos emocionalmente significativos (tais como, generatividade e regulação emocional); ii) os que percebem o futuro como aberto e o presente como orientado para um futuro alargado tendem a atribuir prioridade a objetivos instrumentais (como o sucesso profissional). As pessoas mais velhas também têm de reajustar a sua percepção do tempo e definir os seus objetivos em consonância.

Na velhice a *gerontranscendência* pode ajudar no confronto com a finitude e a necessidade de procura de um novo sentido para o futuro incerto e curto (Oliveira, 2008). A espiritualidade poderá assumir um papel decisivo para a pessoa idosa lidar com as suas perdas e perspetivar a sua vida de forma positiva, integrando o passado, presente e o possível futuro, aceitando a doença e encarando o internamento como um momento da vida.

Da admissão à alta hospitalar: grupos de espiritualidade

As médias no momento de admissão e alta hospitalar são estatisticamente similares; sendo que se mantém a superioridade estatística em ambos os momentos do fator “crenças” por comparação ao fator “esperança/otimismo”. Este resultado sugere que o internamento hospitalar parece não alterar a espiritualidade das pessoas idosas, até porque o tempo médio de internamento (10 dias) é reduzido. Contudo, para melhor compreender a evolução da espiritualidade entre o momento de admissão e alta hospitalar, realizou-se uma análise de *clusters*, que fez emergir 4 grupos estatisticamente diferentes. Ou seja, se a média global da amostra não revela diferenças entre os dois momentos (admissão e alta), uma análise mais discriminatória sugere diversos comportamentos dos participantes.

Os quatro grupos revelam duas situações: i) dois grupos não apresentam alterações na espiritualidade entre a admissão e a alta hospitalar (57%); num grupo há manutenção de pouca espiritualidade (22,5%) e no outro de muita espiritualidade (34,6%); ii) dois grupos apresentam alterações (43%); num há diminuição (21,9%) e no outro aumento da espiritualidade (20,9%). Ou seja, o internamento hospitalar envolve diferentes impactos na espiritualidade, revelando a heterogeneidade das pessoas idosas e, provavelmente, diferentes processos desenvolvimentais.

Os resultados indicam a influência de variáveis sociodemográficas que podem ajudar a explicar esses diferentes percursos relativos à espiritualidade durante o internamento. Algumas variáveis não demonstraram influenciar a evolução da espiritualidade entre a admissão e a alta hospitalar: situação profissional, diagnóstico/motivo de internamento hospitalar, antecedentes clínicos, rendimentos e escolaridade. Porém, algumas tendências podem ser referidas, pois verifica-se que os reformados tendem a vivenciar diminuição da espiritualidade. Este questionário foi aplicado a pessoas com 65 anos ou mais, ou seja, alguns recentemente reformados. Fonseca (2005) demonstrou num estudo que a entrada na reforma se associa a depressão, sensação de inutilidade e consciencialização do processo de envelhecimento, com a percepção de perdas e limitações a nível físico.

Relativamente aos antecedentes clínicos observa-se uma tendência em que os participantes com multipatologia poderão: i) manter a espiritualidade, provavelmente porque é uma

estratégia de enfrentamento das doenças crônicas que já desenvolveram; ii) diminuir a espiritualidade durante o internamento porque não conseguem manter esperança e otimismo através da fé/crença.

Em relação ao número de visitas durante o internamento a pergunta sobre esta variável é de sim/não, e na amostra apenas 4 pessoas não tiveram visitas, desmitificando a ideia que os idosos são abandonados nos hospitais e não recebem visitas. Ficou por esclarecer a qualidade das visitas familiar, frequência e duração.

A variável “com quem vive” é a única estatisticamente significativa: no grupo “manutenção de pouca espiritualidade” as frequências observadas e esperadas são similares; nos grupos “manutenção de muita espiritualidade” e “diminuição da espiritualidade” observam-se mais participantes que vivem em família e menos a viver em casal; no grupo “aumento da espiritualidade” verificam-se mais pessoas que vivem em casal e menos a viver em família.

Ou seja, viver em família ou viver em casal parece influenciar a evolução da espiritualidade durante o internamento hospitalar. O significado de viver em família não fica completamente esclarecido pela resposta ao instrumento utilizado, pois pode incluir viver com o cônjuge e outros familiares, ou pode indicar que vive apenas com outros familiares porque é viúvo, solteiro ou divorciado/separado (um próximo estudo deverá clarificar esta informação). A vivência familiar é relevante, pois alguns estudos demonstram que os doentes que vivem em família, sem cônjuge, são menos felizes, revelando a importância da relação conjugal na velhice (Ramos, 2002).

A influência de viver em família pode assumir dois sentidos: i) manter muita espiritualidade; ii) diminuir a espiritualidade. Viver com a família na velhice tem sido associada às pessoas idosas sentirem que são uma sobrecarga para os familiares e/ou sentirem que existe uma troca desequilibrada (recebem mais do que dão). O internamento hospitalar pode criar o sentimento de que a dependência e a necessidade de cuidados aumentará e a pessoa idosa poderá sentir que a qualidade da relação familiar poderá não ser a melhor para esta situação (diminui espiritualidade); ou a pessoa idosa sente que a família se manterá dedicada e feliz por cuidar (aumento da espiritualidade).

O aumento da espiritualidade observa-se mais em pessoas que vivem em casal. Diversos estudos demonstram que os idosos que vivem em casal tendem a sofrer menos de depressão, devido ao suporte conjugal que influencia o bem-estar psicológico e funciona como alívio do *stress* cotidiano (Ramos, 2002). A rede familiar pode providenciar recursos emocionais e psicológicos que permitam à pessoa evitar certos elementos stressores; contudo é o apoio conjugal que mais parece permitir a expressão de medos, angústias, dores, ansiedades e tristezas. Na relação conjugal há uma relação de igualdade e complementaridade, desenvolvida, alimentada e fortalecida ao longo de anos que facilita maior confiança, aceitação da doença e confiança de ter o apoio adequado.

O estado civil e o sexo não apresentam influências estatisticamente significativas, contudo algumas tendências (associadas à variável “com quem vive”) merecem atenção. As mulheres viúvas que vivem em família tendem a manter muita espiritualidade, enquanto os homens viúvos que vivem em família tendem a diminuir a espiritualidade. Aqui emerge alguma influência do gênero e do estado civil, variáveis que tendem a associar-se à organização do agregado familiar na velhice: as mulheres têm maior esperança de vida, por isso há mais viúvas; os homens na nossa sociedade têm mais dificuldades em se adaptarem a não ter esposa e se integrarem na família dos descendentes, por isso o impacto da viuvez nos homens acarreta mais vezes depressões.

8. IMPLICAÇÕES, LIMITES E PERSPETIVAS DE PESQUISA

Os resultados dão algumas indicações para os cuidados espirituais durante o internamento hospitalar de pessoas idosas. Mostra o relevo do agregado familiar associado ao estado civil, pois homens viúvos parecem ter mais dificuldade em manter a espiritualidade como uma estratégia de *coping*. Como perspectivas de investigação consideramos relevante perceber melhor a qualidade e influência da relação conjugal e da relação familiar ao longo da vida, para aprofundar a sua influência na espiritualidade e na vivência de um internamento hospitalar. A análise mais aprofundada do agregado familiar é de relevar. Este estudo é quantitativo e seria interessante complementar com dados qualitativos para

perceber melhor o significado espiritualidade para os participantes, como é vivida e agida durante o internamento.

9. CONCLUSÃO

Este estudo focou a influência da hospitalização na espiritualidade da pessoa idosa. Revelou que internamento hospitalar, mesmo que com duração reduzida (cerca de 10 dias), influencia as vivências espirituais do idoso internado, sendo que a existência de uma relação conjugal influencia a manutenção ou aumento da espiritualidade. Assim, é relevante que os profissionais de saúde valorizem esta dimensão para promover o bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas internadas.

10. BIBLIOGRAFIA

Alto Comissariado da Saúde (2008). *Envelhecimento e Saúde em Portugal*. Boletim informativo, nº 2. Ministério da Saúde. Lisboa.

Anandarajah, G. & High, E. (2001). Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*. 63, 81-89.

Boltz, M., Harrington, C., (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing*. 105(5), 101-02.

Cabral, M.V.V. (2001). *Prática religiosa e atitudes sociais dos portugueses numa perspetiva comparada*. In: Pais, J., Cabral, M., Vala, J. – Atitudes Sociais dos Portugueses 2: Religião e Bioética. Lisboa.ICS-ISSP.

Campos, A.C. (2008). *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra. Almedina.

Carneiro, L. & Klüppel, B. (2008). Estudo entre Qualidade de Vida e Espiritualidade em idosos institucionalizados. Centro De Ciências Humanas, letras e artes – UFPB. VIII Conhecimento em debate. Consultado em 20 de janeiro de 2011. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br>

Carstensen, L.L., Isaacowitz, D. & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*. 54, 165-181.

Carvalhais, 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.

Cella D.A., Dineen, K., Arnason, B., Reder, A., Webster, K.A., Karabatsos, G., Chang, C., Lloyd, S., Mo, F., Stewart, J. & Stefoski, D. (1996). Validation of the Functional Assessment of Multiple Sclerosis quality of life instrument. *Neurology*. 47, 129-139.

- Colantonio, A., Kasi, S.V. & Ostfeld, A.M. (1992). Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly. *American Journal Epidemiology*. 136(7), 884-894.
- Crowther, M.R., Parker, M.W., Achenbaum, W.A., Larimore, W.L. & Koenig, H.G (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*. 42(5), 613-620.
- Cupertino, A.P. & Novaes, C. (2004). *Espiritualidade e Envelhecimento Saudável*. In Saldanha, A., Caldas, C. (Coord.), *Saúde e Idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro. Interciência.
- Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development with ageing? A critical review of research. *Aging & Mental Health*. 10(1), 4-12.
- Eliopoulos, J. (2005). *Gerontological Nursing*. Philadelphia. Lippincott Williams e Wilkins.
- Erikson, E.H. & Erikson, J. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Filho, V.P.D. & Sá, F.C. (2007). Ensino médico e Espiritualidade. *O Mundo da Saúde*. Abril-Junho. 31, 273-280.
- Finkelstein, F., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S. & Wuerth, D. (2007). Spirituality, quality of life and dialysis patient. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 22, 2432 – 2443.
- Fleck, M.A. & colaboradores. (2008). *A avaliação de qualidade de vida-guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre. Artmend Editora.
- Fonseca, A. (2005). *O envelhecimento bem-sucedido*. In: Paúl, C. & Fonseca, A. (Coord.) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa.Climepsi Editores.

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência.

Freitas, A.C.P. (2010). *Espiritualidade e sentido de vida na velhice tardia*. Tese de pós-graduação. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Brasil.

Giacomini, T. & Wanderley, K. (2010). Compreendendo o idoso e a sua vivência de internação hospitalar. *Revista Kairós Gerontologia*. 13(1), 221-30.

Gibson, L.M. & Parker, V. (2003). Inner resources as predictors of psychological well-being in middle-income African American breast cancer survivors. *Cancer Control*. 10(5), 52-59.

Harris, T., Ferrucci, L., Tracy R., Corti, M., Wacholder, S. & Ettinger, W. (1999). Associations of elevated interleukin-6 and C-reactive protein levels with mortality in the elderly. *American Journal of Medicine*. 106, 506-512.

Hayes, K.S. (2003). *Idosos*. In K. Oman et al. (Org.). *Segredos em Enfermagem de Urgência*. Porto Alegre. Artmed.

Highfield, M.F. & Carson, C. (1983). Spiritual needs of patients: are they recognized? *Cancer Nursing*. 6, 187-192.

Hummer, R.A., Rodgers, R.G., Nam, C.B. & Ellison, C.G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*. 36(2), 273-285.

Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Censos 2001: resultados definitivos*. Lisboa.

Ironson, G., Stuetzie, R. & Fletcher, M.A. (2006). An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of General Internal Medicine*. 21, 62-68.

- John, L.D. (2010). Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life. *Oncology Nursing Forum*. 37(3), 339-347.
- Kawasaki, K. & Diogo, M. (2005). Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica*. 12(2), 55-60.
- Koenig, H.G., Cohen H.J., George L.K., Hays J.C., Larson D.B. & Blazer D.G. (1997). Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults. *International Journal of Psychiatry Medicine*. 27, 233-250.
- Koenig, H.G. (2002). A commentary: The role of religion and spirituality at the end of life. *The Gerontologist: special Issue III: end-of- life research*. 42, 20-23.
- Krejcie, R. & Morgan, D. (1970). Determining samples size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607-610.
- Lang, F.R. & Carstensen, L.L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals and social relationships. *Psychology and Aging*. 17, 125-139.
- Menéndez, M.A. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social*. Vol. XLII (184), 757-787.
- Merrill, R.M. & Folsom, J.A. (2005). Female breast cancer incidence and survival in Utah according to religious preference, 1985-1999. *BMC Cancer*. 18, 5-49.
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Plano nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Direcção-Geral de Saúde. Lisboa.
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde. (2005). *Carta dos direitos do doente internado*. Consultado em 15 de Fevereiro de 2011. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Moreira-Almeida, A. (2007). Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34 (1), 3-4.

National Cancer Institute. (2006). *Spirituality*. Consultado 10 de Novembro 2010. Disponível em http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha?CrID=441265

Oliveira, C., Sousa C. & Freitas T. (2006). *Idosos e família: asilo ou casa*, Portal dos Psicólogos. Acedido em 22 Março de 2010. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0281.pdf>

Oliveira, J.B. (2008). *Psicologia do Idoso - Temas Complementares*. Porto. Livpsic.

Oman, D., Kurata, J.H., Strawbridge, W.J. & Cohen, R.D. (2002). Religious attendance and cause of death over 31 years. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 32(1), 69-89.

Orley, J. (1997). *The World Health Organization (WHO) Quality of Life Project*. In: Trimble M, Dodson W. *Epilepsy and quality of life*. Raven Press. New York. Lichtenfelds, H. (2004). *Saúde e espiritualidade: sentido de vida no envelhecimento*. In: Noé, S. (org.): *Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo-Sinodal. 25-32.

Pais, J.M. (2001). *O que explica a religiosidade dos portugueses? Um ensaio de análise tipológica*. In: Pais, J., Cabral, M., Vala, J. – *Atitudes Sociais dos Portugueses 2: Religião e Bioética*. Lisboa. ICS-ISSP.

Pais-Ribeiro, J. & Pombeiro, T. (2004). *Relações entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas*. In: Pais-Ribeiro, J., Leal, I., editores. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. ISPA. 757-769.

Panzini, R.G., Bandeira, D.R. & Fleck, M.A. (2008). *Espiritualidade/Religiosidade e Qualidade de Vida*. In *A avaliação da Qualidade de vida: guia para profissionais*. Porto Alegre. Artimed.

Panzini, R.G., Rocha, N.S., Bandeira, D.R. & Fleck, M.A. (2007). *Qualidade de vida e espiritualidade*. *Revista de psiquiatria Clínica*. 34, 105-115.

- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G. & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 37(4), 710-724.
- Pestana, J.P., Estevens, D. & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Revista de Cons-Ciências*. 1-27.
- Pinto, C.A. & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de avaliação em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*. 21(3), 47-53.
- Pinto, C.A. & Pais-Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro. Implicações a qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 28(1), 49-56.
- Ponzetto, M., Zanocchi, M., Maero, B., Giona, E., Franciseti, F., Nicola, E. & Fabri, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 36, 83-91.
- Powell, L.H., Shahabi, L. & Thoresen, C.E. (2003) Religion and spirituality. Linkages to Physical Health. *American Psychologist*. 58(1), 36-52.
- Ramos, M.P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 4 (7), 156-17.
- Ramos, V. (1988). Prever a medicina das próximas décadas: Que implicações para o planeamento da educação médica? *Acta Médica Portuguesa*. 2, 171-179.
- Rocha, N.S. (2002). *Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e qualidade de vida*. Tese de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.
- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nurse Studies*. 32, 457-468.

- Rowe, M.M. (2004). Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. 19(1), 62-67.
- Sawatzky, R. (2002). *A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life*. Tese de mestrado. University of British Columbia. Canada.
- Siqueira, A.B., Cordeiro, R.C., Perracini, M.R. & Ramos, L.R. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*. 38(5), 687-694.
- Teixeira, J.J.V. & Lefevre, F. (2008). Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciências e Saúde Coletiva*. 13(4), 1274-1256.
- Thoresen, C.E. (1999) Spirituality and health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*. 4(3), 291-300.
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The Contemplative Dimension of Aging. *Journal of Aging Studies*. 11(2), 143-154.
- Vilaça, H. (2001). *Identidades, práticas e crenças religiosas*. In: Pais, J., Cabral, M., Vala, J. – *Atitudes Sociais dos Portugueses 2: Religião e Bioética*. Lisboa. ICS-ISSP.
- WHO (1996). *WHOQOL-BREF*. Geneva. World Health Organization.

**CAPÍTULO 4 - HOSPITALIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS: ESPIRITUALIDADE,
RISCO DE DEPENDÊNCIA, QUEDAS E READMISSÃO**

Hospitalização de pessoas idosas: espiritualidade, risco de dependência, quedas e readmissão⁵

Hospitalization of the elderly: spirituality, risk of dependence, risk of falls and readmission

Gorete Santos¹, Liliana Sousa², Pedro Sá Couto³

¹Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, EPE, Estudante do 4º Ano do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia

²Psicóloga, PhD, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

³PhD, Centro de Investigação e Desenvolvimento em Matemática e Aplicações (CIDMA), Departamento de Matemática (DMAT), Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

Contacto: Gorete Santos

Rua Direita nº 21, 2º Esq., 3810-005 Aveiro, Portugal

Contato telefónico: (00351) 964153901

Email: gorete_@hotmail.com

⁵ Versão alargada do artigo submetido a Revista Saúde e Sociedade.
Versão submetida para publicação Anexo 7.

Resumo

A hospitalização associa-se a diminuição da qualidade de vida e aumento do risco de quedas, probabilidade de reinternamentos, dependência funcional e mortalidade. Este estudo adota a perspectiva da pessoa idosa (≥ 65 anos) para analisar a influência da hospitalização, em três momentos (admissão, alta e 6 a 12 meses depois), nas variáveis: in/dependência funcional; risco de quebra de cuidados; risco de quedas; espiritualidade. Com base nessas variáveis organizou-se um modelo preditivo de óbitos. A amostra compreende 250 participantes, 50,4% do sexo feminino. Administrou-se o *EASYcare* (Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas) e a Escala da Espiritualidade. Os principais resultados indicam: na admissão os participantes são mais independentes, enquanto na alta e no *follow-up* são mais dependentes; na admissão o risco de ruptura de cuidados é menor, por comparação com a alta; no *follow-up* o risco de queda é menor, enquanto na alta é superior. Os dados sugerem que o momento de alta é o mais crítico, emergindo alguma recuperação no *follow-up*. O modelo preditivo de óbitos sugere: falecimento entre admissão e alta tem como fatores protetores rendimentos suficientes e ausência de apoio social; falecimento entre alta e *follow-up* tem como fatores de risco idade e risco de queda elevado; falecimento entre admissão e *follow-up* tem como fator protetor antecedentes clínicos do foro cardíaco. Os dados sugerem a importância de implicar a pessoa idosa ativamente nos seus cuidados e a necessidade dos serviços hospitalares fazerem educação para saúde preparando a alta.

Palavras-chaves: envelhecimento, qualidade de vida, hospitalização e mortalidade

Abstract

Hospitalization is associated with decreased quality of life and increased risk of falls, probability of re-hospitalization, mortality and functional dependence. This study adopts the perspective of the elderly (≥ 65 years) to examine the influence of hospitalization at three time points (admission, discharge, and 6 to 12 months later), the variables functional in/dependence; risk of breakdown in care; risk falls; spirituality. Based on these variables was organized a model predictive of death. The sample comprised 250 participants, 50,4%

were female. Was administered *EASYcare* (Evaluation System for the Elderly) and the Scale of Spirituality. The main results indicate: admission attendees are more independent, while at discharge and at *follow-up* are more dependent, on admission the risk of rupture of care is lower in comparison with the high, at *follow-up* the risk of falling is smaller and while on discharge is high. The data suggest that the discharge time is the most critical, emerging some recovery at *follow-up*. The predictive model of death suggests: death between admission and discharge as protective factors have sufficient income and lack of social support; died between discharge and *follow-up* have risk factors age and high risk of falling; died between admission and *follow-up* has as protective factor the clinical background circulatory. The data suggest the importance of involving the Elder actively in their care and the need for hospital services do health education preparing discharge.

Keywords: older persons, quality of life, hospitalization, mortality

1. INTRODUÇÃO

A hospitalização em todas as idades é vivida com ansiedade, que tende a aumentar na velhice pela associação à diminuição da qualidade de vida (QV) e ao aumento de probabilidade de dependência funcional, risco de quedas, reinternamento hospitalar e mortalidade (e.g. Carvalhais, & Sousa, 2007; Eliopoulos, 2005). A hospitalização constitui um período de vulnerabilidade e a espiritualidade têm demonstrado ser um bom mecanismo de *coping* (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010; 2007; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Em Portugal não foram encontrados estudos sobre hospitalização e QV. Contudo, a pesquisa internacional mostra que, principalmente na velhice, na sequência de um internamento hospitalar tende a ocorrer diminuição da percepção de QV, associada à perda de capacidade funcional e maior prevalência de comorbidades (e.g., Souza, 2011; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004). A definição mais consensual de QV é a da OMS (1994), também utilizada no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004:6): *“percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, 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 aspetos importantes do meio ambiente”*. Nesta definição prevalece a subjetividade (perspetiva individual), multidimensionalidade (várias componentes), umas positivas e outras negativas (uma “boa” qualidade de vida exige alguns elementos estarem presentes e outros ausentes).

É pertinente conhecer a influência da hospitalização na QV das pessoas idosas, para melhor planear os serviços e recursos durante o internamento, respondendo melhor às necessidades e características destas pessoas. Este estudo analisa a influência da hospitalização, considerando três momentos (admissão, alta e seis meses após alta), e as seguintes variáveis: in/dependência; risco de queda; risco de quebra de cuidados e/ou readmissão hospitalar e espiritualidade. Além disso, elabora um modelo preditivo de mortalidade. Os resultados têm implicações para o desenvolvimento de medidas de promoção da QV das pessoas idosas durante e após a hospitalização.

2. HOSPITALIZAÇÃO NA VELHICE

O prolongamento da vida humana é um ganho, exigindo QV para os anos conquistados (Pereira, Alvarez, & Traebert, 2011; Trentini, 2004; Paschoal, 2004; Fleck *et al.*, 2002). As pessoas idosas enfrentam diversas situações de perda: na saúde, pois as doenças crônicas são mais comuns; na independência, já que a incapacidade tende a acompanhar a doença crônica (Giacomini, & Wanderley, 2010); no risco de quedas, que aumenta com a idade, doença e dependência; no risco de readmissão hospitalar e institucionalização, na sequência da doença e dependência; e, na mortalidade, que aumenta com a idade.

As doenças crônicas são um dos principais problemas das pessoas idosas, sendo as principais causas de mortalidade e morbidade entre os idosos (DGS, 2004). Em cada pessoa idosa independente tende a existir três problemas crônicos, que são a principal causa de internamento hospitalar devido a descompensação da doença (Hayes, 2003). 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). Estima-se que entre 2002 e 2017 (Boltz, & Harrington, 2005) haverá um aumento de 78% de internamentos hospitalares de pessoas idosas e de 16% nos restantes grupos etários. As principais causas de hospitalização são doenças dos aparelhos respiratórios e circulatórios (Jobim, Souza, & Cabrera, 2010; Britto, Duarte, Fonseca, & Silva, 2009; Mathias, & Jorge, 2005; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004; Filho, Matos, Giatti, Afradique, Peixoto, & Lima-Costa, 2004). No hospital onde decorreu este estudo, as patologias do foro respiratório foram a principal causa de internamento de adultos e idosos no ano de 2010 (dados SIHIP).

A hospitalização, em qualquer idade, é vivida com ansiedade, mais complexa na velhice pela associação à morte, dependência, doença e institucionalização. A hospitalização tende a reforçar sentimentos negativos da pessoa idosa, principalmente porque fica mais frágil e vulnerável (Carvalhais, & Sousa, 2007), podendo surgir complicações, como aumento da dependência funcional, aumento do risco de quedas e, em consequência, aumento do risco de institucionalização e/ou readmissão hospitalar e da mortalidade (Eliopoulos, 2005). A espiritualidade durante a hospitalização emerge como estratégia de *coping*, em que as

peessoas utilizam a fé e crença para lidarem com a crise, encontrando um significado para a doença (e.g. Santos, & Sousa, 2013; Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010;2007; Dalby, 2006).

2.1. Dependência funcional

A dependência funcional nas pessoas idosas tende a aumentar na alta e fase posterior do internamento hospitalar (Ponzetto *et al.*, 2003). A literatura refere que em cerca 34% a 50% das pessoas idosas vai ter aumentar a dependência funcional ao longo da hospitalização (Kamasaki, & Diogo, 2007; Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000). Este aumento tem sido associado a vários fatores, que conjugam as alterações normativas do envelhecimento, com elementos da hospitalização (como o repouso no leito ou imobilidade; interação medicamentosa; polimedicação; procedimentos de diagnóstico; procedimentos médicos e de enfermagem) (e.g. Boyd *et al.*, 2008; Kamasaki, & Diogo, 2007; Hoogerderjn, Schuurmans, Duijnste, de Roij, & Grypddonck, 2007). Esta redução funcional pode ocorrer durante e/ou após a hospitalização (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009). A literatura indica que após 3 a 12 meses da admissão hospitalar, entre 19% e 30% das pessoas idosas vão perder alguma capacidade funcional para realizar alguma AVD (Kamasaki, & Diogo, 2007; Cornette, Swine, Malhomme, Gillet, Meert, & D'Hoore, 2005; Sager, Franke, Inouye, Landefeld, Morgan, & Rudberg, 1996).

2.2. Quedas

As quedas têm impacto negativo na vida dos idosos, aumentando o risco de lesões, bem hospitalização, institucionalização ou morte (Rodrigues, 2012; Ribeiro, Souza, Atie, Souza, & Schilithz, 2008). Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com 65 anos ou mais sofrem uma queda por ano; este número aumenta para 32% a 42% nas pessoas com 70 anos ou mais (OMS, 2007). A etiologia das quedas na velhice é multifatorial, sendo exacerbada por algumas doenças crónicas e limitações sensoriais (Paula, Fonseca, Oliveira & Rozenfeld, 2009). Destacam-se quatro fatores de potenciadores de quedas (OMS, 2007): i) biológico (características do individuo, como idade e sexo); ii) comportamentais (ações

humanas, tais como polimedicação, consumo de álcool, comportamento sedentário); iii) ambientais (condição física do indivíduo e ambiente, incluindo iluminação e piso escorregadio); iv) socioeconômicos (condições sociais e *status* econômico do indivíduo, como baixos rendimentos, iliteracia, habitação inadequada). As consequências das quedas são abrangentes, desde uma escoriação até traumatismo grave; mas são também psicológicas, principalmente o medo de cair, que limita a atividade física e diminui a QV (Nogueira, Alberto, Cardoso, & Barreto, 2012; Fhon, Fabrício-Wehbe, Vendruscolo, Stackfleth, & Rodrigues, 2012).

2.3. Readmissão hospitalar e/ou de institucionalização

Um internamento hospitalar nos últimos 12 meses aumenta 4 vezes o risco de reinternamento nas pessoas idosas (Kamasaki, & Diogo, 2007; Sousa *et al.*, 2002). Este ciclo tende a aumentar o número de readmissões hospitalares (Dutra, Moriguchi, Lampert, & Poli-de-Figueiredo, 2011; Graf, 2006), pois a hospitalização associa-se a novas incapacidades ou agrava as pré-existentes. A readmissão hospitalar ou internamentos prolongados são um processo doloroso, levando a alterações dos papéis sociais e contribuindo para processos depressivos (Cabete, 2005). Os fatores de risco de readmissão hospitalar são: incapacidade funcional, gravidade da doença, comorbidades, polimedicação e idade avançada (Franchi *et al.*, 2013; Campbell, Seymour, & Primrose, 2004). Esta redução da capacidade funcional, pode levar à falha no cuidado do idoso devido a sobrecarga do cuidador informal (família) e, conseqüentemente, à institucionalização (Caldas, 2003).

2.4. Espiritualidade

A espiritualidade é relevante no processo de envelhecimento, por constituir uma busca de significado para a vida, permitindo ganhar esperança e paz perante a adversidade (Thoresen, 1999). Além disso (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010; 2007; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007): i) possibilita reduzir e gerir (*coping*) a sensação de perda de

controlo e esperança; ii) ajuda a aceitar a doença e aumenta a segurança e otimismo face ao tratamento; iii) prepara a ideia de finitude. A investigação tem demonstrado uma correlação positiva e significativa entre espiritualidade, saúde e QV (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore, & Koenig, 2002). Contudo, muitos destes estudos têm focado a doença oncológica e os cuidados paliativos, exigindo o alargamento a outros contextos e doenças (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007). A definição de espiritualidade não é consensual, mas centra a procura existencial de significado e sentido para questões complexas da vida, como morte ou doença crónica. Neste estudo adotamos a definição de espiritualidade do *National Cancer Institute* (online, 2006): “*sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo a paz de espírito, conexão aos outros e as crenças sobre o significado e o propósito da vida*”. Em Portugal, é escassa a pesquisa sobre espiritualidade e crenças religiosas. Os últimos dados oficiais sobre a religião em Portugal (INE, 2013; censos populacionais, 2011) indicam: 93,16% da população tem uma crença religiosa (81,00% - católica; 1,82% - outra religião cristã; 0,84% - protestante; 0,63% - ortodoxa; 0,23% - muçulmanos; 0,03% - judeus); 6,84% refere não ter religião. Estes resultados sugerem a importância da religiosidade e da religião católica na população portuguesa (Pereira, Alvarez, & Traebert, 2011). São escassos os estudos que focam o impacto da hospitalização de pessoas idosas na espiritualidade. Anandarajah e High (2001) observaram: 94% dos doentes hospitalizados acreditam que a saúde espiritual é tão importante como a física; 77% acreditam que os médicos deviam considerar as necessidades espirituais; 37% gostavam de falar com os médicos sobre crenças religiosas; mas, 80% dos médicos raramente discutem questões espirituais ou religiosas com os doentes.

2.5. Mortalidade e morbidade

As principais causas de morte em Portugal são doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias (Nicolau, Machado, Falcão, & Nunes, 2008). O desenvolvimento de um modelo preditivo de mortalidade é útil: i) identifica grupos de risco e permite implementar medidas de tratamento adequado; ii) permitirá comparar diferentes hospitais e planear melhorias nos cuidados; iii) possibilita implementar medidas de saúde pública

(custo/benefício dos tratamentos relacionado com o prognóstico) (Walter *et al.*, 2001). Os fatores de risco de mortalidade nas pessoas idosas são: sexo (masculino); idade (a probabilidade aumenta com a idade); hospitalização; dependência funcional; *deficit* cognitivo; estilos de vida (como tabagismo, sedentarismo); isolamento social; falta de suporte familiar; baixo nível socioeconômico; e auto-percepção de saúde frágil (Ponzetto *et al.*, 2003; Spiers, Jagger, Clarke, & Arthur, 2003). Os doentes idosos tendem a ter internamentos mais prolongados, com superior morbidade e mortalidade nos meses seguintes (Ponzetto *et al.*, 2003), sendo que ao final de 6 meses a taxa de mortalidade tende a ser superior a 20% (e.g. Ponzetto *et al.*, 2003; Sousa *et al.*, 2002; Sager, Franke, Inouye, Landefeld, Morgan, & Rudberg, 1996). Existe correlação com o aumento da taxa de mortalidade e morbidade após o internamento hospitalar, pois piora o prognóstico e acentua a síndrome de fragilidade do idoso (Dutra, Moriguchi, Lampert, & Poli-de-Figueiredo, 2011; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004).

3. OBJETIVOS

Este estudo adota a perspectiva da pessoa idosa (≥ 65 anos) para analisar a influência da hospitalização, considerando três momentos (admissão, alta e 6 a 12 meses depois), nas seguintes variáveis: in/dependência funcional; risco de quebra de cuidados; risco de quedas; espiritualidade. Em termos específicos: i) caracteriza e compara essas variáveis nos três momentos; ii) estabelece um modelo de preditivo de mortalidade baseado nessas variáveis e em variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, sexo, rendimento, apoio social, diagnóstico/motivo de internamento e antecedentes clínicos). Os resultados permitirão elaborar recomendações para promover a QV das pessoas idosas durante e após a hospitalização.

4. MÉTODOS

Foi adotada uma metodologia quantitativa, de características descritivas, comparativas e correlacionais. Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética (nº 762/CA) do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., em 14 Outubro de 2009.

4.1. Procedimentos

Neste estudo foram seleccionadas pessoas idosas (≥ 65 anos) internadas no serviço de Medicina 1, 2 e 3 (serviços que atendem as pessoas idosas) do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. Este local foi escolhido por ser uma instituição parceira da Universidade de Aveiro. O tamanho da amostra foi determinado após pesquisa sobre o número de doentes com ≥ 65 anos admitidos no serviço de medicina interna em 2009 (ano anterior à recolha dos dados), através do Gabinete de Gestão de Informação do Hospital. Verificou-se o internamento de 391 pessoas idosas em 2009; uma amostra representativa (Krejcie, & Morgan 1970) incluiria 196 participantes, mas optou-se por 250 participantes, considerando a potencial morte experimental.

O instrumento foi aplicado por entrevista à amostra em três fases: admissão, alta e 6 a 12 meses após a alta (*follow-up*). Na admissão foram aplicados 250 questionários; ou seja, após o acolhimento pelo profissional de serviço, os doentes eram contactados pela primeira autora que pedia a sua colaboração (incluindo serem entrevistados no momento da alta e após 6 a 12 meses). Quando os doentes tinham alta clínica, o profissional de serviço contactava a primeira autora que realizava as entrevistas. As entrevistas na admissão e alta decorreram no hospital, sempre em locais que respeitavam a privacidade e após a assinatura do consentimento livre e esclarecido. Tiveram uma duração entre 30/40 minutos e decorreram entre janeiro e agosto de 2010. Após 6 a 12 meses da alta, os participantes eram contactados (por telefone, até o máximo de 3 tentativas; após essas tentativas, o participante era excluído). Esta recolha decorreu até janeiro de 2011. As entrevistas realizaram-se em casa dos participantes e duraram entre 60 e 90 minutos (principalmente porque gostavam de relatar as suas histórias de vida).

4.2. Instrumentos

No estudo utilizou-se: i) questionário socioeconómico e clínico (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, local de residência, diagnóstico ou motivo de internamento, data de internamento no serviço, tipo de apoio social recebido); ii) três pontuações do *EASYcare* (Elderly Assessment System, Sistema de Avaliação de Idosos; versão portuguesa, Figueiredo, Sousa e Guerra, 2009) – independência, risco de rutura de cuidados e risco de quedas; iii) Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007).

Independência, risco de rutura de cuidados e risco de quedas: EASYcare

O *EASYcare* é um instrumento de rápida e simples utilização, que avalia múltiplos domínios da QV em pessoas idosas (≥ 65 anos), adotando a sua perspetiva. No global, contempla as seguintes dimensões: aspetos sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, condições de habitação, situação financeira, atividade física e saúde mental e bem-estar. A partir dessas dimensões (tabela 4.1) é possível calcular três pontuações: risco de queda (0-8 pontos); risco de rutura de cuidados (envolve risco de reinternamento e institucionalização; 0-12 pontos); independência funcional (0-100 pontos). Valores mais elevados significam maior dependência, risco de queda e rutura de cuidados. Verificamos a consistência interna destas 3 dimensões e obtivemos os seguintes valores de Alpha de Cronbach: 0,763 - independência funcional; 0,820 - risco de rutura de cuidados; 0,737- risco de queda. Este instrumento capta a perceção dos respondentes, não podendo ser aplicado a pessoas incapazes de se expressar (com alterações da linguagem ou alterações cognitivas) (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

Tabela 4.1. Risco de queda, Rutura Cuidado e Independência

Risco de Queda	Rutura de Cuidado	Independência
1 ponto por resposta afirmativa		Somar pontos
Dificuldade em ver	Precisa ajuda a vestir-se	Não consegue usar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)
Dificuldade em deslocar-se	Precisa ajuda no banho	Precisa de ajuda para manter o aspeto cuidado (5)
Falta de segurança em casa	Precisa ajuda a alimentar-se	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)
Pouca estabilidade de pé	Alguns acidentes de bexiga	Não consegue tomar banho/duche (5)
Uma ou mais quedas no último ano	Precisa ajuda a usar sanita	Não consegue fazer tarefas domésticas (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)
Limitado ao domicílio	Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	Não consegue preparar refeições (5), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)
Ingestão excessiva de álcool	Preocupações com o peso	Não consegue alimentar-se (8), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)
	Saúde razoável ou fraca	Não consegue tomar medicamentos (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)
	Muitas dores corporais no último mês	Acidentes frequentes de bexiga (8), ocasionais (5), sem acidentes (0)
	“Em baixo”, deprimido ou desesperado	Acidentes frequentes de intestinos (8), ocasionais (6), sem acidentes (0)
	Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	Não consegue utilizar a sanita (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)
	Perda de memória ou esquecimentos	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)
		Acamado (8), precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), de cadeira de rodas sem ajuda (5), sem ajuda (0)
		Não consegue subir nem descer escadas (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)
		Não consegue andar no exterior (6), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)
		Não consegue ir às compras (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)
		Não consegue deslocar-se a serviços públicos (5), com alguma ajuda (2), sem dificuldade (0)
		Não consegue gerir as finanças (4), capaz de gerir (0)

Escala de Avaliação da Espiritualidade

Esta escala foi desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) para avaliar a espiritualidade na prática clínica. Os itens foram definidos através da combinação da dimensão espiritual do *Quality of Life- Cancer survivor QOL-CS*, da subescala da espiritualidade do *Instrument da World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)* e dados clínicos (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007). Compreende 5 itens, numa escala de Likert de 4 pontos, variando entre 1 (não concordo) e 4 (plenamente de acordo). Pontuações mais elevadas indicam maior espiritualidade. A análise fatorial identificou duas subescalas: “crenças” (2 itens associados ao sentido da vida); “esperança/otimismo” (3 itens relativos à perspetiva do futuro com esperança e redefinição de valores) (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2007). A escala revelou boa consistência interna (alpha de Cronbach: 0,74 - escala global; 0,92 - fator “crenças”; 0,69 - fator “esperança/otimismo”). A análise fatorial confirmatória

exploratória para a amostra deste estudo revelou os mesmos fatores; os valores do alpha de Cronbach são também bons: 0,85 - escala global; 0,82 - fator “crenças”; 0,81 - fator “esperança/otimismo”.

4.3. Amostra

Na admissão a amostra compreende 250 participantes, 50,4% do sexo feminino (tabela 4.2). A média (M) etária é de 79,6 anos com um desvio-padrão (DP) de 7,6; 59,6% residentes em meio urbano. Quanto ao estado civil, 49,2% são casados e 44,4% são viúvos. Observa-se que 41,6% vive em casal, 39,2% em família e 6% estão institucionalizados. A maioria dos participantes está aposentada (62,0%). Em relação ao rendimento: 70,0% indica ser “suficiente”; 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=2,0). Em relação ao diagnóstico clínico ou motivo de internamento, categorizados de acordo com os aparelhos do corpo humano, observa-se: 36,8% do aparelho respiratório; 18,8% com multipatologias; 14,4% do aparelho neuro-hormonal; 11,6% do aparelho circulatório. Quanto aos antecedentes clínicos: 44,0% - multipatologias; 21,6% - aparelho circulatório; 9,2% antecedentes clínicos relevantes. Em relação ao apoio social: 85,2% - sem apoio; 7,2% - lar de idosos; e 6,8% - apoio domiciliar.

Tabela 4.2. Caracterização dos participantes: admissão, alta e *follow-up*

	Admissão n=250		Alta n=182		Follow-up n=127	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	126	50,4	93	51,1	69	54,3
Masculino	124	49,6	89	48,9	58	45,7
Residência						
Rural	101	40,4	68	37,4	49	38,6
Urbana	149	59,6	114	62,6	78	61,4
Estado Civil						
Casado	123	49,2	94	51,6	69	54,3
Divorciado	6	2,4	3	1,6	3	2,4
Solteiro	10	4,0	7	3,8	5	3,9
Viúvo	111	44,4	78	42,9	50	39,4
Rendimento						
Sobra algum dinheiro	9	3,6	6	3,3	4	3,1
Suficiente	175	70,0	133	73,1	92	72,4
Não chega	66	26,4	43	23,6	31	24,4
Com quem vive?						
Casal	104	41,6	80	44,0	59	46,5
Família	98	39,2	68	37,4	38	29,9
Instituição	14	5,6	9	4,9	12	9,4
Outra	4	1,6	4	2,2	2	1,6
Sozinho	30	12,0	21	11,5	16	12,6
Situação profissional						
Doméstica	2	0,8	2	1,1	2	1,6
Trabalhador a tempo inteiro	10	4,0	8	4,4	5	3,9
Pensionista	83	33,2	55	30,2	39	30,7
Reformado	155	62,0	117	64,3	81	63,8
Diagnóstico ou motivo de internamento						
Aparelho reprodutor	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aparelho Circulatório	29	11,6	22	8,8	14	11,0
Aparelho Respiratório	92	36,8	68	27,2	47	37,0
Neuro-Hormonal	36	14,4	24	9,6	18	14,2
Aparelho Digestivo	20	8,0	17	6,8	11	8,7
Aparelho Excretor	18	7,2	13	5,2	7	5,5
Esqueleto	8	3,2	4	1,6	3	2,4
Multipatologias	47	18,8	36	14,4	27	2,3
Antecedentes Clínicos						
Nenhum	23	9,2	20	8,0	13	10,2
Aparelho reprodutor	1	0,4	0	0,0	1	0,8
Aparelho Circulatório	54	21,6	37	14,8	26	20,5
Aparelho Respiratório	14	5,6	10	4,0	8	6,3
Neuro-Hormonal	25	10,0	18	7,2	14	11,0
Aparelho Digestivo	11	4,4	9	3,6	6	4,7
Aparelho Excretor	8	3,2	7	2,8	5	3,9
Esqueleto	4	1,6	3	1,2	2	1,6
Multipatologias	110	44,0	80	32,0	52	40,9
Apoio Social						
Sim	37	14,8	53	29,1	37	29,1
Se sim, qual?						
Serviço de Apoio Domiciliário	17	6,8	36	19,8	20	15,7
Centro de Convívio	0	0,0	1	0,5	1	0,8
Lar de Idosos	18	7,2	17	9,3	15	11,8
Acolhimento familiar	2	0,8	1	0,5	2	1,6

Na alta a amostra compreende 182 participantes (72,8%); o decréscimo ocorreu porque 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 de internamento foi 10 dias (DP=3,9), variando entre 3 e 25 dias.

O *follow-up* (6 a 12 meses após a alta) envolve 127 participantes (50,8% da amostra inicial); esta diminuição deveu-se a: 36 falecimentos; 15 não reuniam condições para responder (problemas cognitivos); e 4 não foi possível contactar. Nesta fase, a amostra tem 54,3% participantes do sexo feminino (tabela 4.2). A média etária é de 76,4 anos (DP=7,5), 61,4% residentes em meio urbano. Quanto ao estado civil a maioria são casados: 54,3%. A maioria encontra-se reformada (63,8%). Em relação ao rendimento: 72,4% refere ser “suficiente” e 3,1% afirma “sobrar algum dinheiro”. Verifica-se predomínio de baixa escolaridade, sendo a média de 2,6 anos de escolaridade (DP=2,0).

Quanto aos antecedentes clínicos: 40,9% - com multipatologias; 20,5% - do aparelho circulatório; 10,2% sem antecedentes clínicos relevantes. Em relação ao apoio social: 70,9% - sem apoio; 15,7% - apoio domiciliário e 11,8% - lar de idosos.

Uma referência aos participantes entrevistados na admissão e que morreram durante o internamento (n=33): média de idade de 76,9 anos; 51,5% a viver em família; 78,8% reformados; 66,7% referiu que os seus rendimentos eram “suficientes” e nenhum referiu “sobrar algum dinheiro”. Quanto ao apoio social: 81,8% - sem apoio; 12,1% - lar de idosos; e 6,1% - apoio domiciliário. Em relação ao diagnóstico: 33,3% - doenças respiratórias; 21,2% - doenças do aparelho neuro-hormonal; 15,2% - multipatologias. Quanto aos antecedentes clínicos: 45,5% - multipatologias, 27,3% - patologia do aparelho circulatório; 3% sem antecedentes clínicos relevantes.

Em relação aos participantes que faleceram entre a alta e o *follow-up* (n=36): a média de idade é 80,7 anos (DP=7,6); 63,9% são do sexo masculino; 80,6% referiu que os seus rendimentos eram “suficientes”; média de 2,6 anos de escolaridade (DP=1,9); e 38,9% viviam em casal. Em relação aos antecedentes clínicos: 47,2% - multipatologias, 22,2% patologia do aparelho circulatório; 11,1% sem antecedentes clínicos relevantes.

5. ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis sociodemográficas são apresentadas através da estatística descritiva. Para os resultados da inferência estatística, nas variáveis “estado civil” e “com quem vive” ignoram-se algumas categorias (divorciados, n=3; sozinhos, n=5; viviam em instituição, n=4 e noutras situações, n=2) por terem um número reduzido e não representante da amostra. Efetuou-se uma análise da variância (ANOVA) de dois fatores mistos, para estudar diferenças entre as variáveis do estudo e os três momentos de avaliação, bem como a sua interação, considerando as três pontuações do *EASYcare* e a Escala da Espiritualidade. Os pressupostos para a aplicação desta ANOVA (normalidade dos resíduos, homogeneidade da variância e o critério da esfericidade) foram cumpridos. Quando o critério da esfericidade não foi cumprido, o desvio da esfericidade foi validado pelo critério de Huynh-Feldt ($> 0,75$). Para analisar o grau de correlação entre as variáveis em estudo, utilizou-se o teste correlação de Spearman-Rank. A classificação da força da relação (positiva e negativa) seguiu o seguinte critério: $>0,19$ = muito baixa; 0,20 a 0,30 = baixa; 0,40 a 0,69 = moderada; 0,70 a 0,89 = elevada; $> 0,89$ = muito elevada. Para analisar o grau de dependência entre os resultados da variável mortalidade (considerando as categorias sobrevivente ou não sobrevivente) em função das variáveis sociodemográficas, foi elaborado um modelo de regressão logística. Este modelo de previsão foi estabelecido para cada período temporal (entre a admissão e alta, entre a alta e o *follow-up* e entre a admissão e o *follow-up*). Os testes de ajustamento Hosmer and Lemeshow mostraram um modelo ajustado aos dados e a proporção de variabilidade explicada, avaliado pelo cálculo do Cox e Snell R^2 e Nagelkerke R^2 . Todos os resultados estatísticos foram calculados usando Predictive Analytics Soft Ware (PASW-SPSS) Statistics 18 (IBM Corporation, Armonk, NY), e um *p-value* inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

5.1. Resultados

Independência, risco de rutura de cuidados e risco de quedas

Os resultados totais evidenciam diferenças significativas ($p < 0,05$) em todas as pontuações do *EASYcare*, considerando as 3 fases: admissão, alta e *follow-up* (tabela 4.3). Na independência, observa-se que na admissão os participantes são mais independentes ($M=27,3$; $DP=24,3$), enquanto na alta ($M=37,9$; $DP=27,3$) e no *follow-up* ($M=37,2$; $DP=26,4$) são significativamente mais dependentes. Na pontuação de risco de rutura de cuidados também na admissão os participantes apresentam risco menor de rutura de cuidados ($M=4,4$; $DP=2,9$), por comparação com a alta ($M=6,5$; $DP=2,7$). Na pontuação de risco de queda é no *follow-up* que os participantes apresentam significativamente menor risco ($M=1,9$; $DP=1,3$), enquanto na alta o risco é maior ($M=2,9$; $DP=2,0$). Analisamos em seguida cada pontuação considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Na pontuação de independência apenas nas variáveis “estado civil” [$F(2;121)=13,3$; $p < 0,001$], “com quem vive” [$F(2;118)=6,4$; $p < 0,001$] e “rendimento” [$F(1;125)=9,4$; $p=0,003$] ocorrem diferenças significativas. Relativamente ao “estado civil”, os viúvos são significativamente mais dependentes em todas as fases do que os casados. Em relação a “com quem vive”, quem vive em família é significativamente mais dependentes em todas as fases; na admissão e no *follow-up* os mais independentes são os que vivem sozinhos; enquanto na alta os mais independentes são os que vivem em casal. Quanto à variável “rendimento”, quem indica ser insuficiente é significativamente mais dependente em todas as fases. Apenas a interação entre a variável “diagnóstico/motivo de internamento” e as fases do estudo foi significativa [$F(7,3;223,5)=4,8$; $p < 0,001$]; ou seja, existe relação entre o diagnóstico clínico/motivo de internamento e a in/dependência (tabela 4.3). Observa-se que os participantes que na admissão apresentam diagnóstico do foro neuro-hormonal (inclui AVC) são os mais independentes na admissão, e os mais dependentes na alta e *follow-up*. Verifica-se uma tendência, não significativa, na variável “apoio social” [$F(1,8;222,0)=3,1$, $p=0,052$]; na admissão os participantes mais dependentes têm mais apoio social do que os menos dependentes, mas a diferença diminui ao longo das fases.

Em relação à pontuação de rutura do cuidado, as variáveis “rendimento” [F(1;125)=17,2;p<0,001] e “antecedentes clínicos” [F(5;121)=2,9;p=0,015] apresentam diferenças significativas. No “rendimento” os participantes que referem rendimentos insuficientes apresentam significativamente maior risco de rutura de cuidados em todas as fases, sendo na alta o momento de maior risco. Relativamente aos “antecedentes clínicos”, na admissão são os participantes com antecedentes do foro neuro-hormonal que apresentam maior risco de rutura de cuidados; na alta o maior risco ocorre nos participantes com antecedentes do foro circulatório; no *follow-up* o maior risco ocorre nos participantes com antecedentes de multipatologias. Quanto à interação das variáveis, não foram encontradas diferenças significativas, com exceção de “com quem vive” [F(2,9;170,7)=2,7;p=0,047]; na admissão os participantes que viviam sozinhos apresentavam maior risco de rutura do cuidado; nas outras fases são os que vivem em família que apresentam risco mais elevado.

No risco de queda, as variáveis com diferenças significativas são: estado civil [F(1;117)=17,7;p<0,001], com quem vive [F(2;118)=4,6;p=0,012], rendimento [F(1;125)=17,5;p<0,001]. Em termos de estado civil, os viúvos apresentam significativamente maior risco de queda nas três fases (mais elevada na alta). Relativamente a “com quem vive”, os que vivem sozinhos apresentam maior risco de queda na admissão; na alta e *follow-up* são os que vivem em família que apresentam maior risco. Em relação aos “rendimentos”, o maior risco de queda ocorre nos participantes que consideram os rendimentos insuficientes (valores mais elevados na alta). Em relação a interação das variáveis, apenas “com quem vive” [F(2,7;159,1)=3,9;p=0,005] foi significativa, ocorrendo o mesmo padrão de resultados descrito na pontuação anterior.

Tabela 4.3. Resultados da ANOVA de dois fatores mistos para a Escala *EASYcare*

	Independência			Risco de rutura de cuidados			Risco de queda		
	Admissão (n=250)	Alta (n=182)	Follow-up (n=127)	Admissão (n=250)	Alta (n=182)	Follow-up (n=127)	Admissão (n=250)	Alta (n=182)	Follow-up (n=127)
Total	27.3±24.3*	37.9±27.3*	37.2±26.4*	4.4±2.9*	6.5±2.7*	5.7±2.8*	2.5±1.9*	2.9±2.0*	1.9±1.3*
Sexo									
Feminino (n=69)	28.2±23.7	41.5±25.9	40.6±26.0	4.2±2.9	6.9±2.6	6.0±2.8	2.4±1.8	3.2±1.9	2.1±1.2
Masculino (n=58)	26.2±25.1	33.5±28.4	33.1±26.6	4.5±2.9	6.1±2.7	5.3±2.9	2.6±1.9	2.5±2.0	1.7±1.3
Estado Civil									
Casado (n=69)	20.3±24.0*	30.9±17.7*	32.5±26.7*	4.1±2.7	6.1±2.8	5.5±2.8	2.1±1.8*	2.4±2.0*	1.8±1.3*
Divorciado (n=3) ⁺	4.3±7.5	17.7±30.6	5.7±9.8	5.7±2.1	5.3±3.5	2.0±1.7	2.3±2.3	1.3±2.3	0.7±1.2
Solteiro (n=5)	47.6±28.3*	45.8±29.3*	49.2±32.1*	4.8±3.4	7.4±2.3	6.6±2.8	2.6±2.1*	3.0±2.0*	2.0±1.2*
Viuvo (n=50)	36.2±20.6*	48.0±23.0*	44.3±23.7*	4.7±2.9	7.0±2.5	6.1±2.8	3.0±1.9*	3.7±1.7*	2.2±1.2*
Com quem vive:									
Casal (n=60)	20.5±25.0*	31.4±28.4*	31.4±26.4*	4.3±2.8†	6.1±2.8†	5.2±2.7†	2.2±1.9*	2.4±2.0*, †	1.7±1.3*, †
Família (n=45)	35.4±21.5*	46.2±26.3*	44.2±25.5*	4.2±3.0†	7.1±2.7†	6.3±2.8†	2.6±1.7*	3.4±1.8*, †	2.3±1.3*, †
Instituição (n=4)	65.8±9.4*	58.8±8.4*	65.8±9.4*	4.5±3.7†	8.3±1.7†	9.0±0.8†	2.3±2.1*	4.8±0.5*, †	3.0±0.0*, †
Sozinho (n=16)	18.1±12.3*	32.1±21.0*	30.3±24.7*	5.3±3.0†	5.9±2.0†	4.4±2.8†	3.8±1.9*	2.5±1.7*, †	1.4±1.0*, †
Outros (n=2) ⁺	47.0±25.5	49.5±24.7	49.5±24.7	3.5±0.7	6.5±3.5	7.0±2.8	1.0±0.0	5.0±1.4	3.5±0.7
Rendimento:									
Suficiente (n=96)	24.0±22.6*	34.0±26.1*	33.9±26.1*	4.0±2.8*	6.1±2.6*	5.3±2.8*	2.4±1.9*	2.6±1.9*	1.7±1.2*
Insuficiente (n=31)	37.6±26.7*	50.1±27.4*	47.5±25.4*	5.5±3.1*	7.9±2.4*	6.9±2.7*	2.9±1.7*	3.9±1.9*	2.7±1.2*
Antecedentes Clínicos									
Nenhum (n=15)	17.3±19.2†	24.3±26.4†	28.1±31.7†	3.5±2.8*	4.7±2.3*	4.4±3.0*	2.2±1.8	1.6±1.7	1.1±1.1
Circulatório (n=32)	23.9±21.1†	42.2±27.8†	40.0±28.8†	4.6±3.2*	7.3±2.9*	5.9±3.1*	2.4±2.0	3.2±1.9	2.1±1.2
Respiratório (n=8)	26.0±21.4†	34.3±24.8†	34.3±24.8†	3.6±2.3*	5.5±2.6*	4.8±2.9*	2.1±2.5	2.4±1.7	1.3±0.9
Neuro-hormonal (n=18)	24.6±26.0†	29.9±23.5†	26.4±22.6†	4.9±2.6*	5.6±2.1*	4.5±2.2*	2.8±1.9	2.9±2.1	1.9±1.4
Outros Sistemas (n=9)	30.7±23.6†	37.2±29.6†	30.9±23.8†	3.1±2.6*	6.8±2.4*	5.8±2.8*	1.9±1.6	3.1±2.0	2.0±1.6
Multipatologias (n=45)	33.7±27.1†	43.3±27.5†	44.3±23.6†	4.6±3.0*	7.1±2.6*	6.5±2.6*	2.7±1.8	3.1±2.0	2.2±1.3
Motivo/diagnóstico:									
Circulatório (n=12)	25.9±23.1	32.2±24.9	35.1±23.6	4.5±2.9	5.7±2.4	5.4±2.5	2.3±1.9	2.7±2.0	1.8±1.1
Respiratório (n=50)	31.2±26.0	35.8±27.0	36.3±27.3	4.4±3.1	6.2±2.4	5.8±2.8	2.3±1.8	2.8±2.1	1.9±1.4
Neuro-hormonal (n=21)	20.3±21.2	51.4±29.2	46.3±28.4	4.9±3.0	8.3±2.8	6.3±3.2	2.6±1.8	3.5±1.8	2.1±1.0
Outros Sistemas (n=21)	27.5±22.9	33.9±23.2	34.1±25.0	3.6±2.6	5.6±2.3	4.9±2.4	2.6±2.3	2.5±1.7	1.9±1.1
Multipatologias (n=23)	25.6±25.1	36.7±28.9	34.7±25.9	4.5±2.8	6.8±3.1	5.7±3.1	3.0±1.6	2.9±2.2	2.0±1.5
Apoio Social									
Não (n=113)	25.2±23.2	37.0±27.5	36.5±26.5	4.4±2.9	6.5±2.7	5.6±2.8	2.5±1.9	2.8±2.0	1.9±1.3
Sim (n=14)	44.1±27.1	45.2±25.1	42.9±26.3	4.6±2.9	6.8±2.4	6.4±2.9	2.8±2.0	3.7±1.7	2.3±1.2

* p<0,05; † interação entre fatores (estatisticamente significativo) (p<0,05); + excluído da análise estatística

Quando comparamos os participantes que faleceram nos dois momentos (alta; *follow-up*) verificou-se uma distribuição similar nas variáveis sociodemográficas. Na pontuação de independência, os que faleceram entre a admissão e a alta eram menos dependentes (M=38,4; DP=28,26), do que os que faleceram na entre a alta e o *follow-up* (M=46,1; DP=30,1). Quanto ao risco de rutura de cuidado, os óbitos entre admissão e alta apresentam risco inferior (M=6,2; DP=2,6), quando comparado com os ocorridos entre alta e *follow-up* (M=7,3; DP=2,8). No risco de queda, os falecimentos entre admissão e alta apresentam risco superior (M=3,3; DP=1,2), por comparação com os óbitos entre a alta e o *follow-up* (M=3,2; DP=1,7).

Escala de Avaliação da Espiritualidade

Os resultados totais da escala demonstram diferenças estatísticas significativas entre as subescalas (valor superior em crenças, por comparação com esperança) e no total da escala entre as três fases de aplicação do questionário. No global, os participantes apresentam baixa espiritualidade, que diminui entra a fase da admissão (M=2,6; DP=0,5) e a alta (M=2,5; DP=0,5), e aumenta no *follow-up* (M=2,7; DP=0,4). O mesmo padrão de respostas é observado e significativo nas subescalas: crenças (admissão: M=2,8; DP=0,6; alta: M=2,7; DP=0,6; *follow-up*: M=3,0; DP=0,5); esperança (admissão: M=2,4; DP=0,6; alta: M=2,3; DP=0,6; *follow-up*: M=2,5; DP=0,5).

A relação entre as variáveis sociodemográficas e a Escala de Avaliação da Espiritualidade mostra ausência de diferenças estatisticamente significativas, com exceção para a variável “sexo” na subescala “crenças” [F (1,3;125) =1,3;p=0,028]. Na admissão as mulheres apresentam o valor mais elevado (M=2,9; DP=0,5) e no *follow-up* o valor superior ocorre nos homens (M=3,1; DP=0,6). Quanto à interação das variáveis, não foram encontradas diferenças significativas.

Relação entre pontuações de independência, risco de rutura de cuidados e risco de queda, espiritualidade e idade

São apresentadas as correlações para as pontuações de independência, risco de rutura de cuidados e risco de queda, espiritualidade e idade. A idade apresenta correlação positiva e estatisticamente significativa com a independência (a dependência aumenta com a idade),

sendo as correlações moderadas na admissão (0,493), alta (0,451) e *follow-up* (0,455). No risco de rutura de cuidado, a idade apresenta correlações significativas e positivas (o risco de rutura de cuidados aumenta com a idade), mas fracas na alta (0,333) e *follow-up* (0,288). Relativamente ao risco de queda, a idade apresenta correlações positivas significativas (o risco de queda aumenta com a idade), mas fracas na admissão (0,125) e moderadas na alta (0,406) e *follow-up* (0,376). Quanto à espiritualidade, a idade apresenta correlações significativas fracas e negativas apenas na dimensão esperança nas três fases variando entre -0,118 e -0,159, ou seja, conforme aumenta a idade diminuiu a esperança.

A análise da correlação contemplou os momentos temporais de aplicação do questionário. Na admissão, as correlações positivas e elevadas ocorreram entre a pontuação de rutura de cuidado e risco de queda (0,745, $p < 0,001$; o aumento do risco de queda ocorre com o aumento do risco de quebra de cuidados) e entre as dimensões crença e esperança (0,615, $p < 0,001$; o aumento da esperança ocorre com o aumento das crenças). De notar, a existência de correlações negativas e fracas entre a pontuação de independência e as dimensões da espiritualidade (crenças: -0,127, $p < 0,001$; esperança: -0,274, $p < 0,001$), ou seja, conforme aumenta a dependência diminui a esperança e as crenças. Nas fases da alta e *follow-up*, obteve-se um padrão de respostas idêntico, ou seja, correlações positivas e elevadas entre as três pontuações (variando entre 0,699 e 0,872, $p < 0,001$) e entre as duas dimensões da escala da espiritualidade (variando entre 0,539 e 0,675, $p < 0,001$). No entanto, as correlações entre as pontuações e a espiritualidade são negativas e fracas (variando entre -0,089 e -0,283, $p < 0,05$), com a exceção da correlação entre a escala rutura de cuidado e esperança (0,272, $p < 0,05$).

Análise multivariada: regressão logística dos óbitos ocorridos

A análise de regressão logística ajustada identificou dependências significativas entre a mortalidade no período entre a admissão e a alta hospitalar ($n=227$; número de óbitos=33) para os seguintes subgrupos de variáveis sociodemográficas (tabela 4.4): i) rendimentos suficientes (OR=0,42; IC_{95%} [0,18;0,98]); ii) sem apoio social (OR=0,308; IC_{95%} [0,10;0,93]; ou seja, ter rendimentos suficientes e não ter apoio social é um fator protetor para a não ocorrência de óbito. No período entre a alta e o *follow-up* ($n=160$; número de óbitos=31) foram identificadas as seguintes relações de dependência: idade (OR=1,09;

IC_{95%}[1,01;1,18]) e a pontuação de risco de queda (OR=1,56; IC_{95%}[1,04;2,35]); ou seja, ter mais idade e um risco de queda elevados são fatores de risco para a mortalidade neste período. Considerando o período entre a admissão e o *follow-up*, ou seja, a duração do estudo (n=193; número de óbitos=64), a única variável com impacto significativo são os antecedentes clínicos do foro circulatório (OR=0,367; IC_{95%}[0,10;0,97]), sendo considerado um fator protetor.

Tabela 4.4. Regressão logística: previsão de morte ajustada

	Alta [†] (n=227; n° de óbitos=33)			Follow-up ⁺⁺ (n=193; n° de óbitos=64)			Entre alta e follow-up ⁺⁺⁺ (n=160; n° de óbitos=31)		
		Ajustado			Ajustado			Ajustado	
	Coefficientes	OR	95% (OR)	Coefficientes	OR	95% (OR)	Coefficientes	OR	95% (OR)
Constante	2.35	-	-	-1.36	-	-	-7.91*	-	-
Sexo (feminino)	-0.13	0.88	[0.37;2.07]	-0.63**	0.53	[0.27;1.06]	-0.93**	0.40	[0.15;1.03]
Rendimento (suficiente)	-0.88*	0.42*	[0.18;0.98]	0.01	1.01	[0.47;2.14]	1.07**	2.92	[0.87;9.82]
Apoio Social (não)	-1.18*	0.31*	[0.10;0.93]	-0.78**	0.46	[0.18;1.15]	-0.259	0.77	[0.21;2.88]
Antecedentes Clínicos:									
Circulatório	-1.19**	0.30	[0.08;1.21]	-1.00*	0.36	[0.14;0.97]	-0.767	0.46	[0.13;1.69]
Respiratório	0.47	1.59	[0.33;7.77]	0.17	7*	[0.31;4.48]	-0.374	0.69	[0.10;4.82]
Neuro-hormonal	-1.83**	0.16	[0.02;1.39]	-1.05	-1.18	[0.10;1.21]	-0.365	0.69	[0.15;3.15]
Outros Sistemas	0.98**	2.67	[0.84;8.52]	0.81	0.35	[0.78;6.41]	0.657	1.93	[0.42;8.85]
Diagnósticos									
Clínicos/Motivo:	-0.12	0.89	[0.22;3.66]	0.743	2.10	[0.69;6.42]	1.37**	3.92	[0.88;17.5]
Circulatório	-1.13**	0.32	[0.10;1.01]	-0.64	0.53	[0.21;1.32]	0.02	1.02	[0.29;3.62]
Respiratório	-0.81	0.44	[0.09;2.12]	-0.42	0.66	[0.19;2.27]	0.14	1.15	[0.22;6.18]
Neuro-hormonal	-0.32	0.73	[0.22;2.37]	0.01	1.01	[0.36;2.80]	0.09	1.09	[0.26;4.62]
Outro									
Idade	-0.04	0.96	[0.90;1.02]	0.02	1.02	[0.97;1.08]	0.09*	1.09*	[1.01;1.18]
EASycare (Admissão)									
Independência	0.01	1.00	[0.99;1.03]	0.01	1.01	[0.77;1.13]	0.01	1.01	[0.98;1.02]
Falha de Cuidado	0.10	1.00	[0.87;1.38]	-0.07	0.94	[0.92;1.65]	-0.17	0.85	[0.65;1.10]
Risco de Queda	-0.09	0.91	[0.64;1.30]	0.21	1.23	[0.50;2.20]	0.44*	1.56*	[1.04;2.35]
Espiritualidade (Admissão)									
Dim 1	-0.01	0.99	[0.43;2.26]	0.05	1.05	[0.50;2.20]	-0.16	0.85	[0.29;2.49]
Dim 2	0.372	1.45	[0.61;3.46]	-0.11	0.90	[0.44;1.87]	-0.38	0.68	[0.25;1.83]

*p<0.05; **p<0.1

Variáveis “Com quem vive” e “Estado Civil” e “Antecedentes Clínicos (nenhum)” foram excluídos para análise (não são estatisticamente significativos).

+ Hosmer and Lemeshow: $\chi^2(8)=12.1$ (p=0.147); Cox and Snell R²=0.119; Nagelkerke R²= 0.212

++ Hosmer and Lemeshow: $\chi^2(8)=8.8$ (p=0.360); Cox and Snell R²=0.145; Nagelkerke R²=0.202

+++ Hosmer and Lemeshow: $\chi^2(8)=4.2$ (p=0.837); Cox and Snell R²=0.167; Nagelkerke R²=0.267

6. DISCUSSÃO

Neste estudo captou-se a percepção das pessoas idosas (em vez de obter a avaliação dos profissionais), pois a investigação tem vindo a reconhecer que os pacientes são os melhores juízes do impacto da doença e hospitalização nas suas vidas (Haywood, Garratt, Jordan, Dziedzic, & Dawes, 2004). Além disso, a percepção das pessoas idosas sobre a sua saúde e dependência apresenta maior poder preditivo em diversos acontecimentos (como hospitalização, mortalidade e declínio funcional), por comparação com a avaliação de informantes secundários (por exemplo, os profissionais) (Jardim, Barreto, & Giatti, 2010). Este estudo centra a hospitalização de pessoas idosas, um tema ainda pouco explorado, que constitui um evento marcante na vida das pessoas idosas, marcando o “estatuto de velho”, em que a alta é acompanhada com frequência por diminuição do estado de saúde (Schmitt, Sands, Weiss, Dowling, & Covinsky, 2010).

Começámos por caracterizar e comparar quatro variáveis (in/dependência funcional; risco de quebra de cuidados; risco de quedas; espiritualidade) em três momentos (admissão, alta e 6 a 12 meses depois) associados à hospitalização.

Os participantes são mais independentes na admissão e mais dependentes na alta e *follow-up*; apresentam menos risco de rutura de cuidados na admissão, e o valor mais elevado na alta (no *follow-up* o risco mantém-se mais elevado do que na admissão, e ligeiramente inferior à alta); têm maior risco de quedas na alta (similar à admissão) e menos risco no *follow-up*. Ou seja: a hospitalização parece marcar um momento de aumento da dependência que gradualmente se acentua até ao *follow-up*; o risco de rutura de cuidado e de quedas aumenta no momento da alta, mas diminui no *follow-up*; a espiritualidade mantém-se baixa, com valores sempre superiores nas crenças por comparação com a esperança. Assim o maior risco durante e após a hospitalização é a dependência que tem tendência para aumentar na alta e *follow-up*; ou seja, o declínio pode iniciar-se na admissão e prolongar-se (consistente com diversa literatura) (Hoogerderjn, 2011; Kamasaki, & Diogo, 2007; Cornette, Swine, Malhomme, Gillet, Meert, & D`Hoore, 2005; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004; Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000; Sager, Franke, Inouye, Lanfedeld, Morgan, & Rudberg, 1996). Os dados mostram que ter apoio social formal após a alta é superior nos mais dependentes.

O risco de rutura de cuidados tende a baixar no *follow-up*, indicando a necessidade de apoio aos cuidadores informais, principalmente após a alta para diminuir o risco de reinternamento e institucionalização. O aumento da dependência funcional aumenta o risco de institucionalização (Graf, 2006), pois nem sempre à disponibilidade e/ou capacidade para algum elemento da rede familiar ou informal assumir os cuidados.

O risco de quedas aumenta na admissão, mas pode diminuir no *follow-up*. A literatura indica que tende a aumentar durante o internamento, principalmente porque os doentes apresentam períodos de desorientação (muitas vezes associada ao corte com as suas rotinas e ambiente de vida) (Eliopoulos, 2005; Soares, 1999). Mas pode diminuir no *follow-up*, com o retorno à vida habitual. Assim, é relevante preparar a pessoa idosa e os seus cuidadores para este risco e para a prevenção de quedas no domicílio.

A espiritualidade apresenta sempre valores baixos e inferiores na esperança por comparação com a crença. A literatura sugere que a espiritualidade é uma adequada estratégia de *coping* perante a hospitalização (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010; 2007; Thoresen, 1999). Durante a hospitalização (admissão à alta) decorrem neste estudo em média 10 dias, o que pode ser limitado para a pessoa reajustar o sentido e significado da sua vida perante o evento. Contudo, a espiritualidade mantém-se baixa no *follow-up*, provavelmente porque não existe capacidade para manter esperança perante acontecimentos debilitantes e crónicos (a crença não é acompanhada por um nível de esperança similar). Durante e após a hospitalização, as pessoas idosas precisam de ajuda para readequar os seus objetivos e sentido para a vida, considerando a sua idade e condição clínica. Note-se que as crenças tendem a ser mais elevadas nas mulheres na admissão; e são superiores nos homens no *follow-up*. Este dado sugere que quem tem a crença pode perdê-la perante os desafios; enquanto quem tem menos crença poderá tentar recorrer a esse suporte.

Algumas variáveis sociodemográficas (rendimento, com quem vive, estado civil) e clínicas (diagnóstico/motivo de internamento e antecedentes clínicos) salientam-se como influenciando as quatro variáveis em estudo.

Os participantes que indicam ter rendimentos insuficientes, em todos os momentos do estudo, são mais dependentes, apresentam maior risco de queda e probabilidade de rutura

de cuidados. As pessoas com rendimentos insuficientes, em qualquer idade, são mais vulneráveis; por isso, quando são idosos acumulam risco que foram sendo adquiridos ao longo da vida com maior dificuldade em obter melhores cuidados adequados à sua idade e situação clínica (Sousa, Figueiredo, & Galante, 2003). Os baixos rendimentos acarretam estilos de vida menos saudáveis, por falta de dinheiro para os obter, mas também porque, por norma, estão associados a menor literacia o que impede as pessoas de se explicarem e saberem como interpretar a informação obtida. Assim, interagem fatores como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, cumprimento dos tratamentos e mesmo a possibilidade de cumprir algumas instruções (como adaptar aspetos ambientais em casa) (OMS, 2007). As pessoas com baixos rendimentos devem ter uma especial atenção dos profissionais no hospital, com reencaminhamentos para cuidados de saúde primários e para serviços sociais que possam acompanhar e ajudar.

Com quem vive é outra variável relevante. Quem vive sozinho, na admissão, é mais independente, mas apresenta maior risco de quedas e de rutura de cuidados; na alta quem vive sozinho mantém-se mais independente. Quem vive em família é mais dependente em todas as fases, e é quem apresenta maior risco de rutura de cuidados e quedas na alta e *follow-up*. Provavelmente, a opção por viver com a família é já um indicador de fragilidade da pessoa idosa, que tenderá a viver só ou em casal enquanto se mantiver independente e estável. Quando as pessoas idosas vivem com a família há que apoiar os cuidadores; nos casos em que o idoso ainda não vive com a família há que ajudar ambos (pessoa idosa e provável cuidador) a aceitar uma nova situação e saber geri-la. As famílias tendem a optar por cuidar dos seus familiares em casa em vez de institucionalizá-los, por razões económicas ou morais/afetivas. A família é um sistema que pode exercer uma função protetora, diminuindo a vulnerabilidade, diminuindo o risco hospitalização e institucionalização (Inouye, Barham, Pedrazzani, & Pavarini 2010; Teixeira, 2006).

No estado civil verifica-se que os viúvos são mais dependentes e com maior risco de quedas em todas as fases. A viuvez constitui um dos eventos que mais abalam as pessoas idosas, que podem tornar-se mais depressivas e dependentes. Além disso, num contexto de casal há interajuda e reciprocidade, ajudando a que as pessoas se sintam mais capazes. Os viúvos apoiados pela família, mais facilmente se sentem um *fardo* para os familiares,

acrescentando que a reciprocidade tende a diminuir (recebem mais do que dão) (Ramos, 2002).

Em relação ao diagnóstico/motivo internamento observa-se que os participantes com diagnóstico neuro-hormonal (inclui AVC) se apresentam mais independentes na alta e mais dependentes na alta e *follow-up*. Este resultado associa-se especialmente ao AVC, sendo que na admissão, os participantes ainda não têm noção das sequelas; é na alta e especialmente no *follow-up* que ganham uma percepção mais real de como afeta e limita as suas capacidades funcionais (Sá, 2009). Também esta situação deve começar a ter apoio durante o internamento para que a pessoa idosa e a sua família se adaptem e reajustem em termos de funções e tarefas familiares, mas também procedendo a alguns ajustamentos no seu domicílio.

Nos antecedentes clínicos observa-se que o risco de rutura de cuidados na admissão é mais elevado nos pacientes com antecedentes de doença neuro-hormonal; na alta o maior risco ocorre em antecedentes circulatórios e multipatologia. Nos pacientes com estes antecedentes clínicos há que ajudar a evitar reinternamentos, através de educação para a saúde; e, também, ponderar a possibilidade/capacidade da família cuidar em casa ou encontrar uma alternativa. Estas ações devem envolver a pessoa idosa e sua família, ponderando a sua situação clínica e emocional.

As correlações mostram a idade como variável índice, influenciando as outras variáveis (Franchi *et al.*, 2013; Campebell, Seymour, & Primrose, 2004; Kamasaki, & Diogo, 2007; OMS, 2007; Eliopoulos, 2005): dependência, risco de rutura de cuidados e risco de queda aumentam com a idade; na espiritualidade, a esperança diminui com a idade. Contudo, a espiritualidade não aumenta com a idade, a esperança diminui; provavelmente diminui a esperança associada a melhor saúde; fica por saber se mesmo assim à capacidade para procurar um renovado sentido para a vida (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010).

As correlações mostram que na admissão: i) o aumento do risco de queda ocorre com o aumento do risco de quebra de cuidados, sugerindo que a existência de quedas associadas ao medo de cair pode levar a internamentos hospitalares ou institucionalização; ii) o aumento da dependência diminui a esperança e as crenças, pois a saúde debilitada não

aumenta o *coping* espiritual, até porque a dependência pode limitar ou suprimir algumas atividades religiosas/espirituais e traduzir-se num futuro incerto e sem significado (Rodrigues, 2012; Fleck *et al.*, 2002); iii) o aumento da esperança ocorre com o aumento das crenças, isto é, se a relação com o transcendente aumenta, os pacientes conseguem dar sentido à sua vida e aceitando melhor o futuro (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010).

Na alta e *follow-up*, as correlações mostram: i) o aumento da dependência eleva o risco de quedas e de quebra de cuidados, pois a incapacidade funcional limita a mobilidade e aumenta as necessidades de cuidados; ii) o aumento da esperança aumenta o risco de rutura de cuidados, sugerindo que talvez a pessoa sinta esperança por vir a ter um apoio diferente do que tem tido na sua vida.

Procuramos contribuir para estabelecer um modelo de preditivo de mortalidade baseado nas variáveis em estudo. Com o envelhecimento da população, conseguir estabelecer os fatores de risco ou protetores para a ocorrência de óbitos, é importante para desenvolver medidas que ajudem a adiar ou a gerir esse evento da melhor forma. Os dados sugerem que entre a admissão e a alta hospitalar, o fator protetor de óbito é ter rendimentos suficientes (maior probabilidade de ter apoios adequados) e não ter apoio social (quem tem, por norma, apresenta algum nível de dependência). Assim, quem faleceu nesse período era mais dependente, apresentava menor risco de rutura de cuidados e maior risco de queda. Entre a alta e o *follow-up*, os fatores de risco são ter mais idade e risco de queda elevado. A idade é um fator determinante, sendo que as doenças crónicas associadas a risco de queda também são mais comuns (Rodrigues, 2012; Paula, Fonseca, Oliveira, & Rozenfeld, 2009; Ribeiro, Souza, Atie, Souza, & Schilithz, 2008; Ponzetto *et al.*, 2003; Spiers, Jagger, Clarke, & Arthur; 2003). Entre a admissão e o *follow-up* evidencia-se um fator protetor: antecedentes clínicos do foro circulatório (inclui: hipertensão arterial; insuficiência cardíaca congestiva; enfarte agudo do miocárdio). As doenças do foro circulatório estão entre as principais causas de morte em Portugal (Nicolau, Machado, Falcão, & Nunes 2008), contudo é um antecedente clínico que por norma tem vigilância clínica periódica, nas consultas do Centro de Saúde ou de especialidade.

7. RECOMENDAÇÕES

Algumas recomendações mais específicas já foram elaboradas ao longo desta discussão. Em termos mais genéricos, pensamos ser necessário desde a admissão até ao *follow-up*: i) desenvolver de políticas institucionais (com interligação aos cuidados de saúde primários) que favoreçam a independência das pessoas idosas durante o internamento; ii) planejar programas de intervenção nos fatores de risco relacionados com dependência, risco de queda e de falha de cuidado; iii) preparar a alta durante o internamento, alertando para alterações e riscos, e ajudando a gerir mudanças; iv) apoiar as pessoas idosas e seus familiares em termos clínicos, emocionais e espirituais; v) informar sobre possíveis alterações a fazer em casa para evitar as quedas; vi) planejar a alta envolvendo a pessoa idosa, o cuidador informal e os familiares mais envolvidos; vii) encaminhar ou informar sobre apoios sociais comunitários; viii) elaborar/encaminhar para programas de reabilitação para a pós-alta; ix) garantir o acompanhamento/vigilância na pós-alta.

8. LIMITES/PERSPETIVAS DE PESQUISA

A metodologia adotada é quantitativa e seria interessante complementar com técnicas qualitativas, que permitissem captar o significado e variação da percepção da qualidade de vida dos participantes na admissão, alta hospitalar e *follow-up*. Como perspectiva de pesquisa seria relevante recolher o ponto de vista dos profissionais (principalmente médicos e enfermeiros) e dos familiares/cuidadores informais.

9. CONCLUSÃO

Este estudo analisou a hospitalização de pessoas idosas (≥ 65 anos) considerando três momentos: admissão, alta e *follow-up* (após 6/12 meses). Os dados sugerem que a hospitalização se associa a: aumento da dependência funcional que tende a aumentar desde a admissão até ao *follow-up*; alterações no risco de rutura de cuidados e o risco de quedas que aumentam na alta, mas diminuem no *follow-up*; mudanças na espiritualidade, que no

follow-up apresenta os valores mais baixos. Algumas variáveis sociodemográficas (designadamente: baixos rendimentos, viver sozinho e/ou ser se viúvo), nas três fases estão associadas a maior dependência, maior risco de queda e de rutura de cuidados.

O modelo preditivo elaborado verificou que quem faleceu entre a admissão e a alta é mais dependente, apresenta maior risco de rutura de cuidados e risco de queda, apresentando como fator protetor: rendimentos suficientes e não ter apoio social. Entre a alta e o *follow-up* emergem alguns fatores de risco: mais idade e maior risco de queda. Entre a admissão e o *follow-up* o fator protetor é ter antecedentes clínicos do foro cardíaco, que pressupõe maior uma vigilância continuada.

Os dados permitem compreender melhor a situação das pessoas idosas quando chegam a um internamento hospitalar, permitindo delinear ações e estratégias que se podem repercutir na alta e posteriormente. O modelo preditivo de óbitos neste grupo etário, considerando a hospitalização é importante para definir estratégias principalmente durante e após o internamento.

10. BIBLIOGRAFIA

Anandarajah, G. & High, E. (2001). Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*. 63, 81-89.

Boltz, M. & Harrington, C. (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing*. 105(5), 101-02.

Boyd, C.M., Landefeld, C.S., Counsell, S.R., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H., Kresevic, D., Burant, C. & Covinsky, K.E. (2008). Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *Journal of the American Geriatrics Society*. 56, 2171-2179.

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.

Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures. Lusodidacta.

Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 19(3), 773-81.

Campbell, S.E., Seymour, D.G. & Primrose, W.R. (2004). A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age and Ageing*. 33(2), 110-115.

Campos, A.C. (2008). *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra. Almedina.

Carvalhais, 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.B., Meert, P. & D'Hoore, W. (2005). Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of predictive tool. *European Journal of Public Health*. 16(2), 203-208.

Crowther, M.R., Parker, M.W., Achenbaum, W.A., Larimore, W.L. & Koenig, H.G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*. 42(5), 613-620.

Cunha, F., Cintra, M., Cunha, L., Couto, E. & Giacomini, K. (2009). Fatores que predispõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*. 12(3), 475-487.

Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development with ageing? A critical review of research. *Aging & Mental Health*. 10(1), 4-12.

Direcção-Geral de Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosa*. Lisboa.

Dutra, M.M., Moriguchi, E.H., Lampert, M.A. & Poli-de-Figueiredo, C.E. (2011). Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. *Rev. Saúde Pública*. 45(1), 106-112.

Eliopoulos, J. (2005). *Gerontological Nursing*. Philadelphia. Lippincott Williams e Wilkins.

Fhon, J.R.S., Fabrício-Wehbe, S.C., Vendruscolo, T.R.P., Stackfleth, R. & Rodrigues, R.A.P. (2012). Quedas no idoso e a sua relação com a capacidade funcional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 20(5), 927-934.

Filho, A.I.L., Matos, D.L., Giatti, L., Afradique, M.E., Peixoto, S.L. & 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., 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.
- Franchi, C. Nobili, A., Mari, D., Tettamanti, M., Djade, C.D., Pasina, L., Salerno, F., Corrao, S., Marengoni, A., Iorio, A., Marcucci, M. & Mannucci, P.M. (2013). Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *Journal of Internal Medicine*. 24(1), 45-51.
- Giacomini, T. & Wanderley, K. (2010). Compreendendo o idoso e a sua vivência de internação hospitalar. *Revista Kairós Gerontologia*. 13(1), 221-30.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *The American Journal of Nursing*. 106(1), 58-67.
- Hayes, K. (2003). *Idosos*. In K. Oman et al. (Org.). Segredos em Enfermagem de Urgência. Lisboa. Artmed.
- Haywood, K.L., Garratt, A.M., Jordan, K., Dziedzic, K. & Dawes, P.T. (2004). Spinal mobility in ankylosing spondylitis: Reliability, validity and responsiveness. *Rheumatology*. 43(6), 750-757.
- Hoogerduijn, J.G. (2011). *Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline*. Tese de Doutorado. Utrecht University. Oisterwijk, Holanda.
- Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M.J., Duijnstee, M.S., de Rooij, S.E. & Grypdonck, M.F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 46-57.
- Inouye, K., Barham, E.J., Pedrazzani, E.S. & Pavarini, S.C.I. (2010). Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 23(3), 582-592.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Baker, D.I., Leo-Summers, L. & Cooney, L.M. (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in

older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*. 48(12), 1697-706.

Instituto Nacional de Estatística (2013). *Censos 2010: Resultados definitivos*. Lisboa.

Jardim, R., Barreto, S. & Giatti, L. (2010). Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. *Revista de Saúde Pública*. 44 (6), 1120-1129.

Jobim, E.F.C., Souza, V.O. & Cabrera, M.A.S. (2010). Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais geridas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Acta Scientiarum Health Science*. 32(1), 79-83.

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.

Mathias, T.A.F. & Jorge, M.H.P.M. (2005). Hospitalização e Mortalidade em Idosos: Um exercício de análise Comparativa. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 4(1), 25-36.

National Cancer Institute. *Spirituality*. (2006). Consultado em 10 de Novembro 2010. Disponível: http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha?CrID=441265

Nicolau, R., Machado, A., Falcão, J. & Nunes, B.. (2008). *Análise da mortalidade e dos Internamentos hospitalares por concelhos de Portugal Continental (2000-2004)*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa. Fundação Merck Sharp & Dohme.

Nogueira, A., Alberto, M., Cardoso, G. & Barreto, M.A. (2012). Risco de quedas no idoso: educação em saúde para melhoria da Qualidade de Vida. *Revista Práxis*. 8, 77-82.

Panzini, R.G., Rocha, N.S., Bandeira, D.R. & Fleck, M.A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de psiquiatria Clínica*. 34, 105-115.

Paschoal, S.M.P. (2004). *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Brasil.

Paula, F.L., Fonseca, M.J.M., Oliveira, R.V.C. & Rozenfeld, S. (2010). Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 13(4), 587-595.

Pereira, K.C.R., Alvarez, A.M. & Traebert, J.L. (2011). Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 14(1), 85-95.

Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de avaliação em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*. 21(3), 47-53.

Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro. Implicações a qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 28(1), 49-56.

Ponzetto, M., Zanocchi, M., Maero, B., Giona, E., Franciseti, F., Nicola, E. & Fabri, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 36, 83-91.

Ramos, L. (2002) *Epidemiologia do envelhecimento*. In: Freitas, E., Py, L., Neri, A., Cançado, F., Gorzoni, M. & Rocha, S. (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Ribeiro, A.P., Souza, E.R., Atie, S., Souza, A.C. & Schilithz, A.O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciências e Saúde Coletiva*. 13(4), 1265-1273.

Rodrigues, J.P.S. (2012). *Declínio Funcional Cognitivo e Risco de quedas em idosos internados*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Bragança. Portugal.

Sá, M.J. (2009). AVC-Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciência da Saúde*. 6, 12-19.

- Sager, M.A., Franke, T., Inouye, S.K., Landefeld, C.S., Morgan, T.M. & Rudberg, M.A. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Archives of Internal Medicine*. 156(6), 645-652.
- Santos, G. & Sousa, L. (2013). A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*. 15(4), 755-765.
- Schmitt, E.M., Sands, L.P., Weiss, S., Dowling, G. & Covinsky, K. (2010). Adult day health center participation and health-related quality of life. *Gerontologist*. 50(4), 531-540.
- 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, S., Moraes, M., Beato, V., Corredoura, A., Rodrigues, G., Soares, M., Lourenço, T., Gomes, C., Godinho, F., Oliveira, L., Santos, A., Soares, C., Ribeiro, T., Jordão, L., Menitra, G., Aguiar, P., Graça, J. & Abecasis, P. (2002). Factores preditivos de morbidade e mortalidade hospitalar e aos seis meses em doentes idosos hospitalizados. *Acta Médica Portuguesa*. 15(3), 177-184.
- 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. Universidade de Aveiro. Portugal.
- 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.
- Spiers, N., Jagger, C., Clarke, M. & Arthur, A. (2003). Are Gender Differences in the Relationship Between Self-Rated Health and Mortality Enduring? Results From Three Birth Cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. *The Gerontologist*. 43, 406-411.

Teixeira I.N.O. (2006). *Definições de fragilidade em idosos: Uma abordagem multiprofissional*. Tese de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Brasil.

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

Thoresen, C.E. (1999). Spirituality and health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*. 4(3), 291-300.

Trentini, C.M. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos: a construção de uma escala de qualidade de vida para idosos*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.

Walter, L.C., Brand, R.J., Counsell, S.R., Palmer, R.M., Landefeld, C.S., Fortinsky, R.H. & Covinsky, K.E. (2001). Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. *JAMA*. 285(23), 2987–2994.

World Health Organization. (2007). *Global Report on Fall Prevention in Older Age*. França. WHO Library.

CONCLUSÕES GERAIS

CONCLUSÕES GERAIS

Esta investigação procurou, globalmente, compreender a influência da hospitalização na qualidade de vida de pessoas idosas, pois trata-se de um acontecimento de vida vivenciado principalmente pelos mais velhos com muita ansiedade e medo. Os estudos nesta tese consideram três momentos associados ao internamento hospitalar: admissão, alta e *follow-up*. Os dados globais indicam que o internamento hospitalar tem impacto significativo nas pessoas idosas, sugerindo que mesmo períodos curtos (cerca de 10 dias) de hospitalização podem interferir na perceção da qualidade de vida (durante a hospitalização e no *follow-up*).

A interação entre fatores relacionados com o envelhecimento, patologia e especificidade e complexidade dos cuidados durante o internamento tem reflexos na perceção da qualidade de vida pela pessoa idosa. Os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na auto-perceção da pessoa idosa em relação ao seu estado de saúde (considerando os ganhos em saúde e a experiência de hospitalização), através do desenvolvimento e coordenação de atividades que procurem promover a independência, autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas internadas.

A configuração da tese engloba capítulos compostos por artigos que apresentam conclusões específicas relativamente aos resultados e à sua discussão, bem como reflexões sobre as limitações decorrentes da metodologia. As conclusões gerais, que a seguir se apresentam, procuram conjugar os principais resultados desses estudos e facultar uma perspetiva reenquadradora dos resultados, conclusões e contributos para a investigação e prática. Neste capítulo providencia-se também as limitações e perspetivas de pesquisa futura, bem como uma reflexão crítica do desenho metodológico adotado.

1. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Os principais resultados contribuem para o objetivo geral desta investigação: analisar a influência da hospitalização na QV das pessoas idosas. A qualidade de vida é um conceito multidimensional, que pode ser influenciada por múltiplos fatores, nomeadamente por

variáveis sociodemográficas, estado de saúde, rede familiar e social, situação económica e atividades de lazer (Fernandez-Mayoralas *et al.*, 2007). Nesta investigação as variáveis em estudo são: sociodemográficas; diagnóstico clínico e antecedentes clínicos; espiritualidade; e dimensões avaliadas pelo *EASYcare* (com destaque para três pontuações: independência funcional, risco de rutura de cuidados e risco de queda). Outra variável em estudo é a mortalidade, pois através do estudo da ocorrência de óbitos é possível estabelecer um modelo preditivo de mortalidade, que nesta faixa etária é importante para identificar fatores de risco e proteção e delinear estratégias de promoção de saúde.

O desenvolvimento desta investigação, ao longo dos quatro anos, permitiu aprofundar o conhecimento sobre o impacto da hospitalização na qualidade de vida das pessoas idosas. O capítulo 1 e 2 contribuem para melhor compreender a perceção qualidade de vida das pessoas idosas, considerando a influência da hospitalização, através da comparação entre a admissão e a alta hospitalar. O capítulo 3 contribui para uma melhor compreensão da espiritualidade na pessoa idosa no momento de admissão e alta hospitalar. O capítulo 4 permite analisar a evolução ao longo das 3 fases associadas ao internamento hospitalar (admissão, alta e *follow-up*) e estabelecer um modelo preditivo de óbitos. Ou seja, esta investigação contribui para a compreensão do processo de envelhecimento na vertente geriátrica, através do estudo repercussão da hospitalização até 6 meses/1 ano na vida das pessoas idosas. Os dados também providenciam informações específicas da população portuguesa, o que é relevante pois não foram encontrados estudos nesta temática a nível nacional. Sendo Portugal o oitavo país mais envelhecido do mundo (ONU, 2009) é importante conhecer as especificidades da sua população para delinear ações e estratégias que minimizem o impacto da hospitalização e favoreçam a Qualidade de Vida da pessoa idosa.

Na admissão, os participantes tem uma boa perceção da sua qualidade de vida. Ou seja, apresentam baixas pontuações nas dimensões do *EASYcare* (pontuações elevadas significam mais problemas/necessidades nas dimensões), sendo as menos problemáticas: visão, audição e comunicação; cuidar de si e segurança. Estes resultados permitem clarificar e desmistificar o estereótipo que associa velhice a menor perceção da qualidade de vida. A qualidade de vida na velhice depende de vários aspetos que interagem, não

sendo apenas um atributo pessoal, mas o resultado de vivências do indivíduo, da sua história pessoal e do seu contexto sociocultural.

Neste estudo, na admissão os doentes são significativamente mais independentes do que nas outras fases, o que se espelha em diversas atividades e na satisfação com alguns aspetos da sua vida, por exemplo: tendem a estar mais satisfeitos com a habitação e/ou gerir de forma autónoma as suas finanças. Verifica-se que algumas características sociodemográficas influenciam a perceção da qualidade de vida das pessoas idosas, principalmente: estado civil, com quem vive escolaridade e rendimento. Ou seja, pessoas com mais rendimentos, mais novas, com maior escolaridade e que vivem em casal são mais independentes e percecionam melhor a qualidade de vida. As características sociodemográficas influenciam a qualidade de vida (Ferandez-Mayoralas *et al.*, 2007; Fonseca, 2005), sendo que os profissionais de saúde da rede primária têm um papel essencial na promoção da saúde e adoção de estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo vital através de: educação para a saúde; campanhas de sensibilização; sinalização e referenciação de utentes; interligação com hospitais.

A comparação dos momentos do estudo, que correspondem a três fases relevantes da vivência de um internamento hospitalar (admissão, alta e *follow-up*), dá indicações relevantes. Na admissão as pessoas idosas apresentam-se menos dependentes e com melhor perceção da sua qualidade de vida. Muito provavelmente, os participantes respondem ao questionário considerando a sua vida antes da admissão, ou seja, ainda pouco “conscientes” dos possíveis impactos do motivo do internamento e do próprio internamento. Estes resultados permitem que os profissionais de saúde elaborem estratégias à entrada do doente no serviço hospitalar que antecipem possíveis limitações ou diminuição da capacidade funcional na alta e/ou *follow-up*, através de programas de reabilitação direcionados para a patologia ou limitações pré-existentes, tais como: estimulação motora e cognitiva durante o internamento, planeamento antecipado da alta e intervir caso existam fatores modificáveis, procurando otimizar as capacidades de cada pessoa idosa, mantendo ou, se possível, melhorando o seu desempenho.

Após um período de internamento, ocorre a alta hospitalar (mínimo de 3 dias e máximo de 25 dias neste estudo) que emerge associado a diminuição da perceção da qualidade de vida,

principalmente devido ao aumento da dependência funcional e diminuição da percepção do bem-estar. Ou seja, aumentam os participantes que precisam de ajuda ou são incapazes de realizar as atividades relacionadas com cuidar de si, mobilidade, saúde e bem-estar. A hospitalização tem repercussões negativas na pessoa idosa; é complexa porque está associada a dependência funcional, co-morbilidades e mortalidade (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009; Hoogerderjn, Schuurmans, Duijnste, de Roji, & Grypdonck, 2007; Kamasaki, & Diogo, 2005; Ponzetto *et al.*, 2003; Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000). Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial para atenuar o impacto da hospitalização, minimizando os seus efeitos. É importante uma abordagem multifacetada e tão precoce quanto possível: identificação da pessoa idosa em risco (através de instrumentos de avaliação multidimensional, como o *EASYcare*); avaliação dos fatores de risco de declínio funcional; implementação de programas individualizados (fisioterapia ou reabilitação funcional); manutenção do estímulo cognitivo; e envolver a pessoa idosa e sua família no programa de reabilitação.

O aumento da dependência funcional pode levar à rutura de cuidados (Caldas, 2003), pois no momento da alta, os participantes apresentam maior risco de rutura de cuidados (ou seja, maior probabilidade de reinternamento e institucionalização). O aumento da dependência funcional pode aumentar a sobrecarga do cuidador e, conseqüentemente acarretar rutura de cuidados (Franchi *et al.*, 2013; Campebell, Symour, & Primrose, 2004; Caldas, 2003). A hospitalização é uma situação vivida com grande ansiedade pela pessoa idosa, por norma igualmente angustiante e *stressante* para a família. Quando a pessoa idosa vai para casa (alta), muitos cuidadores informais/familiares ainda não tiveram tempo de se adaptar à nova realidade e/ou perceber as limitações do seu familiar. O enfoque dos profissionais de saúde deverá ser na promoção do bem-estar e prevenção de crises por parte dos cuidadores informais, através de: diagnóstico real das capacidades e necessidades dos cuidadores (incluindo material de apoio no domicílio, encaminhamento para os serviços sociais, necessidades de ensinamentos); planeamento de intervenções o mais precoce possível (agendar ensinamentos conforme as disponibilidades dos cuidadores); e promover a escuta ativa (ouvir e confortar o cuidador).

Na alta, o risco de quedas é superior comparativamente com os outros dois momentos (admissão e *follow-up*). As quedas têm um impacto negativo nas pessoas idosas e

consequentemente na sua qualidade de vida (Rodrigues, 2012; Ribeiro, Souza, Atie, Souza, & Schilithz, 2008). As quedas são eventos adversos, com efeitos a nível físico, psicológico e social. São a consequência da interação de fatores ambientais e intrínsecos, fragilidade física, polimedicação e alterações cognitivas (Paula, Fonseca, Oliveira, & Rozenfeld, 2009; OMS, 2007). A hospitalização está associada a diversos eventos, como o *delirium*, que em conjunto com os outros fatores aumentam o risco de queda durante o internamento hospitalar. A principal medida que os profissionais podem implementar centra-se na prevenção das quedas, através da implementação de protocolos. Ou seja, o risco deve ser avaliado (por exemplo, através de escalas) e desenhadas e implementadas intervenções (formação dos profissionais, protocolos de atuação, medidas de contenção física ou química) e, principalmente, monitorização contínua do risco.

A alta emerge como a fase mais crítica, comparativamente com as outras 2 fases do estudo (admissão e *follow-up*); ou seja, as pessoas idosas são mais dependentes, têm maior risco de queda e maior risco de rutura de cuidados. A alta e sua preparação constitui o momento de maior relevo para implementar medidas de atenuação dos impactos da hospitalização.

No *follow-up* os participantes são mais dependentes comparativamente com a admissão, mas apresentam alguma recuperação comparativamente com o momento da alta. Estes dados são consistentes com a literatura (Hoogerderjn, 2011; Kamasaki, & Diogo, 2005; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004; Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000). A diminuição da capacidade funcional pode ocorrer desde o segundo dia de internamento, e períodos de imobilização, conjugados com alterações provenientes da patologia podem ter repercussões a longo prazo. Os profissionais de saúde têm um papel importante para minimizar os efeitos da hospitalização, através de programas de reabilitação funcional que promovam a independência e autonomia das pessoas idosas. Estes dados sugerem uma recuperação das capacidades funcionais, diminuição do risco de queda e de rutura de cuidados e, consequentemente, aumento da perceção da qualidade de vida. Nesta fase deve apostar-se em programas de reabilitação funcional que procurem melhorar ou manter as capacidades das pessoas idosas, bem como envolver a família/cuidador informal.

A espiritualidade é uma dimensão da qualidade de vida, e pode ser um mecanismo de *coping* para enfrentar a doença (Pinto, & Pais-Ribeiro, 2010; 2007; Thoresen, 1999;). A hospitalização mesmo com duração reduzida (cerca de 10 dias) influencia as vivências espirituais do idoso internado de diferentes formas, sendo que a existência de uma relação conjugal tende a influenciar a manutenção ou aumento da espiritualidade. É importante referir que neste estudo apenas 10 idosos são solteiros, seria interessante num estudo futuro analisar a influência da hospitalização neste grupo e comparar com os casados. O fato de se viver em casal, parece influenciar de forma positiva a espiritualidade (manutenção ou aumento) ao longo do internamento hospitalar. Nesta última fase do ciclo vital, o apoio familiar é essencial para a adaptação ao processo de envelhecimento (Marques, & Sousa, 2012); e as pessoas idosas que vivem em casal tendem a apresentar menos incidência depressão, a serem mais felizes, mais próximos afetivamente e emocionalmente (Marques, & Sousa, 2012; Ramos, 2002). Provavelmente nestas circunstâncias, as pessoas idosas sentem-se mais à vontade para expressar medos, angústias e ansiedades, permitindo o apoio necessário durante o processo de doença. Talvez nessa sequência seja mais fácil à pessoa idosa durante o internamento manter ou aumentar a sua fé e esperança. Os dados da literatura sugerem que Portugal caminha no sentido de a religião ocupar um lugar menos relevante na vida das pessoas (Menéndez, 2007); contudo estes participantes fazem parte de uma geração em que a religião assumia um papel muito importante. Por isso os profissionais de saúde devem promover ações e estratégias que valorizem a vertente religiosa e espiritual das pessoas idosas, por exemplo: identificando as suas necessidades espirituais e da família; facilitar o suporte religioso/espiritual; promover a escuta ativa; criar um ambiente empático e de confiança; encorajando o doente.

Na velhice a hospitalização é vivenciada de forma mais complexa do que em qualquer outra faixa etária, pois está mais associada à morte e aumento da dependência funcional (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009; Kamasaki, & Diogo, 2007; Hoogerderjn, Schuurmans, Duijnste, de Roji, & Grypdonck, 2007; Cornette, Swine, Malhomme, Gillet, Meert, & D'Hoore, 2005; Sager, Franke, Inouye, Landefeld, Morgan, & Rudberg, 1996). Os principais resultados do modelo preditivo de óbitos demonstram que quem faleceu entre a admissão e a alta é mais dependente, apresenta maior risco de rutura de cuidados e risco de queda, apresentando como fator protetor: rendimentos suficientes

(maior probabilidade de ter apoios adequados, ter acesso a melhores cuidados de saúde ao longo da vida; e provavelmente maior escolaridade e literacia em saúde) e não ter apoio social (quem tem, por norma, apresenta algum grau de dependência). Os doentes dependentes estão sujeitos a mais co-morbilidades, polimedicação e outros fatores de risco (queda e rutura de cuidados) e como consequência ao aumento da mortalidade. Entre a alta e o *follow-up* emergem alguns fatores de risco: mais idade e maior risco de queda. A idade na literatura é um fator determinante, bem como o risco de queda (Rodrigues, 2012; Paula, Fonseca, Oliveira, & Rozenfeld, 2009; Ponzetto *et al.*, 2003; Spiers, Jagger, Clarke, & Arthur, 2003). A idade é um fator de risco imutável, contudo o risco de queda é mutável. É neste fator que os profissionais de saúde podem incidir na sua atuação, através de ações que previnam quedas no domicílio: ensinamentos sobre prevenção de quedas à pessoa idosa e sua família (tais como: usar sapatos em vez de chinelos, iluminação, não usar calças muito compridas); ensinamentos sobre imobilizações em cadeiras de rodas; diagnóstico das condições habitacionais; encaminhamento para o serviço social se houver necessidade e incentivar a atividade física.

Entre a admissão e o *follow-up* o fator protetor é ter antecedentes clínicos do foro cardíaco. Em Portugal uma das principais causas de morte é do foro cardíaco, o que pressupõe uma vigilância continuada e demonstra a importância dos cuidados primários. É essencial os doentes serem acompanhados no Centro de Saúde e existir uma interligação com o hospital. Os dados permitem estabelecer um modelo preditivo de óbitos, que neste grupo etário, considerando a hospitalização é importante para definir estratégias desde a admissão hospitalar até ao *follow-up*. O fator biológico (idade) é inalterável, mas os outros fatores são mutáveis. As estratégias deverão centrar-se em: prevenção e adoção de estilos saudáveis ao longo da vida; reabilitação funcional que promova a diminuição ou manutenção da dependência funcional; diminuição dos riscos de reinternamentos; medidas de redução do risco de queda.

Estes resultados contribuem para a compreensão da influência da hospitalização nas dimensões da Qualidade de Vida. Os dados permitem compreender melhor a situação das pessoas idosas quando chegam a um internamento hospitalar, permitindo delinear ações e estratégias que vão desde antes da admissão até após a alta. O conhecimento sobre dependência funcional, risco de queda e risco de rutura de cuidados permite conhecer as

necessidades das pessoas idosas, bem como dos seus familiares/cuidadores informais e delinear estratégias que ajudem a minimizar o risco e a dependência. A compreensão da espiritualidade durante a hospitalização permite conhecer as necessidades da pessoa idosa e é revelante que os profissionais de saúde valorizem esta dimensão, e promovam o bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas.

2. RECOMENDAÇÕES GERAIS

Algumas recomendações podem ser desenhadas a partir dos resultados dos quatro estudos, em termos de políticas institucionais e da prática. A nível institucional seria importante existirem políticas, com interligação aos cuidados de saúde primários, que favoreçam a independência das pessoas idosas. Os cuidados de saúde primários são essenciais para um envelhecimento ativo através da promoção da saúde e prevenção de doenças. É essencial existirem políticas e atividades conjuntas entre o hospital e os cuidados de saúde primários (como a referenciação de doentes, informação única disponível para o centro de saúde e hospital), para facilitar a consulta do processo clínico, evitando até duplicação de medicação. É importante a existência de uma equipe formada por profissionais do centro de saúde e do hospital de interligação da informação, aumentando a proximidade com as pessoas idosas e permitindo delinear estratégias integradas de promoção do melhor envelhecimento possível.

Durante o internamento é relevante promover, dentro do possível, a autonomia e independência da pessoa idosa (mantendo níveis de estimulação física e mental), através de um plano de atividades a ser realizado com a pessoa idosa; incluindo: reabilitação funcional e negociação de “rotinas”. Os serviços tendem a considerar apenas a organização e dinâmica em detrimento dos hábitos da pessoa idosa que enfrentam e sofrem alterações profundas das suas rotinas diárias, como por exemplo a hora dos cuidados de higiene, das refeições e dos hábitos de sono/repouso. Os profissionais de saúde deverão estar atentos e incluir a pessoa idosa na tomada de decisão relativamente às “rotinas” do serviço. No internamento hospitalar, a pessoa idosa vivencia várias transformações, como o aumento da dependência funcional e/ou da fragilidade física e emocional; por isso, é relevante que

os profissionais centrem a patologia/motivo de internamento, mas também outras esferas de vida, como a familiar e social. Os profissionais de saúde deverão planejar programas de intervenção nos fatores de risco relacionados com dependência, risco de queda e de falha de cuidado, através de: educação para a saúde e esclarecimentos; apoiar as pessoas idosas e seus familiares em termos clínicos, emocionais e espirituais, dando informação e promovendo escuta ativa.

Os profissionais de saúde deverão fornecer informações sobre apoios sociais e comunitários. Durante o internamento as pessoas idosas podem ficar mais dependentes ou com alguma limitação, e é necessário que conheçam as respostas sociais. Os profissionais de saúde deverão informar sobre possíveis alterações a fazer em casa para evitar as quedas e/ou poder melhor gerir a dependência funcional; muitas casas não estão adaptadas, é necessário os profissionais de saúde estarem atentos e esclarecerem.

A alta deverá ser planeada envolvendo a pessoa idosa, o cuidador informal e os familiares mais envolvidos. O planeamento da alta deve ser iniciado no momento de admissão para o cuidador informal/familiar poder atempadamente tratar do que for necessário; é importante realizar ensinios, sem esquecer que o cuidador informal/familiar conhece melhor a pessoa idosa do que o profissional de saúde. Os profissionais de saúde deverão elaborar/encaminhar para programas de reabilitação, sublinhando que a alta é o momento mais crítico, pois exige maiores adaptações.

3. LIMITES E PERSPETIVAS DE PESQUISA

As limitações desta tese centram-se no desenho metodológico e em algumas características do *EASYcare*. Nesta tese adotou-se uma metodologia quantitativa; estes métodos permitem medir opiniões, reações, hábitos e atitudes e apresentam maior precisão e poder estatístico de medição (Terence, & Filho, 2006; Matveev, 2002). Contudo esta metodologia apenas quantitativa revela-se insuficiente em algumas questões; por exemplo na questão “com quem vive”, a opção de resposta “viver em família” pode ter diversos significados (como: viver com o cônjuge ou com mais familiares, viver com os filhos, viver com outros familiares), limitando a interpretação de alguns resultados. Outra questão que surgiu foi

relativa à categorização do diagnóstico/motivo de internamento e antecedentes clínicos. Inicialmente foram categorizados através da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), contudo existiam muitas categorias o que impossibilitava análise estatística mais fina; assim optou-se por categorizar através dos sistemas do corpo humano. Esta categorização acabou por se mostrar limitativa ao longo do estudo, pois no mesmo sistema existem patologias distintas.

O *EASYcare* (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003) apresenta uma limitação relevante, pois não pode ser aplicado a pessoas que não possam exprimir-se (afasia, alterações da linguagem ou alterações significativas), o que retira da amostra diversos potenciais participantes, que também constituem um grupo de pessoas idosas a vivenciar o internamento hospitalar.

No entanto, este estudo abre diversas possibilidades de investigação, devido à escassez de estudos. Como perspetivas de investigação será conveniente recolher outros pontos de vista, designadamente dos profissionais (principalmente médicos e enfermeiros), familiares e cuidadores informais/familiares. Este estudo centrou apenas a perspetiva da pessoa idosa, por isso seria pertinente compará-la com as perspetivas de outros intervenientes. Além disso seria interessante complementar com técnicas qualitativas de modo a captar o significado e variação da perceção da qualidade de vida dos participantes na admissão, alta hospitalar e *follow-up*. Outra perspetiva de investigação será perceber melhor a qualidade e influência da relação conjugal e da relação familiar ao longo da vida, para aprofundar a sua influência na espiritualidade e na vivência de um internamento hospitalar.

4. BIBLIOGRAFIA

Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 19(3), 773-81.

Campbell, S.E., Seymour, D.G. & Primrose, W.R. (2004). A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age and Ageing*. 33(2), 110-115.

Cornette, P., Swine, C., Malhomme, B., Gillet, J.B., Meert, P., D'Hoore, W. (2005). Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of predictive tool. *European Journal of Public Health*. 16(2), 203-8.

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.

Fernandez-Mayoralas, G.R., Pérez, F.R., Flóres, M.E.P., Salas, B.L., Martín, P.M., Forgas, J., Payo, B.F. & Izaguirre, C.G. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*. 74, 1-67.

Fonseca, A. (2005). *O envelhecimento bem-sucedido*. In Paúl, C., Fonseca, A. (Coord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi Editores.

Franchi, C., Nobili, A., Mari, D., Tettamanti, M., Djade, C.D., Pasina, L., Salerno, F., Corrao, S., Marengoni, A., Iorio, A., Marcucci, M. & Mannucci, P.M. (2013). Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *Journal of Internal Medicine*. 24(1), 45-51.

Hoogerduijn, J.G. (2011). *Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline*. Tese de doutoramento. Utrecht University. Oisterwijk, Holanda.

Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M.J., Duijnste, M.S., de Rooij, S.E. & Grypdonck, M.F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 46-57.

Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Baker, D.I., Leo-Summers, L. & Cooney, L.M. (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*. 48(12), 1697-1706.

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.

Marques, F. & Sousa, L. (2012). Agregado familiar de casais idosos: estrutura, dinâmica e valores. *Revista Kairós*. 15(1), 177-198.

Matveev, A.V. (2002). The advantages of employing quantitative and qualitative methods in intercultural research: practical implications from the study of the perceptions of intercultural communication by American and Russian managers. In I.N. Rozina (Ed.). *Theory of communication and applied communication*. Rostov-on-Don: Institute of Management, Business and Law Publishing.

Menéndez, M.A. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social*. Vol. XLII (184), 757-787.

ONU (2009). World Population Ageing 2009. *Department of Economic and Social Affairs*. New York.

Paula, F.L., Fonseca, M.J.M., Oliveira, R.V.C. & Rozenfeld, S. (2010). Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 13(4), 587-595.

Pinto, C.A. & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de avaliação em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*. 21(3), 47-53.

Pinto, C.A. & Pais-Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro. Implicações a qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010; 28 (1), 49-56.

Ponzetto, M., Zancocci, M., Maero, B., Giona, E., Fransciseti, F., Nicola, E. & Fabri, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 36, 83-91.

Ramos, L. (2002) *Epidemiologia do envelhecimento*. In: Freitas E, Py L, Neri A, Cançado F, Gorzoni M, Rocha S (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Ribeiro, A.P., Souza, E.R., Atie, S., Souza, A.C. & Schilithz, A.O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciências e Saúde Coletiva*. 13(4), 1265-1273.

Rodrigues, J.P.S. (2012). *Declínio Funcional Cognitivo e Risco de quedas em idosos internados*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Bragança. Portugal.

Sager, M.A., Franke, T., Inouye, S.K., Landefeld, C.S., Morgan, T.M. & Rudberg, M.A. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Archives of Internal Medicine*. 156(6), 645-652.

Siqueira, A.B., Cordeiro, R.C., Perracini, M.R. & Ramos, L.R. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*. 38(5), 687-694.

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.

Spiers, N., Jagger, C., Clarke, M. & Arthur, A. (2003). Are Gender Differences in the Relationship Between Self-Rated Health and Mortality Enduring? Results From Three Birth Cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. *The Gerontologist*. 43, 406-411.

Terence, A.C.F. & Filho. E. (2006). Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: *Encontro nacional de engenharia de produção*. Fortaleza. Brasil.

Thoresen, C.E. (1999). Spirituality and health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*. 4(3), 291-300.

World Health Organization. (2007). *Global Report on Fall Prevention in Older Age*. França. WHO Library.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimento livre e informado



universidade de aveiro

Consentimento Livre e Informado

Investigador: _____ **Contacto telefónico:** _____

Responsável pelo projeto: Liliana Sousa (Universidade de Aveiro, 234 372440)

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, com este estudo procuramos identificar as principais necessidades de pessoas com mais de 74 anos, considerando diversos tipos: sociais, de saúde, económicas, segurança e habitacionais. Neste sentido, precisamos que responda a um questionário (*EASYcare*, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas), que demora cerca de 20 minutos a ser preenchido.

Nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário, qualquer eventual referência será substituída por códigos. Responder a este questionário não é prejudicial para a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes.

Os seus registos médicos não serão afetados por este estudo. A confidencialidade dos seus dados será mantida.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética (a indicar).

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou à coordenadora do projeto (ver os contactos no início da folha).

Declaro que:

Não aceito participar

Aceito participar

Assinatura do participante _____

Assinatura de testemunha _____

Assinatura do investigador _____

Consentimento verbal

Anexo 2. Questionário

Data Admissão: _____

Data Alta: _____

Data 6 meses/1 ano: _____

Preencher na admissão hospitalar

Diagnóstico clínico: _____

Antecedentes Clínicos (doenças crônicas):

Preencher na alta hospitalar

Dias de internamento: _____

Teve visitas durante o internamento: Sim ___ Não ___

Se sim: 1 X dia _____

2 ou mais X semana: _____

1 X semana: _____

1 X durante o internamento: _____

Apoio Social: Sim ___ Não ___

Se sim, qual? Assinale com uma cruz o tipo de apoio que tem.

Respostas Sociais

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO	
CENTRO DE CONVÍVIO	
CENTRO DE DIA/ LAR DE IDOSOS	
CENTRO DE NOITE	
ACOLHIMENTO FAMILIAR PARA PESSOAS IDOSAS	
RESIDÊNCIA	
CENTRO DE FÉRIAS E LAZER	
APOIO DO CENTRO DE SAÚDE	

Apoio Financeiro

Pensão por velhice	
Pensão Social por Velhice	
Complemento por Dependência	
Complemento Solidário para Idosos	

Preencher após 6 meses / 1 ano da alta hospitalar

Data: _____

Internamentos nos últimos 6 meses: _____

Apoio Social após a alta no Serviço: Sim ____ Não ____

Se sim, qual? Assinale com uma cruz o tipo de apoio que tem.

Respostas Sociais

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO	
CENTRO DE CONVÍVIO	
CENTRO DE DIA/ LAR DE IDOSOS	
CENTRO DE NOITE	
ACOLHIMENTO FAMILIAR PARA PESSOAS IDOSAS	
RESIDÊNCIA	
CENTRO DE FÉRIAS E LAZER	
APOIO DO CENTRO DE SAÚDE	

Escala da Espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 4 e marque um X (cruz) no quadrado que melhor indica a sua resposta

	Não concordo [1]	Concordo um pouco [2]	Concordo bastante [3]	Concordo plenamente [4]
1. As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vejo o futuro com esperança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



universidade de aveiro

EASY-Care Standard

Esta avaliação visa a análise das suas principais necessidades e prioridades relativamente à sua saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação pode ser feito por si ou com a ajuda de um profissional de saúde ou de ação social. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de um cuidador no preenchimento da sua avaliação.

No início pode registar os dados sobre si próprio(a) e sobre o motivo pelo qual está a ser avaliado.

Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

Visão, audição e comunicação

Cuidar de si (autocuidado)

Mobilidade

Segurança

Local de residência e finanças

Manter-se saudável

Saúde mental e bem-estar

Outras informações que considere importantes.

Código de identificação: _____

Data de recolha de dados: _____

Dados sociodemográficos

1. **Sexo:** Feminino (f) Masculino (m)

2. **Idade:** _____

3. **Zona de residência:** Rural (r) Urbana (u)

4. **Estado civil:**

Solteiro (s)

Casado(a)/união de facto (c)

Divorciado(a)/Separado(a) (d)

Viúvo(a) (v)

5. **Anos de educação formal:** _____

6. **Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?**

Não chegam para as necessidades (3)

Suficientes (2)

Sobra algum dinheiro (1)

7. **Com quem vive?**

Sozinho (s)

Em casal (c)

Com família alargada (f)

Em instituição (i)

Outra situação (o) Qual?

8. **Situação profissional**

Empregado(a) a tempo integral (eti)

Empregado(a) a tempo parcial (etp)

Desempregado(a) (de) Doméstica (do)

Pensionista (p) Reformado(a) (r)

Estudante (est)

1. Visão, audição e comunicação

Consegue ver (com óculos, se usar)?

Sim (0) Com dificuldade (1)

Não vê nada (3)

Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?

Sim (0) Com dificuldade (1)

Não ouve nada (3)

Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?

Não tem dificuldade (0)

Dificuldades com algumas pessoas (1)

Dificuldade considerável com todas as pessoas (3)

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números (0)

Com alguma ajuda (2)

Não consegue utilizar o telefone (3)

Cuidar de si

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (p. ex. pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, ...)

Sem ajuda (0) Precisa de ajuda para manter a aparência (5)

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) (4)

Não consegue vestir-se (6)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda (0) Precisa de ajuda (1)

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda (0) Precisa de ajuda (5)

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar chão, ...) (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda nas mais pesadas) (2)

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica (3)

2.6. Consegue preparar as suas refeições

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas) (0)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas) (2)

Não consegue preparar refeições (5)

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda (0)

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) (3)

Não consegue alimentar-se (8)

2.8. Tem alguns problemas com a sua boca ou dentes? Se sim, por favor especifique.

Não (0)

Sim

(1)

Quais?

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses corretas e às horas certas) (0)

Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou o lembrar de os tomar) (2)

Não consegue tomar os seus medicamentos (4)

2.10. Já teve problemas com a sua pele (p. ex. úlceras na perna, escaras)?

Não (0)

Sim (1) Quais?

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) (5)

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália (8)

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) (6)

Acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister (8)

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) (4)

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária (7)

3. Mobilidade

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda (0)

Com alguma ajuda (4)

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7)

3.2. Tem problemas com os seus pés

Não (0)

Sim (1) Quais?

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda (0)

Numa cadeira de rodas sem ajudas (5)

Com alguma ajuda (7)

Acamado (8)

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) (0)

Com alguma ajuda (2)

Não consegue subir e descer escadas (4)

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não (0) Uma vez (1) Duas ou mais vezes (2)

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda (0) Com alguma ajuda (3) Não consegue andar no exterior (6)

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) (0)

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) (2)

Não consegue ir às compras (4)

3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p. ex consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade (0)

Com alguma ajuda (2)

Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5)

4. Segurança

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim (0) Não (1)

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim (0) Não (1)

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém?

Não (0) Sim (1)

4.4. Sente-se discriminado/a por alguma razão (p. ex. a sua idade, sexo, raça, religião)?

Não (0) Sim (1)

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?

Sim (0) Não (1)

5. Local de residência e finanças

5.1. De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?

Sim (0) Não (1)

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim (0) Não (4)

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?

Sim (S) Não (N)

6. Manter-se saudável

6.1. Faz exercício regularmente?

Sim (0) Não (1)

6.2. Fica com falta de ar durante as atividades normais?

Não (0) Sim (1)

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charuto, cachimbo)?

Não (0) Sim (1)

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Não (0) Sim (1)

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim (0) Não (1)

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Não tem preocupações (N) Com perda de peso (PP) Com excesso de peso (EP)

6.7. Tem as suas vacinas em dia?

Não (N) Não sabe (NS) Sim (S)

6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro

Não (N) Não sabe (NS) Sim (S)

7. Saúde mental e bem-estar

7.1. Consegue realizar atividades de lazer, trabalho e outras atividades que são importantes para si?

Sim (0) Não (1)

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Razoável (4) Fraca (5)

7.3. Sente-se sozinho/a?

Nunca (1) Por vezes (2) Muitas vezes (3)

7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?

Não (0) Sim (1)

7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?

Não (0) Sim (1)

7.6. No mês passado teve dores corporais?

Não (0) Sim

Se sim: Muito suaves (1) Suaves (2) Moderadas (3) Fortes (4)

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado?

Não (0) Sim (1)

7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Não (0) Sim (1)

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?

Não (0) Sim (1)

8. Administração de medicação

8.1. Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?

Sim (1) Não (0)

8.2. Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?

Sim (0) Não (1)

8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?

Sim (0) Não (1)

8.4. Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?

Sim (1) Não (0)

9. Avaliação do risco de quedas

A resposta afirmativa em pelo menos 3 dos itens que se seguem indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	

Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

10. Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a		
vestir-se	P 2.2	
tomar banho	P 2.4	
alimentar-se	P 2.7	
usar a sanita	P 2.13	
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	P 3.5	
Alguns acidentes com a bexiga	P 2.11	
Preocupações com perda de peso	P 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	P 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	P 7.6	
Perda de memória ou esquecimentos	P 7.9	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	P 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	P 7.8	
Total (de 12)		

11. Pontuação de independência

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspeto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	
P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
	Total	

Anexo 3. Parecer da Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro, EPE a autorizar o estudo

EXMO SENHOR DIRECTOR
DO
HOSPITAL INFANTE D. PEDRO E.P.E.
AVEIRO

RECEBIMOS
N.º 108/09
19

A Comissão de Ética reuniu no dia 9 de Novembro de 2009 no Serviço de Ortopedia com a ausência justificada da Dra. Fitomena e do senhor Padre João Gonçalves.

Analisou o pedido formulado pela senhora Enfermeira Gorete Maria Pereira dos Santos, a trabalhar no Serviço de Medicina 1.

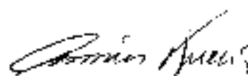
Pretende aplicar um questionário para colheita de dados sobre a "Caracterizar a qualidade de vida e necessidade de pessoas idosas" a realizar nos serviços de Medicina 1, 2 e 3

Trata-se de um estudo de interesse social, com bons fins e bons meios, com os esclarecimentos dados pela peticionária em reunião. Tem a devida autorização do Director do Serviço, o documento do consentimento informado, a confidencialidade na colheita. Obedece assim aos requisitos éticos necessários.

A Comissão por unanimidade entende não haver impedimento ao pretendido.

Respeitosos cumprimentos

Aveiro 9 de Novembro de 2009


Américo Figueiredo
(Presidente)

Anexo 4. Santos, G. & Sousa, L. (2013). Qualidade de Vida de pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. Submetido a *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Em fase de revisão.

Qualidade de Vida em Pessoas Idosas no momento de internamento hospitalar⁶

Quality of life in older persons at the hospitalization admission

Gorete Santos¹ e Liliana Sousa²

¹Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, EPE, Estudante do 2º Ano do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia

E-mail: gorete_@hotmail.com

²Psicóloga, 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

Contacto

Gorete Santos

⁶ Artigo submetido a Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Resumo

O internamento hospitalar é um momento de elevada ansiedade para pessoas idosas, pois associa-se à deterioração da saúde e qualidade de vida. Este estudo analisa a qualidade de vida de pessoas idosas no momento da admissão num internamento hospitalar, considerando a influência de variáveis sociodemográficas, patologia e tempo de internamento. A amostra compreende 250 participantes (≥ 65 anos), 50,4% do sexo feminino. Administrou-se por entrevista o *EASYcare* (Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas). Os principais resultados indicam: 27,6% dos participantes são dependentes nas AVD e AIVD; 38,5% são dependentes nas AVID e pouco dependentes nas AVD; 39,6% são independentes. As pessoas idosas mais dependentes tendem a ter mais idade, menores rendimentos, menor escolaridade, ser viúvos, viverem em instituição, sentirem-se mais deprimidos e estarem menos satisfeitos com a sua residência; os independentes são mais novos, tendem a estar mais satisfeitos com a sua habitação e a gerir de forma autónoma as suas finanças, apresentam maior escolaridade, são casados ou divorciados; e os dependentes moderados apresentam valores intermédios. Os resultados sugerem que a qualidade de vida é influenciada por estilos de vida, indicando que durante o internamento hospitalar estes fatores sejam valorizados.

Palavras-chave: qualidade de vida, doença e envelhecimento

Abstract

Hospitalization is an event of high anxiety mainly for older persons, due to its association with health status deterioration and decrease of the quality of life. This study examines older persons quality of life at the hospitalization admission, considering the influence of socio-demographic, pathology and hospitalization duration variables. The sample comprises 250 participants (≥ 65 years old), 50.4% females. The Elderly Assessment System (*EASYcare*) was administered. Main results show that: 27.6% of the participants are dependent in ADL and IDLA; 38.5 are dependent in IADL and independent in ADL; 39.6% are independent. The dependent tend to be older, with lower income, having lower education levels, being widowed, institutionalized, feeling more depressed and less satisfied with their residence,; the independent tend to less older, more satisfied with their

housing conditions, able to manage their finances autonomously, with higher educational levels, married or divorced; and dependent moderates have intermediate values.. Results suggest that the quality of life is influenced by life styles, what should be addressed during the hospitalization.

Keywords: quality of life, disease, aging

Introdução

O envelhecimento populacional torna mais relevantes tópicos como a qualidade de vida (QV) em pessoas mais idosas. O interesse neste tema tem-se acentuado nas últimas décadas, com grande ênfase na dependência/autonomia¹. A QV é um constructo multidimensional, influenciada por fatores como estado de saúde, rede social e familiar, situação económica e atividades de lazer². A QV é subjetiva, pois trata-se da percepção individual. As diferenças de QV entre pessoas idosas têm sido explicadas por estilos de vida, condições sociodemográficas e características pessoais³.

Em Portugal não foram encontrados estudos sobre hospitalização e QV. Contudo, a pesquisa internacional mostra que, principalmente na velhice, na sequência de um internamento hospitalar tende a ocorrer diminuição da capacidade funcional e da percepção de QV, associada à maior prevalência de comorbilidades^{4,5}. É pertinente conhecer a QV das pessoas idosas no momento do internamento hospitalar, para melhor planear os serviços e recursos durante o internamento, respondendo com mais eficácia às necessidades e características destas pessoas. Este estudo analisa a qualidade de vida de pessoas idosas no momento de internamento hospitalar, considerando a influência de variáveis sociodemográficas. Os resultados têm implicações para o desenvolvimento de medidas que visem melhorar os cuidados aos clientes idosos durante o internamento hospitalar.

Qualidade de Vida, Envelhecimento e Hospitalização

O prolongamento da vida humana, que ocorre a nível mundial, é uma das maiores proezas da Humanidade, exigindo que os anos conquistados sejam acompanhados de QV.^{6,7,8,9} O envelhecimento é um processo heterogéneo e complexo, normal, universal e inevitável, e vivenciado de forma individual e singular⁸.

A QV é um conceito subjetivo, complexo e multidimensional, determinado pela percepção individual, e por fatores ambientais e biológicos (como idade, etnia, cultura e estatuto socioeconómico). Trata-se de um conceito dinâmico que varia ao longo do tempo, tendo em conta as aspirações, ambições e percepções individuais para cada momento da vida¹⁰. Neste estudo adota-se a definição da OMS (1994), que também é a definição utilizada no

Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas¹¹. A QV¹² segundo a WHO “*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 objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, 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 aspetos importantes do meio ambiente*”. Nesta definição prevalece a ideia de subjetividade (perspetiva individual), multidimensionalidade (várias dimensões), umas positivas e outras negativas (para uma “boa” qualidade de vida é necessário alguns elementos estarem presentes e outros ausentes), envolvendo influência de fatores internos e externos (por exemplo, hábitos e estilo de vida).

A QV na velhice assume contornos específicos, pois existem diferentes formas de ser idoso e diferentes padrões de envelhecimento¹⁰. Nesta fase da vida, a QV associa-se ao passado (principalmente aos estilos de vida adotados), ao presente (sobretudo na forma como se encara o envelhecimento) e às perspetivas de futuro mesmo que limitado (nomeadamente no sentido e projetos que se colocam para os próximos tempos de vida)^{13,14,3}. Frequentemente, a QV na velhice tem sido associada à in/dependência funcional, pois o aumento da idade tende a ser acompanhado pela deterioração de capacidades funcionais e aumento de doenças que potenciam a dependência^{15,9}. De sublinhar que na velhice há tendência para utilizar o estado de saúde e qualidade de vida como sinónimos; contudo a distinção deve ser efetuada¹⁶: a QV pode ser uma consequência do estado de saúde, mas a saúde é apenas um dos determinantes da QV. Além disso, outros aspetos influenciam a QV na velhice, tais como¹⁵: 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 o afastamento do meio (por exemplo através da institucionalização ou saída da própria casa para viver com um filho/a). Assim, a QV na velhice depende da aquisição de atitudes e processos de *coping* que permitam à pessoa idosa adaptar-se (capacidade adaptativa), encontrando formas (dentro das suas circunstâncias) de permanecer envolvida com o seu meio¹⁷.

A QV na velhice é relevante para compreender o processo de envelhecimento e para desenvolver estratégias que visem o bem-estar nesta fase de vida. Um internamento

hospitalar, em qualquer idade, é um momento vivido com elevada ansiedade; torna-se mais complexo na velhice pela 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 isolamento¹⁸. A literatura tem verificado que, após a alta hospitalar, principalmente as pessoas idosas tendem a apresentar declínio funcional e maior morbidade e mortalidade nos meses seguintes¹⁹.

As taxas e duração de internamento hospitalar são superiores nas pessoas idosas, por comparação com as observadas noutros grupos etários²⁰. Alguns dados hospitalares portugueses indicam que mais de um terço do total das altas hospitalares corresponde a pessoas com mais de 65 anos, sendo que cerca de 53% têm períodos de internamento superiores a 20 dias²¹. Segundo Boltz e Harrington²², entre 2002 e 2017, haverá um aumento de 78% de internamentos hospitalares de pessoas idosas e de 16% entre os restantes grupos etários. Cerca de metade dos internamentos tem como principais causas doenças do foro circulatório e respiratório^{4,23,24,25,26}. Hayes²⁷ indica que em cada pessoa idosa independente tende a existir três problemas crónicos, que são a principal causa de internamento hospitalar devido a descompensação da doença. Em Portugal, os dados são similares, indicando que as principais causas de hospitalização são doenças dos aparelhos respiratórios e circulatórios.

Em Portugal não foram encontrados estudos sobre hospitalização e QV. Mas é pertinente conhecer a QV das pessoas idosas quando chegam ao internamento hospitalar, para poder planejar serviços que respondam às suas necessidades, vulnerabilidades e forças, mantendo ou reforçando a sua QV, e minimizando o impacto da doença e do internamento.

Objetivos

Este estudo analisa a QV da pessoa idosa no momento de admissão num internamento hospitalar, analisando a influência de variáveis sociodemográficas, patologia e antecedentes clínicos. Os resultados são relevantes para o planeamento de medidas de promoção da QV no âmbito dos cuidados às pessoas idosas durante o internamento hospitalar.

Métodos

Foi adotada uma metodologia quantitativa, de características descritivas, comparativas e correlacionais. Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética (nº 762/CA) do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., em 14 Outubro de 2009.

INSTRUMENTOS

No estudo utilizou-se o questionário compreendendo várias questões e uma escala: i) dados socioeconómicos (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, local de residência, diagnóstico ou motivo de internamento, data de internamento no serviço, tipo de apoio social recebido); ii) *EASYcare*, versão portuguesa validada em 2009²⁹.

***EASYcare* (Sistema de Avaliação de Idosos)**

O *EASYcare* foi desenvolvido no âmbito do programa Europeu EPIC (European Prototype Care), como um instrumento de rápida e simples utilização, para identificar múltiplas necessidade e avaliar diferentes domínios de QV em pessoas idosas (≥ 75 anos). O instrumento foi construído com base noutras escalas: índice de Barthel; SF-36 Health Survey; Geriatric Depression Scale, Dukes OARS; IALD Scales; WHO-11 Counties Survey Instrument; Cognitive Impairment Test. A primeira versão do *EASYcare* (2002) foi validada para a população Portuguesa por Sousa, Galante e Figueiredo¹; os resultados revelaram boas qualidades, tendo sido obtido um alfa de Cronbach de 0,86. Em 2008, a Universidade de Sheffield, com representantes de outros países, reuniram para atualizar o instrumento. Surge assim a versão 2009, destinada a pessoas idosas com ≥ 65 anos de idade.

O *EASYcare* (2009) envolve duas componentes: *EASYcare Standard* (dados sociodemográficos, aspetos sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, condições de habitação, situação financeira, atividade física e saúde mental e bem-estar); *EASYcare Supporting Instruments* (para obter dados adicionais sobre cuidadores informais, administração de medicação). Neste estudo apenas se aplicou a componente *standard*. A validação linguística para Portugal foi efetuada por Sousa, Figueiredo e Guerra⁹. O *EASYcare* apresenta um sistema de pontuação, em que valores mais elevados significam

menor QV e maior incapacidade; a pontuação pode variar entre um mínimo de 4 e um máximo de 144. O *EASYcare* é administrado à pessoa idosa para obter a sua perceção sobre as suas competências. Assim, a principal limitação do *EASYcare* é a impossibilidade de ser aplicado a pessoas que não se possam exprimir (afasia ou outras alterações da linguagem ou alterações cognitivas).

PROCEDIMENTOS

Neste estudo foram seleccionadas pessoas idosas (≥ 65 anos) no momento de internamento no serviço Medicina 1, 2 e 3 do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.

Este local foi escolhido por ser uma instituição parceira da Universidade de Aveiro. Além disso, Nicolau *et al*²⁸, que analisaram a mortalidade e os internamentos hospitalares por Concelhos de Portugal Continental, verificaram que o Distrito de Aveiro apresenta uma das taxas mais elevadas de internamentos hospitalares do país e optou-se pelo serviço de Medicina Interna porque apresentam as taxas de internamento mais elevadas de pessoas idosas.

O tamanho da amostra foi determinado após pesquisa sobre o número de pessoas com idade ≥ 65 anos que deram entrada no serviço indicado no ano 2009 (ano anterior à recolha destes dados), através do Gabinete de Gestão de Informação do Hospital. Verificou-se que foram internados 391 pessoas idosas em 2009; uma amostra representativa desta população deveria incluir 250 participantes³⁰.

Os 250 questionários foram administrados por entrevista no momento de admissão do doente no serviço; após o acolhimento ao doente pelo profissional de serviço, os doentes eram contactados pela autora que pedia a sua colaboração. As entrevistas decorreram no hospital, sempre em locais que respeitavam a privacidade, após a assinatura do consentimento livre e esclarecido. A recolha de dados decorreu entre Janeiro e Agosto de 2010. A duração média das entrevistas foi de 30/40 minutos. As pessoas idosas, especialmente as que vivem sós, necessitavam contar as suas histórias de vida, prolongando as entrevistas.

Amostra

A amostra é constituída por 250 participantes, 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. A maioria dos participantes encontra-se aposentada (62%). 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 apoio social: 85,2% - sem apoio; 7,2% - lar de idosos; 6,8% – apoio domiciliar.

Tabela 1. Caracterização da Amostra: dados sociodemográficos

n=250	n	%
Sexo		
Feminino	126	50,4
Masculino	124	49,6
Residência		
Rural	101	40,4
Urbana	149	59,6
Estado Civil		
Casado	123	49,2
Divorciado	6	2,4
Solteiro	10	4
Viúvo	111	44,4
Rendimento		
Sobra algum dinheiro	9	3,6
Suficiente	175	70
Não chega para as necessidades	66	26,4
Com quem vive?		
Casal	104	41,6
Família	98	39,2
Sozinho	30	12
Instituição	14	5,6
Outra	4	1,6
Situação profissional		
Doméstica	2	0,8
Trabalhador a tempo inteiro	10	4
Pensionista	83	33,2
Reformado	155	62

Apoio Social		
Não	213	85,2
Serviço de Apoio Domiciliário	17	6,8
Lar de Idosos	18	7,2
Acolhimento familiar	2	0,8

Em relação ao diagnóstico clínico ou motivo de internamento (categorizados de acordo com os aparelhos do corpo humano) observa-se: 36,8% - doenças respiratórias (51,1% do sexo masculino); 18,8% - com multipatologias (51,1% do sexo feminino); 14,4% do aparelho neuro-hormonal (61,1% do sexo feminino); 11,6% do aparelho circulatório (62,06% do sexo feminino). Quanto aos antecedentes clínicos: 44% - com multipatologias; 21,6% - do aparelho circulatório; 9,2% sem antecedentes clínicos relevantes (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra: diagnóstico e antecedentes clínicos

	n	%
Diagnóstico ou motivo de internamento		
Aparelho Circulatório	29	11,6
Aparelho Respiratório	92	36,8
Aparelho Neuro-Hormonal	36	14,4
Aparelho Digestivo	20	8
Aparelho Excretor	18	7,2
Esqueleto	8	3,2
Multipatologias	47	18,8
Antecedentes Clínicos		
Nenhum	23	9,2
Aparelho reprodutor	1	0,4
Aparelho Circulatório	54	21,6
Aparelho Respiratório	14	5,6
Aparelho Neuro-Hormonal	25	10
Aparelho Digestivo	11	4,4
Aparelho Excretor	8	3,2
Esqueleto	4	1,6
Multipatologias	110	44

Análise dos dados

A análise dos dados baseia-se na estatística descritiva, correlacional e classificatória.

Resultados

EASYcare: estudo das qualidades psicométricas

Começamos por analisar as qualidades psicométricas do *EASYcare* para a amostra em estudo. Procedeu-se à análise em componentes principais (com rotação varimax) usando os 21 itens da escala (tabela 3) recomendados pelos autores. Obteve-se uma solução de 3 fatores que explicam 66,2% da variância.

Tabela 3. Contribuição dos itens para cada fator

Itens	Fator 1 AIVD	Fator 2 AVD	Fator 3 Sentidos
Q1.1. Consegue ver (com óculos, se usar)?	0,797	-0,061	0,033
Q1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?	0,813	0,084	0,116
Q1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas na sua fala?	0,273	0,532	0,058
Q2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal?	0,111	0,752	0,256
Q2.2. Consegue vestir-se?	0,102	0,673	0,456
Q2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?	-0,103	0,790	0,178
Q2.7. Consegue alimentar-se?	-0,050	0,795	0,142
Q2.11. Tem acidentes com a sua bexiga?	-0,009	0,639	0,261
Q2.12. Tem acidentes com os seus intestinos?	0,011	0,624	0,080
Q2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?	0,019	0,798	0,367
Q3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem lado a lado?	0,024	0,774	0,414
Q3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?	0,20	0,652	0,491
Q1.4. Consegue utilizar o telefone?	0,337	0,308	0,604
Q2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?	0,064	0,521	0,618
Q2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?	0,039	0,138	0,836
Q2.6. Consegue preparar as suas refeições?	0,028	0,217	0,811
Q2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?	0,105	0,467	0,642
Q3.4. Consegue subir e descer escadas?	0,070	0,444	0,674
Q3.6. Consegue andar no exterior?	0,040	0,251	0,880
Q3.7. Consegue ir às compras?	0,037	0,179	0,915
Q3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até serviços públicos?	0,023	0,188	0,902

O cálculo das contribuições de cada item para cada fator permitiu obter a seguinte organização fatorial (tabela 3): fator 1 – Sentidos (itens que traduzem aspetos sensoriais); fator 2 – Atividades de Vida Diária, AVD (itens que representam as atividades quotidianas de autocuidado); fator 3 – Atividades Instrumentais da Vida Diária, AIVD (itens que

descrevem atividades necessárias à adaptação ao ambiente, envolvendo capacidades cognitivas).

Depois calculou-se a consistência interna através do α 's de Cronbach,; os valores são muito satisfatórios: Sentidos (fator 1) = 0,55; AVD (fator 2) = 0,89; AIVD (fator 3) = 0,93; escala global = 0,93.

Grupos de Qualidade de Vida

Para estabelecer grupos de participantes no momento de admissão hospitalar procedeu-se à análise de *clusters* (K-means). Adotou-se uma solução de 3 *clusters*, por ser a mais ajustada aos resultados (tabela 4).

Tabela 4. Grupos de Qualidade de Vida

	Cluster 1- Dependentes (n= 69; 27,6%)	Cluster 2- Dependentes Moderados (n= 82; 32,8%)	Cluster 3 – Independentes (n= 99; 39,6%)
Fator 1. Sentidos (0,24)	0,29 (=)	0,27 (=)	0,17 (-)
Fator 2. AVD (1,12)	3,22 (++)	0,59 (--)	0,09 (---)
Fator 3. AVID (2,21)	3,88 (++)	2,82 (+)	0,60 (---)

Nota: os sinais (+), (-) e (--) pretendem apenas ajudar a comparar cada média com a média global do fator

Os *clusters* foram classificados: *cluster* 1 – dependentes (27,6%), envolve participantes dependentes nas AVD e AIVD; *cluster* 2 – dependentes moderados (32,8%), engloba pessoas dependentes nas AIVD e pouco dependentes nas AVD; *cluster* 3 – independentes (39,6%), inclui participantes independentes nas AVD e AVID e sem problemas sensoriais.

Em seguida analisou-se a existência de alguma diferença ou tendência diferenciadora dos *clusters* em termos de sexo, residência, estado civil, “com quem vive”, situação profissional, diagnóstico, antecedentes clínicos e apoio social. Para tal procedeu-se ao

cálculo das frequências esperadas que se comparam com as observadas, utilizando o χ^2 (qui-quadrado), que indica o desvio dos valores observados em relação ao valor esperado.

Os resultados indicam distribuições diferentes nas variáveis (tabela 5): estado civil (existem mais viúvos e menos casados do que esperado no grupo dos dependentes e dependentes moderados; existem menos viúvos e mais casados no grupo dos independentes); com quem vive (no grupo dos dependentes existem mais participantes a viver em família, instituição e sozinhos e menos a viver em casal do que o esperado; no grupo dos dependentes moderados existem menos a viver em instituição do que o esperado; nos independentes há mais participantes a viver em casale menos a viver em família do que o esperado).

Tabela 5. *Clusters* versus estado civil e com quem vive

n=250 Variáveis	Cluster 1 (n=69; 27,6%) Dependentes		Cluster 2 (n=82; 32,8%) Dependentes moderados		Cluster 3 (n=99; 39,6%) Independentes	
	FO	FE	FO	FE	FO	FE
Estado civil [χ^2 (3) =47,181, p=0,000]						
Casado	21	33,9	33	40,3	69	48,7
Divorciado	0	1,7	0	2,0	6	2,4
Solteiro	2	2,8	6	3,3	2	4,0
Viúvo	46	30,6	43	36,4	22	44
Com quem vive [χ^2 (4) = 66,231, p=0,000]						
Casal	16	28,7	28	34,1	60	41,2
Família	35	27,0	39	32,1	24	38,8
Instituição	13	3,9	1	4,6	0	5,5
Outra	3	1,1	1	1,3	0	1,6
Sozinho	2	8,3	13	9,8	15	11,9

FO = frequência observada; FE = frequência esperada

Em relação às variáveis rendimento, escolaridade, idade e dias de internamento calcularam-se as médias de cada *cluster*, existindo diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis (tabela 6).

Tabela 6. *Cluster versus* rendimento, escolaridade e idade: médias

n=250 (médias)	Cluster 1 (n=69; 27,6%) Dependentes		Cluster 2 (n=82; 32,8%) Dependentes moderados		Cluster 3 (n=99; 39,6%) Independentes	
	M	DP	M	DP	M	DP
Rendimento (2,23) (Anova=35,385; p=0,000)	2,35	0,538	2,26	0,492	2,12	0,458
Escolaridade (2,41) (Anova=21,047; p=0,000)	1,48	1,76	2,11	1,86	3,30	1,94
Idade (76,93) (Anova=4,510; p=0,012)	80,80	6,59	78,87	6,85	72,63	6,88

Verifica-se que quem é dependente tem uma média etária superior, apresenta escolaridade inferior e tem os rendimentos mais baixos. Os dependentes moderados apresentam valores intermédios; e os independentes são mais novos, têm escolaridade superior e os rendimentos mais elevados.

Em seguida analisou-se, calculando frequências observadas e esperadas, como os *clusters* variam com as restantes questões do instrumento (tabela 7); em seguida apresentam-se as distribuições que apresentam diferenças significativas.

Tabela 7. *Clusters versus* outros domínios do *EASYcare*

N=250 Variáveis	Cluster 1 (n=69; 27,6%) Dependentes		Cluster 2 (n=82; 32,8%) Dependentes Moderado		Cluster 3 (n=99; 39,6%) Independentes	
	FO	FE	FO	FE	FO	FE
Domínio Cuidar de Si						
Q2.8. Tem algum problema com a sua boca ou dentes? [$\chi^2 (1) = 8,378, p=0,015$]						
Não	36	44,2	51	52,5	73	63,4
Sim	33	24,8	31	29,5	26	35,6
Q2.10. Já teve problemas com a sua pele? [$\chi^2 (2) = 12,987, p=0,002$]						
Não	49	57,7	6	68,9	91	82,8
Sim	20	11,3	13	13,4	8	16,2
Domínio Mobilidade						
Q3.2. Tem problemas com os seus pés? [$\chi^2 (3) = 7,371, p=0,025$]						
Não	58	61,8	71	73,5	95	88,7
Sim	11	7,2	11	8,5	4	10,7
Domínio Segurança						
Q4.1. Sente-se seguro dentro de sua casa? [$\chi^2 (4) = 12,401, p=0,002$]						
Sim	59(-)	64,9	79(=)	77,1	97	93,1
Não	10(+)	4,1	3(=)	4,9	2	5,9

Q4.2. Sente-se seguro fora de sua casa? [$\chi^2(5) = 10,509, p=0,005$]						
Sim	53	60,4	74	71,8	92	86,7
Não	16	8,6	8	10,2	7	12,3
Q4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém? [$\chi^2(6) = 3,379, p=0,185$]						
Não	64	61,5	69	73,1	90	88,3
Sim	5	7,5	13	8,9	9	10,7
Q4.4 Sente-se discriminado por alguma razão? [$\chi^2(7) = 1,558, p=0,459$]						
Não	65	63,5	73	75,4	92	91,1
Sim	4	5,5	9	6,6	7	7,9
Q4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência? [$\chi^2(8) = 0,100, p=0,951$]						
Sim	65	65,1	77	77,4	94	93,5
Não	4	3,9	5	4,6	5	5,5
Domínio Local de Residência e Finanças						
Q5.1. De forma geral está satisfeito/o com a sua residência? [$\chi^2(9) = 8,969, p=0,011$]						
Sim	39	48,3	59	57,4	77	69,3
Não	30	20,7	23	24,6	22	29,7
Q5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros? [$\chi^2(10) = 70,198, p=0,000$]						
Sim	14	38,4	41	45,6	84	55,0
Não	55	30,6	41	36,4	15	44,0
Q5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso? [$\chi^2(11) = 3,669, p=0,160$]						
Não	8	12,7	15	15,1	23	18,2
Sim	61	56,3	67	66,9	76	80,8
Domínio Manter-se Saudável						
Q6.1. Faz exercício regularmente? [$\chi^2(12) = 9,547, p=0,008$]						
Sim	7	15,5	19	18,4	30	22,2
Não	62	53,5	63	63,6	69	76,8
Q6.2. Fica com falta de ar durante as atividades normais? [$\chi^2(13) = 7,610, p=0,022$]						
Não	16	25,4	34	30,2	42	36,4
Sim	53	43,6	48	51,8	57	62,6
Q6.3. Fuma tabaco? [$\chi^2(14) = 9,066, p=0,011$]						
Não	66	60,7	74	72,2	80	87,1
Sim	3	8,3	8	9,8	19	11,9
Q6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas? [$\chi^2(15) = 5,695, p=0,058$]						
Não	68	66,5	81	79,0	92	95,4
Sim	1	2,5	1	3,0	7	3,6
Q6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente? [$\chi^2(16) = 4,200, p=0,122$]						
Sim	55	53,8	69	64	71	77,2
Não	14	15,2	13	18	28	21,8
Q6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso? [$\chi^2(17) = 0,600, p=0,963$]						
Não tem preocupações	54	53,8	62	64,0	79	77,2
Com perda de peso	9	8,8	11	10,5	12	12,7
Com excesso de peso	6	6,3	9	7,5	8	9,1
Q6.7. Tem as suas vacinas em dia? [$\chi^2(18) = 4,086, p=0,394$]						
Não	2	5,8	8	6,9	11	8,3
Não sabe	45	43,1	52	51,2	59	61,8
Sim	22	20,1	22	23,9	29	28,9
Domínio Saúde Mental e Bem-Estar						
Q7.1. Consegue realizar atividades de lazer, trabalho e outras atividades importantes para si? [$\chi^2(19) = 61,626, p=0,000$]						
Sim	20	44,4	54	52,8	87	63,8
Não	49	24,6	28	29,2	12	35,2
Q7.3. Sente-se sozinho/a? [$\chi^2(20) = 37,669, p=0,000$]						
Nunca	5	5,2	2	6,2	12	7,5
Por vezes	18	36,2	49	43,0	64	51,9
Muitas vezes	56	27,6	31	32,8	23	39,6
Q7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo? [$\chi^2(21) = 0,236, p=0,889$]						
Não	29	30,1	35	35,8	45	43,2
Sim	40	38,9	47	46,2	54	55,8
Q7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir? [$\chi^2(22) = 2,626, p=0,269$]						
Não	22	27,6	35	32,8	43	39,6
Sim	47	41,4	47	49,2	56	59,4
Q7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado? [$\chi^2(23) = 25,585, p=0,000$]						
Não	18	34,5	44	41,0	63	49,5
Sim	51	34,5	38	41,0	36	49,5
Q7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas? [$\chi^2(24) = 27,059, p=0,000$]						
Não	21	39,2	54	46,6	67	56,2
Sim	48	29,8	28	35,4	32	42,8
Q7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos? [$\chi^2(25) = 18,053, p=0,000$]						

Não	38	50,0	59	59,4	84	71,7
Sim	31	19,0	23	22,6	15	27,3

Legenda: FO = frequência observada; FE = frequência esperada

Em relação aos problemas com a boca ou dentes (domínio Cuidar de Si) e com os pés e com a pele (domínio Mobilidade) verifica-se que no grupo dos dependentes existem mais participantes do que o esperado com esses problemas; no grupo dos independentes existem menos do que o esperado.

No domínio Segurança dentro e fora de casa verifica-se que nos dependentes existem menos participantes do que o esperado que sentem esse problema; no grupo dos independentes mais do que o esperado sente esses problemas.

No domínio Local de Residência e Finanças verifica-se: i) quanto à satisfação com a residência, nos dependentes há mais do que o esperado que não estão satisfeitos; nos independentes há mais satisfeitos do que o esperado; ii) na gestão financeira, entre os dependentes e dependentes moderados há mais participantes do que o esperado que não consegue assegurar essa gestão; nos independentes há mais do que o esperado que consegue fazer essa gestão.

No domínio Manter-se Saudável observa-se que: i) quanto ao exercício regular, nos dependentes há mais do que o esperado que não o faz; nos independentes há mais do que o esperado a praticar exercício regular; ii) sobre ficar com falta de ar em atividades regulares, nos dependentes há mais do que o esperado que fica com falta de ar; nos dependentes moderados e independentes há menos do que o esperado a revelar falta de ar. Sobre consumo de tabaco e álcool poucos participantes o fazem (respetivamente: 30 e 10).

No domínio Saúde mental e Bem-estar os dados indicam que: i) quanto à realização de atividades significativas, nos dependentes há mais do que o esperado que não o faz; nos independentes há mais do que o esperado que o faz; ii) sobre sentir-se só, nos dependentes há mais do que o esperado que se sente muitas vezes só; nos dependentes moderados há mais do que o esperado que se sente por vezes só; e nos independentes há mais que nunca ou por vezes se sentem sós; iii) em relação a sentir-se deprimido e com pouco interesse em fazer coisas no último mês, nos dependentes há mais do que o esperado a sentir; nos

dependentes moderados e independentes há mais do que o esperado a não sentir; iv) sobre preocupações com esquecimentos, nos dependentes há mais do que o esperado que sente; nos independentes há menos do que o esperado a sentir.

Em relação às restantes questões do *EASYcare* o cálculo efetuou-se através de médias e comparação com ANOVA (tabela 8).

Tabela 8. *Clusters* versus *EASYcare*: médias

N=250 Variáveis (médias)	Cluster 1 (n=69; 27,6%) Dependentes		Cluster 2 (n=82; 32,8%) Dependentes moderados		Cluster 3 (n=99; 39,6%) Independentes	
	M	DP	M	DP	M	DP
Domínio Mobilidade						
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez? (Anova=17,921; p=0,000)	0,70	0,713	0,56	0,713	0,16	0,422
Domínio Saúde Mental e Bem-Estar						
De forma geral, diria que a sua saúde é? (Anova=46,370; p=0,000)	4,48	0,740	3,78	0,847	3,34	0,673
No mês passado teve dores corporais? (Anova=4,631; p=0,011)	1,45	1,586	1,02	1,523	0,76	1,278

Os dados indicam que os dependentes (por comparação com os outros dois grupos) caíram (domínio Mobilidade) mais vezes nos últimos 12 meses, percebem menos saúde e no mês passado tiveram mais dores corporais (domínio Saúde Mental e Bem-Estar). Os independentes apresentam os resultados mais favoráveis e os dependentes moderados os intermédios.

Discussão

Os dados revelam três grupos de QV: dependentes (27,6%); dependentes moderados (32,8%); e independentes (39,6%). O grupo dos dependentes tem idade mais elevada, rendimentos mais baixos e menor escolaridade; os independentes são mais novos, com rendimentos superiores e maior escolaridade (os dependentes moderados apresentam os

valores intermédios). Saliente-se que muitos dos participantes já foram internados noutros momentos da sua fase idosa, pois este grupo etário apresenta taxas de internamento hospitalar mais elevadas que outros grupos etários²⁰, mas alguns enfrentam o seu primeiro internamento.

A idade, a escolaridade e os rendimentos são três variáveis que, principalmente associadas, dão informações relevantes sobre a situação da pessoa idosa: é expectável que pessoas mais velhas, com pouca escolaridade e baixos rendimentos apresentem maior dependência. Esta é uma tendência reiterada na literatura, demonstrando que as pessoas idosas de classes socioeconómicas mais baixas são mais vulneráveis, pois ao longo da vida viveram condições mais difíceis e com menos cuidado/cuidados com a sua saúde¹.

Também sobre o contexto familiar existem diferenças entre estes grupos: existem mais viúvos entre os dependentes e dependentes moderados e mais casados ou divorciados nos independentes. Como os dependentes tendem a ser mais velhos, a probabilidade de serem viúvos também é mais elevada. Contudo, a literatura sugere que as pessoas casadas tendem a sentir-se mais capazes porque se entreejudam enquanto casal; já os viúvos podem sentir-se um *fardo* e mais dependentes, pois sentem que recebem mais do que dão (menor reciprocidade)³¹. Os dados indicam que os participantes a viver em instituição tendem a ser mais dependentes, provavelmente indicando que a família cuida dos idosos enquanto estão independentes ou moderadamente dependentes; mas optam pela institucionalização quando a dependência aumenta e a sua capacidade de prestar cuidados adequados diminui¹. A institucionalização, na sequência da doença/dependência, é um dos principais medos das pessoas idosas quando são internadas no hospital; de facto, a alta hospitalar é muitas vezes acompanhada de institucionalização ou apoio social (como serviço de apoio domiciliário). Os serviços hospitalares terão de durante o internamento promover a independência; mas também terão de preparar para a eventual ou provável necessidade de apoio mais frequente. Esta situação tem de envolver a pessoa idosa internada e a família e exige dos profissionais de saúde a capacidade de mediar decisões.

Os profissionais de saúde que acompanham o internamento hospitalar (principalmente enfermeiros e médicos) sabem que tendencialmente os idosos dependentes estão em situações sociais mais desfavoráveis. Neste caso, destaque-se que estas pessoas tendem a

delegar a gestão financeira noutros (familiares ou instituição); e fazem-no, com frequência, apressadamente no momento de hospitalização, podendo não se salvaguardar e confiar em pessoas que os defraudam³². Embora seja complexo um profissional de saúde estar atento a estas situações, é importante que em casos suspeitos envolvam um técnico de serviço social.

O grupo de dependentes está menos satisfeito com a sua habitação, principalmente os institucionalizados ou aqueles que foram viver para casa de familiares; ou seja, foram retirados da sua casa e não se sentem satisfeitos com a sua nova habitação ou têm dificuldades de adaptação. As pessoas idosas nutrem laços de afetividade pela sua casa, que representa as recordações da sua vida; além disso, estar em sua casa associa-se a sentimentos de autonomia e independência. Quando já sentem insatisfação com a casa e são internados no hospital (um local estranho e temido), é de prever períodos de desorientação que com frequência acarretam quedas³³. Neste caso, a apresentação do local é fundamental, explicando porque um contexto hospitalar apresenta determinadas características, que garantem a qualidade dos cuidados.

Os dependentes tendem a fazer menos exercício físico, terem mais falta de ar nas atividades quotidianas e mais problemas com a boca/dentes, com os pés e com a pele. A nível do internamento hospitalar isto representa mais cuidados de saúde, logo é necessário disponibilizar mais recursos para estes doentes.

Os dependentes não realizam atividades importantes para si, sentem-se mais deprimidos e, por norma. O contexto de hospitalização tende a reforçar estas situações (mesmo em pessoas não dependentes no momento da hospitalização), pelo que o diagnóstico deve ir além da patologia, mas envolver outras esferas da vida. Durante o internamento hospitalar, o idoso vê (ou pelo menos antevê) grandes transformações na sua vida, ocasionando momentos de fragilidade emocional³⁴. É importante os profissionais de saúde identificarem as situações que provocam desconforto aos idosos, procurando minimizá-las.

Limites e perspectivas de pesquisa

Será relevante comparar os resultados entre a admissão e alta hospitalar para compreender a influência da hospitalização na qualidade de vida. Também seria pertinente perceber as

relações familiares, bem como a história de vida de cada utente e como têm impacto na qualidade de vida. Além disso, será relevante complementar com a perspetiva dos familiares e profissionais de saúde. Como limitação do estudo, é importante referir a amostra. O *EASYcare* é um instrumento de perceção individual sobre a qualidade de vida, e neste estudo a população alvo foram os idosos que conseguiram responder autonomamente ao questionário. Um próximo estudo poderá incluir utentes mais dependentes. Este estudo é quantitativo, por isso torna-se interessante que outra pesquisa complemente com dados qualitativos, para perceber melhor o significado da qualidade de vida dos participantes.

Conclusões

Este estudo foca a QV de pessoas idosas no momento de hospitalização. Os dados permitem compreender melhor as características das pessoas idosas quando chegam a um internamento hospitalar, permitindo delinear ações e estratégias de organização dos serviços e ação dos profissionais para proporcionar uma melhor da qualidade de vida às pessoas idosas. O estudo indica três grupos de pessoas idosas no momento do internamento hospitalar: independentes; dependentes nas AVID e pouco dependentes nas AVD; dependentes. Este cenário demonstra que os serviços hospitalares vão encontrar pacientes com diferentes necessidades pessoais e de cuidados; assim há que diferenciar a abordagem. Além disso, os resultados apontam para a influência do estatuto socioeconómico e do nível educativo, do estado civil e da situação em que vivem (casa própria, com familiares ou instituição). Também estas circunstâncias de vida devem ser consideradas durante o internamento e sobretudo na preparação da alta.

Os resultados reforçam que estilos de vida, condições sociodemográficas e características individuais são fatores preponderantes na perceção da qualidade de vida e na perceção do internamento hospitalar. Assim, é relevante que os profissionais de saúde valorizem todas as dimensões da qualidade de vida e estructurem os serviços hospitalares de forma mais eficazes.

Referências

1. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37(3), 364-371.
2. Fernandez-Mayoralas G, Pérez F, Flóres ME, Salas B, Martín P, Forgaz J, Payo B, Izaguirre C. El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*. 2007; 74.
3. Fonseca A. O envelhecimento bem-sucedido. In Paúl C, Fonseca A (Coord.), *Envelhecer em Portugal*. 2005; 281-311.
4. Siqueira A, Cordeiro R, Perracini M, Ramos, Luiz R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38(5):687-694.
5. Souza E. A importância da família no tratamento do idoso hospitalizado. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 2011; 21(1):29-34.
6. Pereira K, Alvarez A, Traebert J. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2011;14(1):85-95.
7. Trentini C. Qualidade de Vida em Idosos: a construção de uma escala de qualidade de vida para idosos. [tese]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
8. Paschoal S. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. [tese]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2004.
9. Fleck M, Lima A, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges V, Camey S, Grupo Lido. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista Saúde Pública*. 2002; 36(4):431-438.

10. Fleck, M, Colaboradores. A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde. Artmend editora. 2008.
11. Direcção-Geral de Saúde. Programa nacional para a saúde das pessoas idosa. Lisboa. 2004.
12. The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 23(3):24–56.
13. Páscoa P. A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso. [tese]. Universidade Fernando Pessoa. Porto. 2008.
14. Mariz J. A enfermagem e a Pessoa Idosa, a prática de cuidados como experiência formativa. Lusociência. 2003.
15. Rocha N, Borges Z, Fleck M. Health status and quality of life: the effect of spirituality/religiosity/personal beliefs. *Quality of Life Research*. 2002; 11(7):654.
16. Paúl C, Fonseca A. Envelhecer em Portugal- psicologia, saúde e prestação de cuidados. Climepsi Editores. 2005.
17. Lazarus R. 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. 1998: 109-127.
18. Carvalhais M, Sousa L. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 2007; 9(3):596-616.
19. Ponzetto M, Zancocchi M, Maero B, Giona E, Fransciseti F, Nicola E, Fabri F. Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2003; 36:83-91.
20. Giacomini T, Wanderley K. Compreendendo o idoso e a sua vivência de internação hospitalar. *Revista Kairós Gerontologia*. 2010; 13(1):221-30.

21. Campos A. Reformas da saúde: fio conductor. Almedina. 2008.
22. Boltz M, Harrington C. Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing* 2005; 105(5):101-02.
23. Filho A, Matos D, Giatti L, Afradique ME, Peixoto S, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2004; 13(4): 229-238.
24. Mathias T, Jorge MH. Hospitalização e Mortalidade em Idosos: Um exercício de análise Comparativa. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2005; 4(1):25-36.
25. Britto S, Duarte C, Fonseca T, Silva J. 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. 2009.
26. Jobim E, Souza V, Cabrera M. Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais geridas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2010; 32(1):79-83.
27. Hayes K. Idosos. In K. Oman et al. (Org.). *Segredos em Enfermagem de Urgência*. Artmed 2003; 297-304.
28. Nicolau R, Machado A, Falcão J, Nunes B. Análise da mortalidade e dos Internamentos hospitalares por concelhos de Portugal Continental (2000-2004). Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Fundação Merck Sharp & Dohme. 2008.
29. Sousa L, Figueiredo D, Guerra S, Marques A, Silvestre J, Pereira G. Caracterizar a qualidade de vida e as necessidades das pessoas idosas. Documento policopiado, não publicado. Aveiro: Universidade de Aveiro. 2009.
30. Krejcie R, Morgan D. Determining samples size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30:607-610.

31. Ramos L. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas E, Py L, Neri A, Cançado F, Gorzoni M, Rocha S (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia. Guanabara Koogan, 2002:72-78.
32. Sousa L, Silva A, Santos L, Patrão M. The family inheritance process: motivations and patterns of interaction. *European Journal of Ageing*. 2010; 7:5-15
33. Soares A. A Síndrome de desorientação hospitalar. *Medicina Interna*. 1999; 6(1):69-71.
34. Soares N, Custódio M. Impacto Emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados. *Encontros-Revista de Psicologia*. 2011;14(21):9-23.

Anexo 5. Santos, G., Sousa, L. (2013). Qualidade de Vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. *Revista Kairós Gerontologia*. 16(2), 07-25. São Paulo (SP). Brasil.

Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento⁷

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

Gorete Santos* e Liliana Sousa**

Gorete Santos *

*Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, EPE, Estudante do 4º Ano do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia

Rua Direita nº 21, 2º Esq., 3810-005 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

Contacto

Gorete Santos

⁷ Versão final do Artigo publicado na Revista Kairós Gerontologia. (Santos, G., Sousa, L. (2013). Qualidade de Vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. *Revista Kairós Gerontologia*. 16(2), 07-25. São Paulo (SP). Brasil.)

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, healthy lifestyles, mental health and wellbeing. The data point to a decreased of QOL, especially at the functional ability level and perception of wellbeing. The results have implications for the development of measures to improve care for the elderly during hospitalization.

Keys: 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 fatores como estado de saúde, rede social e familiar, situação económica e atividades de lazer (Fernandez-Mayoralas *et al.*, 2007). E é subjetiva, pois trata-se da perceção 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 perspetiva) 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 perspectiva 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 subjetivo, complexo e multidimensional, influenciado pela perceção individual, e por fatores 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 perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, 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 aspetos importantes do meio ambiente”*. Esta definição esteve na base da construção do instrumento usado neste estudo – *EASYcare*. 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 fatores 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 o 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 morbilidade e mortalidade nos meses seguintes (Ponzetto *et al*, 2003). Além disso, após a alta hospitalar tendem a apresentar um declínio funcional e maior morbilidade 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 adotada uma metodologia quantitativa, de características descritivas, comparativas e correlacionais. Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética (nº 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, situação profissional, 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 Standart*): aspetos sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, condições de habitação, situação financeira, atividade física e saúde mental e bem-estar.

Permite calcular três scores: risco de queda; risco de rutura 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 mulitpatologias; 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. 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 aumentam os utentes que usam equipamentos sociais (serviço de apoio domiciliário e lar de idosos). Tal ocorre porque durante o internamento são detetadas situações que necessitam de apoio domiciliário 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 domiciliário. 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, diminui

aqueles que não precisam de ajuda e aumenta 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 X).

Tabela 3. *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 $n < 5$ em muitas células)

Em termos de segurança, não se verificam diferenças significativas entre a admissão e 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 de 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 a alta

Em geral, os dados revelam na alta (por comparação com a admissão) 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 de admissão e a 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. Este 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 duma 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 aspetos 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 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 afazer 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 em algum familiar, e é necessário garantir a idoneidade desta pessoa).

Limites e perspetivas de pesquisa

A principal limitação deste estudo é ter captado apenas a perspetiva 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 perspetiva 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

1. Fernandez-Mayoralas G, Pérez F, Flóres ME, Salas B, Martín P, Forgaz 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.
2. Fonseca A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paúl C, Fonseca A (Coord.), *Envelhecer em Portugal*; 281-311.
3. Siqueira A, Cordeiro R, Perracini M, Ramos, Luiz R. (2004) Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*; 38(5):687-694.
4. 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.
5. Paschoal, S. (2006). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*. Rio de Janeiro.
6. Trentini C. (2004). Qualidade de Vida em Idosos: a construção de uma escala de qualidade de vida para idosos. [tese]. *Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre.
7. Paschoal S. (2004). Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. [tese]. *Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo*.
8. 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.

9. Direcção-Geral de Saúde (2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosa. *Lisboa*.
10. The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 23(3):24–56.
11. Fleck, M, Colaboradores (2008). A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde. *Artmend editora*.
12. Páscoa P. (2008). A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso. [tese]. *Universidade Fernando Pessoa*. Porto.
13. Mariz J. (2003). A enfermagem e a Pessoa Idosa, a prática de cuidados como experiência formativa. *Lusociência*.
14. 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.
15. 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*; 109-127.
16. Carvalhais 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.
17. Ponzetto M, Zancocchi M, Maero B, Giona E, Franciseti F, Nicola E, Fabri F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*; 36:83-91.
18. Giacomini T, Wanderley K. (2010). Compreendendo o idoso e a sua vivência de internação hospitalar. *Revista Kairós Gerontologia*; 13(1):221-30.
19. Campos A. (2008). Reformas da saúde: fio condutor. *Almedina*, 2008.

20. Boltz M, Harrington C. (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing*; 105(5):101-02.
21. 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.
22. Filho A, Matos D, Giatti L, Afradique ME, Peixoto S, Lima-Costa MF. (2004). Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; 13(4): 229-238.
23. Mathias T, Jorge MH. (2005). Hospitalização e Mortalidade em Idosos: Um exercício de análise Comparativa. *Ciência, Cuidado e Saúde*; 4(1):25-36.
24. 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.
25. 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.
26. 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):1697-706.
27. Kawasaki K, Diogo M. (2005). Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica*; 12(2): 55-60.
28. Hoogerduijn J. (2011). Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline. *Oisterwijk, The Netherlands*: Utrecht University.
29. Eliopoulos J. (2005). *Gerontological Nursing*. Philadelphia; 6ª ed.

30. 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: Universidade de Aveiro.
30. Krejcie R, Morgan D. (1970). Determining samples size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*; 30:607-610.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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): 203-8.
36. Soares A. (1999). A Síndrome de desorientação hospitalar. *Medicina Interna*; 6(1):69-71.
37. Graf C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *The American Journal of Nursing*; 106(1):58-67.

Anexo 6. Santos, G. & Sousa, L. (2012). A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 15(4), 775-765. Rio Janeiro (RJ). Brasil.

A Espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização⁸

Spirituality in older persons: the influence of hospitalization

Título resumido: Espiritualidade e Hospitalização

Gorete Santos* e Liliana Sousa**

*Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, EPE, Estudante do 2º Ano do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia

Rua Direita nº 21, 2º Esq., 3810-010 Aveiro, Portugal

E-mail: gorete_@hotmail.com

**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

Contacto

Gorete Santos

⁸ Artigo publicado na na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (Santos, G., Sousa, L. (2012). A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 15(4), 775-765. Rio Janeiro (RJ). Brasil.)

Resumo

A espiritualidade é a busca pessoal do significado e propósito da vida, assumindo relevância na velhice. A hospitalização na velhice é vivida com ansiedade, sendo a espiritualidade uma boa estratégia de *coping*. Este estudo compara a espiritualidade de pessoas idosas entre a admissão e alta hospitalar, considerando a influência de variáveis sociodemográficas, patologia e tempo de internamento. A amostra é constituída por 250 participantes (≥ 65 anos), 50,4% do sexo feminino. Administrou-se por entrevista a Escala de Espiritualidade, composta por 5 itens organizados em escala de Likert de 5 pontos. Os principais resultados indicam que: i) 57% dos participantes mantém a média de espiritualidade na admissão e alta (22,5% mantém espiritualidade baixa e 22,5% mantém espiritualidade elevada); ii) 43% revela alterações na espiritualidade, 21,9% apresenta diminuição entre admissão e alta e 20,8% demonstra aumento. As pessoas idosas que vivem em casal são as que tendem a aumentar a espiritualidade durante o internamento. A hospitalização parece ter impactos diferentes na espiritualidade das pessoas idosas, influenciando a forma como lidam com a saúde/doença e por isso deve ser valorizada pelos profissionais de saúde.

Abstract

Spirituality is the personal search for meaning and purpose in life, assuming particular relevance in old age. Hospitalization in old age is experienced with high levels of anxiety, and spirituality has shown to be a relevant coping strategy. This study compares old person's spirituality at hospital admission and discharge, analysing the influence of socio-demographic variables, pathology and period of hospitalization. The sample comprises 250 participants (≥ 65 years old), 50.4% female. The Scale of Spirituality, a 5 points-Likert scale, comprising 5 items was administered by interview. Main findings suggest that: i) 57% of participants show a similar mean of spirituality when comparing admission and discharge (22.5% maintain low spirituality and 22.5% maintain high spirituality); ii) 43% reveal alterations, 21.9% show decreasing of spirituality and 20.8% show increase. Those participants living in couple tend to show increase in their spirituality. The hospitalization

may have different impacts in the spirituality of old persons, what should be considered by practitioners when delivering care.

Palavras-chave: espiritualidade, hospitalização e envelhecimento

Introdução

A espiritualidade emerge como relevante, especialmente no processo de envelhecimento, por constituir uma busca pessoal de significado para a vida.¹ Além disso, a espiritualidade: i) possibilita a redução/gestão da sensação de perda de controlo e esperança; ii) pode ser um recurso de *coping*; iii) ajuda na aceitação da doença, segurança e otimismo face ao tratamento; iv) prepara para a ideia de finitude.^{2,3,4} Atualmente existe grande interesse na pesquisa sobre a espiritualidade, principalmente porque os dados têm demonstrado uma relação positiva e estatisticamente significativa entre espiritualidade, saúde e qualidade de vida.⁵ Contudo muitos destes estudos focam a doença oncológica e cuidados paliativos, exigindo o alargamento a outros contextos e doenças.^{2,3}

A definição de espiritualidade não é consensual, contudo a maioria das definições refere uma procura existencial de significado e sentido para questões complexas da vida, como a morte ou a doença crónica. Neste estudo adotamos a definição de espiritualidade do *National Cancer Institute (2006)* “*sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo a paz de espírito, conexão aos outros e as crenças sobre o significado e o propósito da vida*”.⁶ Esta definição parece conciliar algumas das questões conceptuais, e subjaz à Escala da Espiritualidade utilizada neste estudo. De facto, envolve e articula diversas conceptualizações, tais como: busca pessoal da compreensão de questões fundamentais da vida, referindo que esta relação com o sagrado ou transcendente pode ou não levar à prática de rituais religiosos.^{3,7,4} Ou seja, a espiritualidade não é um monopólio das religiões, mas uma dimensão humana, que pode ou não envolver práticas religiosas e pode existir em indivíduos ateístas ou agnósticos.^{8,9} Compreender a espiritualidade ultrapassa ideologias ou instituições religiosas, pois é um recurso interno do indivíduo, que pode ser acionado pelo contacto com a natureza, artes ou experiência de pessoal. É necessário distinguir espiritualidade e religião, pois são conceitos com frequência utilizados de forma indiferenciada. A espiritualidade está relacionada com o sentido de vida, com o transcendente, enquanto a religião envolve também a participação ou adesão a rituais religiosos.⁴

Este estudo realizou-se em Portugal, onde existe pouca pesquisa populacional centrada na espiritualidade e crenças religiosas. Os últimos dados oficiais sobre a religião em Portugal

(INE, censos populacionais, 2001) indicam que: 96% da população portuguesa refere ter uma crença religiosa (84,5% - católica; 1,41% - outra religião cristã; 0,55% - protestante; 0,20% - ortodoxa; 0,13% - muçulmanos; 0,02% - judeus); 3,9% referem não ter qualquer religião. Estes resultados sugerem a importância da religiosidade na população portuguesa, indicando que a religião católica é predominante.¹⁰

A nível nacional e internacional são escassos os estudos que focam o impacto da hospitalização de pessoas idosas na sua espiritualidade. A hospitalização, em qualquer grupo etário, é um momento difícil para a pessoa que o vivencia; na velhice torna-se mais complexo, pois é mais facilmente associado a morte, dependência e doença, sendo vivenciado com grande stress e ansiedade. Uma hospitalização reforça os sentimentos negativos da pessoa idosa; a depressão tende a emergir ou acentuar. As pessoas idosas ficam mais frágeis e tensas durante o período de internamento e têm a sensação de isolamento.¹¹ Além disso, nos meses seguintes a alta hospitalar tendem a apresentar um declínio funcional e maior morbidade e mortalidade.¹²

As doenças crónicas são um dos principais problemas das pessoas idosas. Hayes (2003) indica que em cada pessoa idosa independente existem três problemas crónicos, que são a principal causa de internamento hospitalar devido a descompensação da doença.¹³ A pessoa idosa tende a apresentar taxas de internamento hospitalar mais elevadas do que as observadas noutros grupos etários, bem como maior duração do internamento.¹⁴ Alguns dados hospitalares portugueses indicam que mais de um terço das altas hospitalares corresponde a pessoas com mais de 64 anos, sendo que cerca de 53% têm períodos de internamento superiores a 20 dias.¹⁵ Segundo Boltz e Harrington (2005)¹⁶, entre 2002 e 2017, haverá um aumento de 78% de internamentos hospitalares de pessoas idosas e de 16% entre os restantes grupos etários.

Em Portugal não foram encontrados estudos que relacionem hospitalização e religiosidade ou espiritualidade, mas existem algumas referências internacionais. Nomeadamente, Anandarajah e High (2001) observaram que: 94% dos doentes admitidos nos hospitais acreditam que a saúde espiritual é tão importante como a física; 77% acreditam que os médicos deveriam considerar mais as necessidades espirituais; e 37% gostavam de falar

com os médicos sobre crenças religiosas; mas, 80% dos médicos nunca ou raramente discutem questões espirituais ou religiosas com os seus doentes.¹⁷

Além disso, Plano Nacional de Saúde português (2004/2010; DGS, 2004) indica que a dimensão espiritual deve ser contemplada no conceito de saúde para permitir a prestação holística de cuidados.¹⁸ Também a carta dos direitos dos doentes internados em Portugal refere que: a experiência do sofrimento torna a dimensão espiritual importante e todos os doentes tem direito a assistência religiosa sempre que o solicitarem.¹⁹

OBJECTIVOS

Este estudo compara a espiritualidade da pessoa idosa no momento de admissão e alta do internamento hospitalar, analisando a influência de variáveis sociodemográficas, patologia e tempo de internamento. A espiritualidade tem demonstrado ser uma importante estratégia de *coping* perante situações adversas, especialmente doenças severas; por isso é relevante perceber como o internamento hospitalar pode afetar a espiritualidade e dessa forma a capacidade da pessoa gerir a sua doença. Assim, os resultados têm implicações no desenvolvimento de medidas de melhoria dos cuidados às pessoas idosas durante o internamento hospitalar.

Métodos

Foi adotada uma metodologia quantitativa, de características descritivas, comparativas e correlacionais. Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética (nº 762/CA) do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., em 14 Outubro de 2009.

INSTRUMENTOS

No estudo utilizou-se o questionário compreendendo várias questões e uma escala: i) dados socioeconómicos (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, local de residência, diagnóstico ou motivo de internamento, data de internamento no serviço, tipo de apoio social recebido); ii) Escala de Avaliação da Espiritualidade.²

Escala de Avaliação da Espiritualidade

A escala de espiritualidade foi desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) para a avaliação dimensão espiritual na prática clínica.² Os itens foram desenvolvidos através da combinação da dimensão espiritual do *Quality of Life- Cancer survivor QOL-CS*, da subescala da espiritualidade do *Instrument da World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)* e dados clínicos.² Esta escala compreende 5 itens organizados numa escala de *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (não concordo) e 4 (plenamente de acordo). Pontuações mais elevadas indicam maior concordância e maior espiritualidade.

A análise factorial realizada pelos autores da escala identificou 2 subescalas: “crenças”, constituída por 2 itens (1-As minhas crenças espirituais dão sentido à minha vida; 2- A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis); “esperança/otimismo” composta por 3 itens (3- Vejo o futuro com esperança; 4-Sinto que a minha vida mudou para melhor; 5- Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida).³ O fator “crenças” envolve os itens associados ao sentido da vida e o fator “esperança/otimismo” integra os itens relativos à perspectiva do futuro com esperança e redefinição de valores. O estudo de desenvolvimento da escala revelou boa consistência interna (Alpha de Cronbach): 0,74 para a escala global; 0,92 para o fator “crenças”; 0,69 para o fator “esperança/otimismo”. Realizámos a análise factorial confirmatória para o nosso estudo que revelou os mesmos dois fatores; os valores do Alpha de Cronbach no nosso estudo são também bons: 0,85 - escala global; 0,82 - fator “crenças”; 0,81 - fator “esperança/otimismo”.

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.

AMOSTRA

Neste estudo 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.²⁰

Caracterização da amostra

Na fase de admissão a amostra é constituída por 250 participantes, 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. A maioria dos participantes encontra-se reformada (62%). 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 apoio social: 85,2% - sem apoio; 7,2% - lar de idosos; 6,8% – apoio domiciliar.

Tabela 1. Caracterização da Amostra - Serviço de Medicina Interna 2010/2011

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

Em relação ao diagnóstico clínico ou motivo de internamento (categorizados de acordo com os aparelhos do corpo humano) observa-se: 36,8% - doenças respiratórias (51,1% do sexo masculino); 18,8% - com multipatologias (51,1% do sexo feminino) e 14,4% do aparelho neuro-hormonal (61,1% do sexo feminino); 11,6% do aparelho circulatório (62,06% do sexo feminino). Quanto aos antecedentes clínicos: 44% - com multipatologias; 21,6% - do aparelho circulatório; 9,2% sem antecedentes clínicos relevantes (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra: diagnóstico e antecedentes clínicos

Diagnóstico ou motivo de internamento $=\chi^2 (7) = 0,783, p=0,993$				
Aparelho reprodutor	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	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 $=\chi^2 (8) = 1,33, p=0,995$				
Nenhum	23	9,2	20	8
Aparelho reprodutor	1	0,4	0	0
Aparelho Circulatório	54	21,6	37	14,8
Aparelho Respiratório	14	5,6	10	4
Aparelho Neuro-Hormonal	25	10	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	80	32

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 terem sido reinquiridos, 3,2% (n=8) foram transferidos de serviço; e 1,2% (n=3) recusaram-se a responder. O tempo médio entre a 1ª e a 2ª inquirição foi de 10 dias, variando entre 3 dias e 25 dias.

A amostra na fase de alta apresenta uma distribuição similar à fase de admissão (tabelas 1 e 2) em todas as variáveis, com exceção da variável “apoio social” em que as distribuições são significativamente diferentes: na fase de alta há aumento de utentes usando

equipamentos sociais (serviço de apoio domiciliário e lar de idosos). Tal ocorre porque durante a internação são detetadas situações que necessitam de apoio domiciliar ou o grau de dependência dos doentes aumenta exigindo uma resposta social.

Ainda uma referência aos participantes (n=33) entrevistados na admissão que morreram durante o internamento: média de idade de 76,93 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.

Resultados

A análise dos dados baseia-se na análise descritiva, correlacional e classificatória.

Espiritualidade

Verifica-se que as médias da escala global e subescalas (tabela 3) variam entre o “concordo um pouco” e o “concordo bastante”, e são estatisticamente idênticas quando comparadas as duas fases de administração. O valor mais elevado verifica-se na subescala crenças, em ambas as fases; sendo as médias do fator “crenças” estatisticamente superiores às do fator “esperança/otimismo” (admissão: T=9,973; p=0,04; alta: T= 10,343; p=0,04).

Tabela 3. Espiritualidade na fase de admissão e alta hospitalar – Serviço de Medicina Interna 2010/2011

	1ª Fase (admissão) n=250		2ª Fase (alta) n=182		t-Sudent	
	M	DP	M	DP	t	P
Crenças	2,76	0,64	2,72	0,61	0.654	0.51
Esperança/Otimismo	2,35	0,65	2,26	0,6	1.467	0.14
Escala Global	2,51	0,58	2,45	0,56	1.077	0.28

Grupos de Espiritualidade

Para estabelecer grupos de participantes considerando a espiritualidade na admissão e alta procedeu-se à análise de *clusters* (K-means) considerando todos os itens da Escala de Espiritualidade. Optou-se por uma solução de 4 *clusters*, por ser a mais ajustada aos resultados (tabela 4).

Tabela 4. Grupos de Espiritualidade – Serviço de Medicina Interna 2010/2011

N=182 (Escala/Média)	<i>Cluster 1</i> (n=41; 22,5%) Manutenção de pouca espiritualidade		<i>Cluster 2</i> (n=63; 34,6%) Manutenção de muita espiritualidade		<i>Cluster 3</i> (n=40; 21,9%) Diminuição da espiritualidade		<i>Cluster 4</i> (n=38; 20,9%) Aumento da espiritualidade	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Admissão								
Escala total (2,51)	2,04 (-)	0,288	2,93 (+)	0,352	2,95 (+)	0,299	1,83 (--)	0,388
Crença (2,76)	2,39 (-)	0,542	3,16 (+)	0,41	3,11 (+)	0,4	2,12 (--)	0,62
Esperança (2,34)	1,81 (-)	0,299	2,78 (+)	0,441	2,85 (+)	0,354	1,64 (--)	0,48
Alta								
Escala total (2,45)	2,01 (-)	0,339	2,82 (+)	0,32	1,87 (--)	0,34	2,91 (+)	0,266
Crença (2,72)	2,34 (-)	0,553	3,10 (+)	0,334	2,10 (--)	0,362	3,17 (+)	0,354
Esperança (2,26)	1,80 (-)	0,364	2,63 (+)	0,454	1,71 (-)	0,441	2,73 (+)	0,318

Nota: os sinais (+), (-) e (--) pretendem apenas ajudar a comparar cada média com a média global do fator

Considerando as médias dos fatores e a evolução entre a admissão e a alta, os *clusters* foram nomeados assim: *Cluster 1* – Manutenção de Pouca Espiritualidade, envolve participantes com baixa espiritualidade que se mantém nas duas fases (22,5% dos participantes); *Cluster 2* – Manutenção de Muita Espiritualidade, engloba sujeitos com espiritualidade elevada que se mantém em ambas as fases (34,6%); *Cluster 3* – Diminuição da Espiritualidade, inclui sujeitos com espiritualidade elevada na admissão, que baixa na fase de alta (21,9%); *Cluster 4* – Aumento da Espiritualidade, inclui pessoas com baixa espiritualidade na admissão e que aumenta na alta (20,8%).

Em seguida analisou-se, com base no cálculo em frequências observadas e esperadas, como os *clusters* variam com o sexo, residência, estado civil, com quem vive, situação profissional, o número de visitas, diagnóstico e antecedentes clínicos. Os resultados

indicam distribuições similares nas variáveis: sexo, residência, visitas e diagnóstico. Emergiram distribuições com diferenças significativas quanto a “com quem vive”. Verifica-se uma tendência para que quem vive em casal vivenciar um aumento da espiritualidade; quem não vive em casal, mesmo que viva em família, tende a diminuir a espiritualidade ou manter muita espiritualidade.

Em relação a estado civil, situação profissional e antecedentes clínicos há tendências que passamos a analisar. Quanto ao estado civil observa-se que: no grupo dos que mantêm muita espiritualidade (*cluster 2*) há menos casados e mais viúvos; no *cluster 4*, aumento da espiritualidade, há mais pessoas casadas e menos viúvas do que esperado. Quanto à situação profissional observa-se que (tabela b): no *cluster 3*, diminuição da espiritualidade, há mais reformados do que esperado; no *cluster 4*, aumento da espiritualidade, há menos reformados do que esperado. Quanto aos antecedentes clínicos observa-se: no *cluster 1* (manutenção de pouca espiritualidade) e no *cluster 4* (aumento da espiritualidade) há mais pessoas com multipatologia do que o esperado; nos *clusters 2* (manutenção de muita espiritualidade) e 3 (diminuição da espiritualidade) há menos pessoas com multipatologia do que o esperado.

Em relação às variáveis rendimento, escolaridade, idade e dias de internamento calcularam-se as médias em cada *cluster*, não tendo sido encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa.

Discussão

Espiritualidade

No momento de admissão hospitalar verifica-se que os participantes atribuem importância moderada a alta à espiritualidade, pois apresentam uma média de 2,51 em 5 pontos. A literatura indica que a espiritualidade ganha relevo com o envelhecimento, pois é uma estratégia que ajuda a enfrentar as alterações.²¹ Além disso, é um processo que responde às necessidades de desenvolvimento nas pessoas idosas, que enfrentam o processo de revisão e integração da vida, procurando um sentido para a vida que viveram e para a que vão viver.²² Neste estudo, os participantes vivem um momento de internamento hospitalar, que nos mais velhos tende a ser vivido com especial vulnerabilidade, envolvendo a incerteza

quanto ao futuro e, em especial, o confronto com a morte e o sentido da vida.¹¹ O *coping religioso/espiritual* apresenta-se como uma forma das pessoas utilizarem a fé e crença para lidarem com a crise, permitindo às pessoas idosas, doentes e internadas procurarem um significado ou explicação para o adoecimento e/ou a cura através da fé.²³

Os dados indicam que dimensão vertical (crenças) é estatisticamente superior à dimensão horizontal (esperança/otimismo). Este resultado sugere que a crença não é acompanhada por esperança e otimismo; aliás, a média da espiritualidade diminui porque no fator “esperança/otimismo” os participantes pontuam mais baixo. A dimensão “esperança/otimismo” apresenta a média mais baixa no item “vejo o futuro com esperança”. Provavelmente, também pela idade, os participantes confrontam-se com a percepção de finitude e não vêem o futuro com esperança.⁴ A percepção do tempo varia com a idade (tempo de vida esperado), nos mais velhos tem de ocorrer um ajustamento que reflita a aceitação dos constrangimentos do tempo de vida possível ou provável. A teoria da seletividade sócio-emocional sugere que a forma como os indivíduos percebem o tempo se associa a ajustamento social e emocional: i) quem percebe o tempo futuro como limitado tende a dar prioridade a objetivos emocionais; ii) os que percebem o futuro como aberto e o presente como orientado para um futuro alargado tendem a atribuir prioridade a objetivos instrumentais.^{24,25} As pessoas mais velhas também têm de reajustar a sua percepção do tempo e definir os seus objetivos em consonância.

Da admissão à alta hospitalar

As médias no momento de admissão e alta hospitalar são estatisticamente similares. Este resultado sugere que o internamento hospitalar parece não alterar a espiritualidade das pessoas idosas. Contudo, para melhor compreender a evolução da espiritualidade entre o momento de admissão e alta hospitalar, realizou-se uma análise de *clusters*, que fez emergir 4 grupos estatisticamente diferentes. E esta análise mais discriminatória sugere diversos comportamentos dos participantes. Os quatro grupos emergentes revelam duas situações: i) dois grupos não apresentam alterações na espiritualidade entre a admissão e a alta hospitalar (57%); num grupo há manutenção de pouca espiritualidade (22,5%) e no outro de muita espiritualidade (34,6%); ii) dois grupos apresentam alterações (43%); num há diminuição (21,9%) e no outro aumento da espiritualidade (20,9%). Ou seja, o

internamento hospitalar envolve diferentes impactos na espiritualidade, revelando a heterogeneidade das pessoas idosas e, provavelmente, diferentes processos desenvolvimentais.

Algumas variáveis estudadas não demonstraram influenciar a evolução da espiritualidade entre a admissão e a alta hospitalar: situação profissional; diagnóstico/motivo de internamento; antecedentes clínicos; rendimento; escolaridade. Mas outras ajudam a analisar esses diferentes percursos relativos à espiritualidade durante o internamento.

A variável “com quem vive” é a única estatisticamente significativa. O significado de viver em família não fica completamente esclarecido pela resposta ao instrumento utilizado, pois pode incluir viver com o cônjuge e outros familiares, ou pode indicar que vive apenas com outros familiares porque é viúvo, solteiro ou divorciado/separado.

A influência de viver em família pode assumir dois sentidos: i) manter muita espiritualidade; ii) diminuir a espiritualidade. Viver com a família na velhice tem sido associada às pessoas idosas sentirem que são uma sobrecarga para os familiares e/ou sentirem que existe uma troca desequilibrada (recebem mais do que dão). O internamento hospitalar pode criar o sentimento de que a dependência e a necessidade de cuidados irá aumentar e a pessoa idosa poderá sentir que a qualidade da relação familiar poderá não ser a melhor para esta situação (diminui espiritualidade); ou a pessoa idosa sente que a família se manterá dedicada e feliz por cuidar (aumento da espiritualidade).

O aumento da espiritualidade observa-se mais em pessoas que vivem em casal. Diversos estudos demonstram que os idosos que vivem em casal tendem a sofrer menos de depressão, devido ao suporte conjugal que influencia o bem-estar psicológico e funciona como alívio do stress quotidiano.²⁶ A rede familiar pode providenciar recursos emocionais e psicológicos que permitam à pessoa evitar certos stressores; contudo é o apoio conjugal que mais parece permitir a expressão de medos, angústias e ansiedades. Na relação conjugal há uma relação de igualdade e complementaridade, desenvolvida e fortalecida ao longo de anos que facilita a confiança em ter o apoio adequado.

Implicações, limites e perspectivas de pesquisa

Os resultados dão algumas indicações para os cuidados espirituais durante o internamento hospitalar de pessoas idosas. Mostra o relevo do agregado familiar associado ao estado civil, pois homens viúvos parecem ter mais dificuldade em manter a espiritualidade como uma estratégia de *coping*. Como perspectivas de investigação consideramos relevante perceber melhor a qualidade e influência da relação conjugal e da relação familiar ao longo da vida, para aprofundar a sua influência na espiritualidade e na vivência de um internamento hospitalar. Este estudo é quantitativo e seria fundamental complementar com dados qualitativos, pois a espiritualidade por essência é subjetiva; os dados qualitativos permitiriam compreender o significado espiritualidade para os participantes, como é vivida e agida durante o internamento.

Conclusão

Este estudo focou a influência do internamento hospitalar na espiritualidade da pessoa idosa. Revelou que o internamento hospitalar, mesmo que com duração reduzida (cerca de 10 dias), influencia as vivências espirituais do idoso internado. A espiritualidade é uma estratégia de *coping* relevante perante perdas, mudanças e desafios, incluindo os decorrentes do processo de envelhecimento.⁵ Assim, os profissionais de saúde deverão considerar, principalmente, que durante o internamento há pessoas que diminuem a sua espiritualidade, o que poderá limitá-las na gestão da doença e do regresso a casa. Assim, é relevante que os profissionais de saúde valorizem esta dimensão para promover o bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas internadas.

Referência

1. Thoresen, CE. Spirituality and health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*. 1999; 4(3), 291-300
2. Pinto, C e Ribeiro, JP. Construção de uma escala de avaliação em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*. 2007; 21 (3), 47-53

3. Pinto, C e Ribeiro, JP. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro. Implicações a qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010; 28 (1)
4. Dalby, P. Is there a process of spiritual change or development with ageing? A critical review of research. *Aging & Mental Health*. 2006; 10(1), 4-12
5. Panzini, RG, Rocha, NS, Bandeira, DR, Fleck, MA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de psiquiatria Clínica*. 2007, 34; 105-115
6. National Cancer Institute. *Spirituality*. 2006. (Consultado 10 de Novembro 2010). Disponível: http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha?CrID=441265
7. Crowther, MR, Parker, MW, Achenbaum, WA, Larimore, WL e Koenig, HG. Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*. 2002; 42(5), 613-620
8. Fleck, MA e colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida-guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed editora
9. Pestana, JP, Estevens, D e Conboy, J. O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Revista de Cons-Ciências*. 2007, Setembro
10. Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2001: resultados definitivos*. Lisboa, 2002
11. Carvalhais, M e Sousa, L. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 2007; 9(3), 596-616
12. Ponzetto, M, Zanicchi, M, Maero, B, Giona, E, Franciseti, F, Nicola, E, Fabri, F. Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2003; 36, 83-91
13. Hayes, KS. Idosos (capítulo 32, 297-304). In K. Oman et al. (Org.). *Segredos em Enfermagem de Urgência*. Porto Alegre: Artmed

14. Giacomini, T e Wanderley, K. Compreendendo o idoso e a sua vivência de internação hospitalar. *Revista Kairós Gerontologia*. 2010; 13(1), 221-30
15. Campos AC. *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra: Almedina, 2008
16. Boltz M, Harrington C. Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing* 2005; 105(5):101-02.
17. Anandarajah, G e High, E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*. (2001); 63, 81-89
18. Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde. *Plano nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. 2004. Lisboa: Direcção-Geral de saúde.
19. Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde. *Carta dos direitos do doente internado*. 2005 (consultado em 15 de Fevereiro de 2011). Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
20. Krejcie R, Morgan D. Determining samples size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. (1970); 30, 607-610
21. Panzini, RG, Bandeira, DR e Fleck, MA. Espiritualidade/Religiosidade e Qualidade de Vida. In *A avaliação da Qualidade de vida: guia para profissionais*. 2008, 178-196. Porto Alegre: Artimed
22. Ross, L. The spiritual dimension: its importance to patients health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nurse Studies*. 1995; 32, 457-468
23. Tornstam, L. Gerotranscendence: The Contemplative Dimension of Aging. *Journal of Aging Studies*. 1997; 11(2), 143-154
24. Carstensen, LL, Isaacowitz, D e Charles, ST. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*. 1999; 54, 165-181

25. Lang, FR e Carstensen, LL. Time counts: Future time perspective, goals and social relationships. *Psychology and Aging*. 2002; 17, 125-139
26. Ramos, MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002; 4 (7), 156-175.

Anexo 7. Santos, G., Sousa, L. & Sá, P. (2013). Hospitalização de pessoas idosas: espiritualidade, risco de dependência, quedas e readmissão. Submetido a *Revista Saúde e Sociedade*. Em Janeiro de 2014.

Hospitalização de pessoas idosas: espiritualidade, risco de dependência, quedas e readmissão⁹

Hospitalization of the elderly: spirituality, risk of dependence, risk of falls and readmission

Gorete Santos¹, Liliana Sousa², Pedro Sá Couto³

¹Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, EPE, Estudante do 4º Ano do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia

²Psicóloga, PhD, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro; membro da Unidade de Investigação e Formação de Adultos e Idosos

³PhD, Centro de Investigação e Desenvolvimento em Matemática e Aplicações (CIDMA), Departamento de Matemática (DMAT), Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

Gorete Pereira: envolvimento em todas as fases, incluindo conceptualização, recolha de dados, análise e discussão

Liliana Sousa: conceptualização do estudo, discussão dos resultados

Pedro Sá Couto: análise dos dados

Contacto: Gorete Santos

Rua Direita nº 21, 2º Esq., 3810-005 Aveiro, Portugal

Contato telefónico: (00351) 964153901

E-mail: gorete@hotmail.com

⁹ Artigo submetido a Revista Saúde e Sociedade.

Resumo

Este estudo adota a perspectiva da pessoa idosa (≥ 65 anos) analisando a influência da hospitalização, em três momentos (admissão, alta e 6 a 12 meses depois), nas variáveis: in/dependência funcional; risco de quebra de cuidados; risco de quedas; espiritualidade. Com base nessas variáveis organizou-se um modelo preditivo de óbitos. A amostra compreende 250 participantes, 50,4% do sexo feminino. Administrou-se o *EASYcare* e a Escala da Espiritualidade. Os principais resultados indicam que: i) na admissão os participantes são mais independentes, ii) na alta e *follow-up* são mais dependentes; iii) na admissão o risco de rutura de cuidados é menor, por comparação com a alta; iv) no *follow-up* o risco de queda é menor, enquanto na alta é superior. Os dados sugerem a alta é o momento mais crítico, emergindo alguma recuperação no *follow-up*. O modelo preditivo de óbitos sugere: os fatores protetores de falecimento entre admissão e alta são rendimentos suficientes e ausência de apoio social; os fatores de risco de falecimento entre alta e *follow-up* são idade e risco de queda elevado; os fatores protetores de falecimento entre admissão e *follow-up* são antecedentes clínicos do foro cardíaco.

Palavras-chaves: idosos; qualidade de vida; hospitalização; mortalidade

Abstract

This study adopts the perspective of the older person (≥ 65 years) to examine the influence of hospitalization at three moments (admission, discharge, and 6 to 12 months later) in the variables: in/dependence; risk of breakdown in care; risk of falls; spirituality. Based on these variables was organized a model predictive of death. The sample comprised 250 participants, 50.4% were female. The *EASYcare* and Spirituality Scale were administered. The main results are: i) in admission the participants are more independent; ii) in discharge and *follow-up* are more dependent; iii) in admission the risk of rupture care is lower compared with the discharge; iv) at *follow-up* the risk of falling is lower, while on discharge is higher. Data suggest that discharge is the most critical moment, emerging some recovery at *follow-up*. The predictive model of death suggests: protective factors of death between admission and discharge are low income and lack of social support; risk factors of death between discharge and *follow-up* are age and high risk of falling;

protective factor of death between admission and *follow-up* is clinical history of cardiac problems.

Keywords: older persons; quality of life; hospitalization; mortality

Introdução

A hospitalização em todas as idades é vivida com ansiedade, que tende a aumentar na velhice pela associação à diminuição da qualidade de vida (QV) e ao aumento de probabilidade de dependência funcional, risco de quedas, reinternamento hospitalar e mortalidade.^{1,2} A literatura refere que em cerca 34% a 50% das pessoas idosas vai ter aumentar a dependência funcional ao longo da hospitalização^{3,4}. A dependência funcional nas pessoas idosas tende a aumentar na alta e fase posterior do internamento hospitalar⁵. Este aumento tem sido associado a vários fatores, que conjugam as alterações normativas do envelhecimento, com elementos da hospitalização (como o repouso no leito ou imobilidade; interação medicamentosa; polimedicação; procedimentos de diagnóstico; procedimentos médicos e de enfermagem)^{3,6,7}.

Um internamento hospitalar nos últimos 12 meses aumenta 4 vezes o risco de reinternamento nas pessoas idosas^{3,8}. Este ciclo tende a aumentar o número de readmissões hospitalares^{9,10}, pois a hospitalização associa-se a novas incapacidades ou agrava as pré-existentes. Os fatores de risco de readmissão hospitalar são: incapacidade funcional, gravidade da doença, co-morbidades, polimedicação e idade avançada^{11,12}. Os doentes idosos tendem a ter internamentos mais prolongados, com superior morbidade e mortalidade nos meses seguintes,⁵ sendo que ao final de 6 meses a taxa de mortalidade tende a ser superior a 20%.^{5,13} As principais causas de morte em Portugal são doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias¹⁴. Os fatores de risco de mortalidade nas pessoas idosas são: sexo (masculino); idade (a probabilidade aumenta com a idade); hospitalização; dependência funcional; *deficit* cognitivo; estilos de vida (como tabagismo, sedentarismo); isolamento social; falta de suporte familiar; baixo nível socioeconómico; e auto-percepção de saúde frágil^{5, 15}.

As quedas têm impacto negativo na vida dos idosos, aumentando o risco de lesões, bem hospitalização, institucionalização ou morte^{16,17}. Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com 65 anos ou mais sofrem uma queda por ano; este número aumenta para 32% a 42% nas pessoas com 70 anos ou mais¹⁸. A etiologia das quedas na velhice é multifatorial, sendo exacerbada por algumas doenças crónicas e limitações sensoriais¹⁹.

A hospitalização e as readmissões hospitalares/institucionalizações constitui um período de vulnerabilidade e a espiritualidade têm demonstrado ser um bom mecanismo de *coping*^{20,21,22,23}. Em Portugal não foram encontrados estudos sobre hospitalização e QV. Contudo, a pesquisa internacional mostra que, principalmente na velhice, na sequência de um internamento hospitalar tende a ocorrer diminuição da percepção de QV, associada à perda de capacidade funcional e maior prevalência de co-morbilidades^{24,25}. A definição mais consensual de QV é a da OMS²⁶, também utilizada no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas²⁷: *“percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, 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 aspetos importantes do meio ambiente”*. Nesta definição prevalece a subjetividade (perspetiva individual), multidimensionalidade (várias componentes), umas positivas e outras negativas (uma “boa” qualidade de vida exige alguns elementos estarem presentes e outros ausentes).

É pertinente conhecer a influência da hospitalização na QV das pessoas idosas, para melhor planear os serviços e recursos durante o internamento, respondendo melhor às necessidades e características destas pessoas. Este estudo analisa a influência da hospitalização, considerando três momentos (admissão, alta e seis meses após alta), e as seguintes variáveis: in/dependência; risco de queda; risco de quebra de cuidados e/ou readmissão hospitalar e espiritualidade. Além disso, elabora um modelo preditivo de mortalidade. Os resultados têm implicações para o desenvolvimento de medidas de promoção da QV das pessoas idosas durante e após a hospitalização.

Objetivos

Este estudo adota a perspetiva da pessoa idosa (≥ 65 anos) para analisar a influência da hospitalização, considerando três momentos (admissão, alta e 6 a 12 meses depois), nas seguintes variáveis: in/dependência funcional; risco de quebra de cuidados; risco de quedas; espiritualidade. Em termos específicos: i) caracteriza e compara essas variáveis nos três momentos; ii) estabelece um modelo de preditivo de mortalidade baseado nessas

variáveis e em variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, sexo, rendimento, apoio social, diagnóstico/motivo de internamento e antecedentes clínicos). Os resultados permitirão elaborar recomendações para promover a QV das pessoas idosas durante e após a hospitalização.

Métodos

Foi adotada uma metodologia quantitativa, de características descritivas, comparativas e correlacionais. Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética (nº 762/CA) do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., em 14 Outubro de 2009.

Neste estudo foram seleccionadas pessoas idosas (≥ 65 anos) internadas no serviço de Medicina 1, 2 e 3 (serviços que atendem as pessoas idosas) do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. O tamanho da amostra foi determinado após pesquisa sobre o número de doentes com ≥ 65 anos admitidos no serviço de medicina interna em 2009 (ano anterior à recolha dos dados), através do Gabinete de Gestão de Informação do Hospital. Verificou-se o internamento de 391 pessoas idosas em 2009; uma amostra representativa²⁸, incluiria 196 participantes, mas optou-se por 250 participantes, considerando a potencial morte experimental.

O instrumento foi aplicado por entrevista à amostra em três fases: admissão, alta e 6 a 12 meses após a alta (*follow-up*). Na admissão foram aplicados 250 questionários; os doentes eram contactados pela primeira autora que pedia a sua colaboração. Quando os doentes tinham alta clínica, o profissional de serviço contactava a primeira autora que realizava as entrevistas. As entrevistas na admissão e alta decorreram no hospital, sempre em locais que respeitavam a privacidade e após a assinatura do consentimento livre e esclarecido. Tiveram uma duração entre 30/40 minutos e decorreram entre janeiro e agosto de 2010. Após 6 a 12 meses da alta, os participantes eram contactados (por telefone, até o máximo de 3 tentativas; após essas tentativas, o participante era excluído). Esta recolha decorreu até janeiro de 2011. As entrevistas realizaram-se em casa dos participantes e duraram entre 60 e 90 minutos.

Instrumentos

No estudo utilizou-se: i) questionário socioeconômico e clínico (sexo, idade, escolaridade, situação profissional, local de residência, diagnóstico ou motivo de internamento, data de internamento no serviço, tipo de apoio social recebido); ii) três pontuações do *EASYcare* (Elderly Assessment System, Sistema de Avaliação de Idosos; versão portuguesa²⁹) independência, risco de rutura de cuidados e risco de quedas; iii) Escala de Avaliação da Espiritualidade²¹.

Independência, risco de rutura de cuidados e risco de quedas: EASYcare

O *EASYcare* é um instrumento de rápida e simples utilização, que avalia múltiplos domínios da QV em pessoas idosas (≥ 65 anos), adotando a sua perspetiva. No global, contempla as seguintes dimensões: aspetos sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, condições de habitação, situação financeira, atividade física e saúde mental e bem-estar. A partir dessas dimensões (tabela 1) é possível calcular três pontuações: risco de queda (0-8 pontos); risco de rutura de cuidados (envolve risco de reinternamento e institucionalização; 0-12 pontos); independência funcional (0-100 pontos). Valores mais elevados significam maior dependência, risco de queda e rutura de cuidados. Verificamos a consistência interna destas 3 dimensões e obtivemos os seguintes valores de Alpha de Cronbach: 0,763 - independência funcional; 0,820 - risco de rutura de cuidados; 0,737- risco de queda. Este instrumento capta a perceção dos respondentes, não podendo ser aplicado a pessoas incapazes de se expressar (com alterações da linguagem ou alterações cognitivas)³⁰.

Tabela 1. Risco de queda, Rutura Cuidado e Independência

Risco de Queda	Rutura de Cuidado	Independência
1 ponto por resposta afirmativa		Somar pontos
Dificuldade em ver	Precisa ajuda a vestir-se	Não consegue usar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)
Dificuldade em deslocar-se	Precisa ajuda no banho	Precisa de ajuda para manter o aspeto cuidado (5)
Falta de segurança em casa	Precisa ajuda a alimentar-se	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)
Pouca estabilidade de pé	Alguns acidentes de bexiga	Não consegue tomar banho/duche (5)
Uma ou mais quedas no último ano	Precisa ajuda a usar sanita	Não consegue fazer tarefas domésticas (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)
Limitado ao domicílio	Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	Não consegue preparar refeições (5), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)
Ingestão excessiva de álcool	Preocupações com o peso	Não consegue alimentar-se (8), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)
	Saúde razoável ou fraca	Não consegue tomar medicamentos (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)
	Muitas dores corporais no	Acidentes frequentes de bexiga (8), ocasionais (5), sem

último mês “Em baixo”, deprimido ou desesperado Pouco interesse ou prazer em fazer coisas Perda de memória ou esquecimentos	acidentes (0) Acidentes frequentes de intestinos (8), ocasionais (6), sem acidentes (0) Não consegue utilizar a sanita (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0) Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0) Acamado (8), precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), de cadeira de rodas sem ajuda (5), sem ajuda (0) Não consegue subir nem descer escadas (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0) Não consegue andar no exterior (6), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0) Não consegue ir às compras (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0) Não consegue deslocar-se a serviços públicos (5), com alguma ajuda (2), sem dificuldade (0) Não consegue gerir as finanças (4), capaz de gerir (0)
---	---

Escala de Avaliação da Espiritualidade

Esta escala foi desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro²¹ (2007) para avaliar a espiritualidade na prática clínica. Os itens foram definidos através da combinação da dimensão espiritual do *Quality of Life- Cancer survivor QOL-CS*, da subescala da espiritualidade do *Instrument da World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)* e dados clínicos²¹. Compreende 5 itens, numa escala de Likert de 4 pontos, variando entre 1 (não concordo) e 4 (plenamente de acordo). Pontuações mais elevadas indicam maior espiritualidade. A análise fatorial identificou duas subescalas: “crenças” (2 itens associados ao sentido da vida); “esperança/otimismo” (3 itens relativos à perspetiva do futuro com esperança e redefinição de valores)²¹. A escala revelou boa consistência interna (alpha de Cronbach: 0,74 - escala global; 0,92 - fator “crenças”; 0,69 - fator “esperança/otimismo”). A análise fatorial confirmatória exploratória para a amostra deste estudo revelou os mesmos fatores; os valores do alpha de Cronbach são também bons: 0,85 - escala global; 0,82 - fator “crenças”; 0,81 - fator “esperança/otimismo”.

Amostra

Na admissão a amostra compreende 250 participantes, 50,4% do sexo feminino (tabela 2). A média (M) etária é de 79,6 anos com um desvio-padrão (DP) de 7,6; 59,6% residentes em meio urbano. Quanto ao estado civil, 49,2% são casados e 44,4% são viúvos. Observa-se que 41,6% vive em casal, 39,2% em família e 6% estão institucionalizados. A maioria dos participantes está aposentada (62,0%). Em relação ao rendimento: 70% indica ser

“suficiente”; 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=2,0). Em relação ao diagnóstico clínico ou motivo de internamento, categorizados de acordo com os aparelhos do corpo humano, observa-se: 36,8% do aparelho respiratório; 18,8% com multipatologias; 14,4% do aparelho neuro-hormonal; 11,6% do aparelho circulatório. Quanto aos antecedentes clínicos: 44% - multipatologias; 21,6% - aparelho circulatório; 9,2% antecedentes clínicos relevantes. Em relação ao apoio social: 85,2% - sem apoio; 7,2% - lar de idosos; e 6,8% – apoio domiciliar.

Tabela 2. Caracterização da amostra

	Admissão n=250		Alta n=182		Follow-up n=127	
	N	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	126	50,4	93	51,1	69	54,3
Masculino	124	49,6	89	48,9	58	45,7
Residência						
Rural	101	40,4	68	37,4	49	38,6
Urbana	149	59,6	114	62,6	78	61,4
Estado Civil						
Casado	123	49,2	94	51,6	69	54,3
Divorciado	6	2,4	3	1,6	3	2,4
Solteiro	10	4,0	7	3,8	5	3,9
Viúvo	111	44,4	78	42,9	50	39,4
Rendimento						
Sobra algum dinheiro	9	3,6	6	3,3	4	3,1
Suficiente	175	70,0	133	73,1	92	72,4
Não chega	66	26,4	43	23,6	31	24,4
Com quem vive?						
Casal	104	41,6	80	44,0	59	46,5
Família	98	39,2	68	37,4	38	29,9
Instituição	14	5,6	9	4,9	12	9,4
Outra	4	1,6	4	2,2	2	1,6
Sozinho	30	12,0	21	11,5	16	12,6
Situação profissional						
Doméstica	2	0,8	2	1,1	2	1,6
Trabalhador a tempo inteiro	10	4,0	8	4,4	5	3,9

Pensionista	83	33,2	55	30,2	39	30,7
Reformado	155	62,0	117	64,3	81	63,8
Diagnóstico ou motivo de internamento						
Aparelho reprodutor	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aparelho Circulatório	29	11,6	22	8,8	14	11,0
Aparelho Respiratório	92	36,8	68	27,2	47	37,0
Neuro-Hormonal	36	14,4	24	9,6	18	14,2
Aparelho Digestivo	20	8,0	17	6,8	11	8,7
Aparelho Excretor	18	7,2	13	5,2	7	5,5
Esqueleto	8	3,2	4	1,6	3	2,4
Multipatologias	47	18,8	36	14,4	27	2,3
Antecedentes Clínicos						
Nenhum	23	9,2	20	8,0	13	10,2
Aparelho reprodutor	1	0,4	0	0,0	1	0,8
Aparelho Circulatório	54	21,6	37	14,8	26	20,5
Aparelho Respiratório	14	5,6	10	4,0	8	6,3
Neuro-Hormonal	25	10,0	18	7,2	14	11,0
Aparelho Digestivo	11	4,4	9	3,6	6	4,7
Aparelho Excretor	8	3,2	7	2,8	5	3,9
Esqueleto	4	1,6	3	1,2	2	1,6
Multipatologias	110	44,0	80	32,0	52	40,9
Apoio Social						
Sim	37	14,8	53	29,1	37	70,9
Se sim, qual?						
Serviço de Apoio Domiciliário	17	6,8	36	19,8	20	15,7
Centro de Convívio	0	0,0	1	0,5	1	0,8
Lar de Idosos	18	7,2	17	9,3	15	11,8
Acolhimento familiar	2	0,8	1	0,5	2	1,6

Na alta a amostra compreende 182 participantes (72,8%); o decréscimo ocorreu porque 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 de internamento foi 10 dias (DP=3,9), variando entre 3 e 25 dias.

O *follow-up* (6 a 12 meses após a alta) envolve 127 participantes (50,8% da amostra inicial); esta diminuição deveu-se a: 36 falecimentos; 15 não reuniam condições para responder (problemas cognitivos); e 4 não foi possível contactar. Nesta fase, a amostra tem 54,3% participantes do sexo feminino (tabela 2). A média etária é de 76,4 anos (DP=7,5),

61,4% residentes em meio urbano. Quanto ao estado civil a maioria são casados: 54,3%. A maioria encontra-se reformada (63,8%). Em relação ao rendimento: 72,4% refere ser “suficiente” e 3,1% afirma “sobrar algum dinheiro”. Verifica-se predomínio de baixa escolaridade, sendo a média de 2,6 anos de escolaridade (DP=2,0).

Quanto aos antecedentes clínicos: 40,9% - com multipatologias; 20,5% - do aparelho circulatório; 10,2% sem antecedentes clínicos relevantes. Em relação ao apoio social: 70,9% - sem apoio; 15,7% - apoio domiciliar e 11,8% - lar de idosos.

Nas três fases a amostra apresenta distribuição similar (tabela 2) em todas as variáveis, com exceção da variável “apoio social”: essencialmente vai aumentando a percentagem de participantes com apoio social formal ao longo das fases.

Uma referência aos participantes entrevistados na admissão e que morreram durante o internamento (n=33): média de idade de 76,9 anos; 51,5% a viver em família; 78,8% reformados; 66,7% referiu que os seus rendimentos eram “suficientes” e nenhum referiu “sobrar algum dinheiro”. 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% - multipatologias, 27,3% - patologia do aparelho circulatório; 3% sem antecedentes clínicos relevantes.

Em relação aos participantes que faleceram entre a alta e o *follow-up* (n=36): a média de idade é 80,7 anos (DP=7,6); 63,9% são do sexo masculino; 80,6% referiu que os seus rendimentos eram “suficientes”; média de 2,6 anos de escolaridade (DP=1,9); e 38,9% viviam em casal. Em relação aos antecedentes clínicos: 47,2% - multipatologias, 22,2% patologia do aparelho circulatório; 11,1% sem antecedentes clínicos relevantes.

Análise dos dados

As variáveis sociodemográficas são apresentadas através da estatística descritiva. Para os resultados da inferência estatística, nas variáveis “estado civil” e “com quem vive” ignoram-se algumas categorias (divorciados, n=3; sozinhos, n=5; viviam em instituição, n=4 e noutras situações, n=2) por terem um número reduzido e não representativo da

amostra. Efetuou-se uma análise da variância (ANOVA) de dois fatores mistos, para estudar diferenças entre as variáveis do estudo e os três momentos de avaliação, bem como a sua interação, considerando as três pontuações do *EASYcare* e a Escala da Espiritualidade. Os pressupostos para a aplicação desta ANOVA (normalidade dos resíduos, homogeneidade da variância e o critério da esfericidade) foram cumpridos. Quando o critério da esfericidade não foi cumprido, o desvio da esfericidade foi validado pelo critério de Huynh-Feldt ($> 0,75$). Para analisar o grau de correlação entre as variáveis em estudo, utilizou-se o teste correlação de Spearman-Rank. A classificação da força da relação (positiva e negativa) seguiu o seguinte critério: $>0,19$ = muito baixa; 0,20 a 0,30 = baixa; 0,40 a 0,69 = moderada; 0,70 a 0,89 = elevada; $> 0,89$ = muito elevada. Para analisar o grau de dependência entre os resultados da variável mortalidade (considerando as categorias sobrevivente ou não sobrevivente) em função das variáveis sociodemográficas, foi elaborado um modelo de regressão logística. Este modelo de previsão foi estabelecido para cada período temporal (entre a admissão e alta, entre a alta e o *follow-up* e entre a admissão e o *follow-up*). Os testes de ajustamento Hosmer and Lemeshow mostraram um modelo ajustado aos dados e a proporção de variabilidade explicada, avaliado pelo cálculo do Cox e Snell R^2 e Nagelkerke R^2 . Todos os resultados estatísticos foram calculados usando Predictive Analytics Soft Ware (PASW-SPSS) Statistics 18 (IBM Corporation, Armonk, NY), e um *p-value* inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados

Independência, risco de rutura de cuidados e risco de quedas

Os resultados totais evidenciam diferenças significativas ($p < 0,05$) em todas as pontuações do *EASYcare*, considerando as 3 fases: admissão, alta e *follow-up* (tabela 3). Na independência, observa-se que na admissão os participantes são mais independentes ($M=27,3$; $DP=24,3$), enquanto na alta ($M=37,9$; $DP=27,3$) e no *follow-up* ($M=37,2$; $DP=26,4$) são significativamente mais dependentes. Na pontuação de risco de rutura de cuidados também na admissão os participantes apresentam risco menor de rutura de cuidados ($M=4,4$; $DP=2,9$), por comparação com a alta ($M=6,5$; $DP=2,7$). Na pontuação de risco de queda é no *follow-up* que os participantes apresentam significativamente menor

risco (M=1,9; DP=1,3), enquanto na alta o risco é maior (M=2,9; DP2,0). Analisamos em seguida cada pontuação considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Na pontuação de independência apenas nas variáveis “estado civil” [F(2;121)=13,3;p<0,001], “com quem vive” [F(2;118)=6,4;p<0,001] e “rendimento” [F(1;125)=9,4;p=0,003] ocorrem diferenças significativas. Relativamente ao “estado civil”, os viúvos são significativamente mais dependentes em todas as fases do que os casados. Em relação a “com quem vive”, quem vive em família é significativamente mais dependentes em todas as fases; na admissão e no *follow-up* os mais independentes são os que vivem sozinhos; enquanto na alta os mais independentes são os que vivem em casal. Quanto à variável “rendimento”, quem indica ser insuficiente é significativamente mais dependente em todas as fases. Apenas a interação entre a variável “diagnóstico/motivo de internamento” e as fases do estudo foi significativa [F(7,3;223,5)=4,8;p<0,001]; ou seja, existe relação entre o diagnóstico clínico/motivo de internamento e a in/dependência (tabela 3). Observa-se que os participantes que na admissão apresentam diagnóstico do foro neuro-hormonal (inclui AVC) são os mais independentes na admissão, e os mais dependentes na alta e *follow-up*. Verifica-se uma tendência, não significativa, na variável “apoio social” [F(1,8;222,0)=3,1, p=0,052]; na admissão os participantes mais dependentes têm mais apoio social do que os menos dependentes, mas a diferença diminui ao longo das fases.

Em relação à pontuação de rutura do cuidado, as variáveis “rendimento” [F(1;125)=17,2;p<0,001] e “antecedentes clínicos” [F(5;121)=2,9;p=0,015] apresentam diferenças significativas. No “rendimento” os participantes que referem rendimentos insuficientes apresentam significativamente maior risco de rutura de cuidados em todas as fases, sendo na alta o momento de maior risco. Relativamente aos “antecedentes clínicos”, na admissão são os participantes com antecedentes do foro neuro-hormonal que apresentam maior risco de rutura de cuidados; na alta o maior risco ocorre nos participantes com antecedentes do foro circulatório; no *follow-up* o maior risco ocorre nos participantes com antecedentes de multipatologias. Quanto à interação das variáveis, não foram encontradas diferenças significativas, com exceção de “com quem vive” [F(2,9;170,7)=2,7;p=0,047]; na admissão os participantes que viviam sozinhos

apresentavam maior risco de rutura do cuidado; nas outras fases são os que vivem em família que apresentam risco mais elevado.

No risco de queda, as variáveis com diferenças significativas são: estado civil [F(1;117)=17,7;p<0,001], com quem vive [F(2;118)=4,6;p=0,012], rendimento [F(1;125)=17,5;p<0,001]. Em termos de estado civil, os viúvos apresentam significativamente maior risco de queda nas três fases (mais elevada na alta). Relativamente a “com quem vive”, os que vivem sozinhos apresentam maior risco de queda na admissão; na alta e *follow-up* são os que vivem em família que apresentam maior risco. Em relação aos “rendimentos”, o maior risco de queda ocorre nos participantes que consideram os rendimentos insuficientes (valores mais elevados na alta). Em relação a interação das variáveis, apenas “com quem vive” [F(2,7;159,1)=3,9;p=0,005] foi significativa, ocorrendo o mesmo padrão de resultados descrito na pontuação anterior.

Tabela 3. Resultados da ANOVA de dois fatores mistos para a Escala *EASYcare*

	Independência			Risco de rutura de cuidados			Risco de queda		
	Admissão (n=250)	Alta (n=182)	Follow-up (n=127)	Admissão (n=250)	Alta (n=182)	Follow-up (n=127)	Admissão (n=250)	Alta (n=182)	Follow up (n=127)
Total	27.3±24.3*	37.9±27.3*	37.2±26.4*	4.4±2.9*	6.5±2.7*	5.7±2.8*	2.5±1.9*	2.9±2.0*	1.9±1.3*
Sexo									
Feminino (n=69)	28.2±23.7	41.5±25.9	40.6±26.0	4.2±2.9	6.9±2.6	6.0±2.8	2.4±1.8	3.2±1.9	2.1±1.2
Masculino (n=58)	26.2±25.1	33.5±28.4	33.1±26.6	4.5±2.9	6.1±2.7	5.3±2.9	2.6±1.9	2.5±2.0	1.7±1.3
Estado Civil									
Casado (n=69)	20.3±24.0*	30.9±17.7*	32.5±26.7*	4.1±2.7	6.1±2.8	5.5±2.8	2.1±1.8*	2.4±2.0*	1.8±1.3*
Divorciado (n=3)*	4.3±7.5	17.7±30.6	5.7±9.8	5.7±2.1	5.3±3.5	2.0±1.7	2.3±2.3	1.3±2.3	0.7±1.2
Solteiro (n=5)	47.6±28.3*	45.8±29.3*	49.2±32.1*	4.8±3.4	7.4±2.3	6.6±2.8	2.6±2.1*	3.0±2.0*	2.0±1.2*
Viúvo (n=50)	36.2±20.6*	48.0±23.0*	44.3±23.7*	4.7±2.9	7.0±2.5	6.1±2.8	3.0±1.9*	3.7±1.7*	2.2±1.2*
Com quem vive:									
Casal (n=60)	20.5±25.0*	31.4±28.4*	31.4±26.4*	4.3±2.8†	6.1±2.8†	5.2±2.7†	2.2±1.9*	2.4±2.0*,†	1.7±1.3*,†
Família (n=45)	35.4±21.5*	46.2±26.3*	44.2±25.5*	4.2±3.0†	7.1±2.7†	6.3±2.8†	2.6±1.7*	3.4±1.8*,†	2.3±1.3*,†
Instituição (n=4)	65.8±9.4*	58.8±8.4*	65.8±9.4*	4.5±3.7†	8.3±1.7†	9.0±0.8†	2.3±2.1*	4.8±0.5*,†	3.0±0.0*,†
Sozinho (n=16)	18.1±12.3*	32.1±21.0*	30.3±24.7*	5.3±3.0†	5.9±2.0†	4.4±2.8†	3.8±1.9*	2.5±1.7*,†	1.4±1.0*,†
Outros (n=2)*	47.0±25.5	49.5±24.7	49.5±24.7	3.5±0.7	6.5±3.5	7.0±2.8	1.0±0.0	5.0±1.4	3.5±0.7
Rendimento:									
Suficiente (n=96)	24.0±22.6*	34.0±26.1*	33.9±26.1*	4.0±2.8*	6.1±2.6*	5.3±2.8*	2.4±1.9*	2.6±1.9*	1.7±1.2*
Insuficiente (n=31)	37.6±26.7*	50.1±27.4*	47.5±25.4*	5.5±3.1*	7.9±2.4*	6.9±2.7*	2.9±1.7*	3.9±1.9*	2.7±1.2*
Antecedentes Clínicos									
Nenhum (n=15)	17.3±19.2†	24.3±26.4†	28.1±31.7†	3.5±2.8*	4.7±2.3*	4.4±3.0*	2.2±1.8	1.6±1.7	1.1±1.1
Circulatório (n=32)	23.9±21.1†	42.2±27.8†	40.0±28.8†	4.6±3.2*	7.3±2.9*	5.9±3.1*	2.4±2.0	3.2±1.9	2.1±1.2
Respiratório (n=8)	26.0±21.4†	34.3±24.8†	34.3±24.8†	3.6±2.3*	5.5±2.6*	4.8±2.9*	2.1±2.5	2.4±1.7	1.3±0.9
Neuro-hormonal (n=18)	24.6±26.0†	29.9±23.5†	26.4±22.6†	4.9±2.6*	5.6±2.1*	4.5±2.2*	2.8±1.9	2.9±2.1	1.9±1.4
Outros Sistemas (n=9)	30.7±23.6†	37.2±29.6†	30.9±23.8†	3.1±2.6*	6.8±2.4*	5.8±2.8*	1.9±1.6	3.1±2.0	2.0±1.6
Multipatologias (n=45)	33.7±27.1†	43.3±27.5†	44.3±23.6†	4.6±3.0*	7.1±2.6*	6.5±2.6*	2.7±1.8	3.1±2.0	2.2±1.3
Motivo/diagnóstico:									
Circulatório (n=12)	25.9±23.1	32.2±24.9	35.1±23.6	4.5±2.9	5.7±2.4	5.4±2.5	2.3±1.9	2.7±2.0	1.8±1.1
Respiratório (n=50)	31.2±26.0	35.8±27.0	36.3±27.3	4.4±3.1	6.2±2.4	5.8±2.8	2.3±1.8	2.8±2.1	1.9±1.4
Neuro-hormonal (n=21)	20.3±21.2	51.4±29.2	46.3±28.4	4.9±3.0	8.3±2.8	6.3±3.2	2.6±1.8	3.5±1.8	2.1±1.0
Outros Sistemas (n=21)	27.5±22.9	33.9±23.2	34.1±25.0	3.6±2.6	5.6±2.3	4.9±2.4	2.6±2.3	2.5±1.7	1.9±1.1
Multipatologias (n=23)	25.6±25.1	36.7±28.9	34.7±25.9	4.5±2.8	6.8±3.1	5.7±3.1	3.0±1.6	2.9±2.2	2.0±1.5
Apoio Social									
Não (n=113)	25.2±23.2	37.0±27.5	36.5±26.5	4.4±2.9	6.5±2.7	5.6±2.8	2.5±1.9	2.8±2.0	1.9±1.3
Sim (n=14)	44.1±27.1	45.2±25.1	42.9±26.3	4.6±2.9	6.8±2.4	6.4±2.9	2.8±2.0	3.7±1.7	2.3±1.2

* p<0,05; † interação entre fatores

(estatisticamente significativo) (p<0,05); + excluído da análise estatística

Quando comparamos os participantes que faleceram nos dois momentos (alta; *follow-up*) verificou-se uma distribuição similar nas variáveis sociodemográficas. Na pontuação de independência, os que faleceram entre a admissão e a alta eram menos dependentes (M=38,4; DP=28,26), do que os que faleceram na entre a alta e o *follow-up* (M=46,1; DP=30,1). Quanto ao risco de rutura de cuidado, os óbitos entre admissão e alta apresentam risco inferior (M=6,2; DP=2,6), quando comparado com os ocorridos entre alta e *follow-up* (M=7,3; DP=2,8). No risco de queda, os falecimentos entre admissão e alta apresentam risco superior (M=3,3; DP=1,2), por comparação com os óbitos entre a alta e o *follow-up* (M=3,2; DP=1,7).

Escala de Avaliação da Espiritualidade

Os resultados totais da escala demonstram diferenças estatísticas significativas entre as subescalas (valor superior em crenças, por comparação com esperança) e no total da escala entre as três fases de aplicação do questionário. No global, os participantes apresentam baixa espiritualidade, que diminui entra a fase da admissão (M=2,6; DP=0,5) e a alta (M=2,5; DP=0,5), e aumenta no *follow-up* (M=2,7; DP=0,4). O mesmo padrão de respostas é observado e significativo nas subescalas: crenças (admissão: M=2,8; DP=0,6; alta: M=2,7; DP=0,6; *follow-up*: M=3,0; DP=0,5); esperança (admissão: M=2,4; DP=0,6; alta: M=2,3; DP=0,6; *follow-up*: M=2,5; DP=0,5).

A relação entre as variáveis sociodemográficas e a Escala de Avaliação da Espiritualidade mostra ausência de diferenças estatisticamente significativas, com exceção para a variável “sexo” na subescala “crenças” [F (1,3;125) =1,3;p=0,028]. Na admissão as mulheres apresentam o valor mais elevado (M=2,9; DP=0,5) e no *follow-up* o valor superior ocorre nos homens (M=3,1; DP=0,6). Quanto à interação das variáveis, não foram encontradas diferenças significativas.

Relação entre pontuações de independência, risco de rutura de cuidados e risco de queda, espiritualidade e idade

São apresentadas as correlações para as pontuações de independência, risco de rutura de cuidados e risco de queda, espiritualidade e idade. A idade apresenta correlação positiva e estatisticamente significativa com a independência (a dependência aumenta com a idade),

sendo as correlações moderadas na admissão (0,493), alta (0,451) e *follow-up* (0,455). No risco de rutura de cuidado, a idade apresenta correlações significativas e positivas (o risco de rutura de cuidados aumenta com a idade), mas fracas na alta (0,333) e *follow-up* (0,288). Relativamente ao risco de queda, a idade apresenta correlações positivas significativas (o risco de queda aumenta com a idade), mas fracas na admissão (0,125) e moderadas na alta (0,406) e *follow-up* (0,376). Quanto à espiritualidade, a idade apresenta correlações significativas fracas e negativas apenas na dimensão esperança nas três fases variando entre -0,118 e -0,159, ou seja, conforme aumenta a idade diminuiu a esperança.

A análise da correlação contemplou os momentos temporais de aplicação do questionário. Na admissão, as correlações positivas e elevadas ocorreram entre a pontuação de rutura de cuidado e risco de queda (0,745, $p < 0,001$; o aumento do risco de queda ocorre com o aumento do risco de quebra de cuidados) e entre as dimensões crença e esperança (0,615, $p < 0,001$; o aumento da esperança ocorre com o aumento das crenças). De notar, a existência de correlações negativas e fracas entre a pontuação de independência e as dimensões da espiritualidade (crenças: -0,127, $p < 0,001$; esperança: -0,274, $p < 0,001$), ou seja, conforme aumenta a dependência diminui a esperança e as crenças. Nas fases da alta e *follow-up*, obteve-se um padrão de respostas idêntico, ou seja, correlações positivas e elevadas entre as três pontuações (variando entre 0,699 e 0,872, $p < 0,001$) e entre as duas dimensões da escala da espiritualidade (variando entre 0,539 e 0,675, $p < 0,001$). No entanto, as correlações entre as pontuações e a espiritualidade são negativas e fracas (variando entre -0,089 e -0,283, $p < 0,05$), com a exceção da correlação entre a escala rutura de cuidado e esperança (0,272, $p < 0,05$).

Análise multivariada: regressão logística dos óbitos ocorridos

A análise de regressão logística ajustada identificou dependências significativas entre a mortalidade no período entre a admissão e a alta hospitalar ($n=227$; número de óbitos=33) para os seguintes subgrupos de variáveis sociodemográficas (tabela 4): i) rendimentos suficientes (OR=0,42; IC_{95%}[0,18;0,98]); ii) sem apoio social (OR=0,308; IC_{95%}[0,10;0,93]; ou seja, ter rendimentos suficientes e não ter apoio social é um fator protetor para a não ocorrência de óbito. No período entre a alta e o *follow-up* ($n=160$; número de óbitos=31) foram identificadas as seguintes relações de dependência: idade (OR=1,09;

IC_{95%}[1,01;1,18]) e a pontuação de risco de queda (OR=1,56; IC_{95%}[1,04;2,35]); ou seja, ter mais idade e um risco de queda elevados são fatores de risco para a mortalidade neste período. Considerando o período entre a admissão e o *follow-up*, ou seja, a duração do estudo (n=193; número de óbitos=64), a única variável com impacto significativo são os antecedentes clínicos do foro circulatório (OR=0,367; IC_{95%}[0,10;0,97]), sendo considerado um fator protetor.

Tabela 4 - Regressão logística: previsão de morte ajustada

	Alta ⁺ (n=227; n° de óbitos=33)			Follow up ⁺⁺ (n=193; n° de óbitos=64)			Entre alta e follow up ⁺⁺⁺ (n=160; n° de óbitos=31)		
		Ajustado			Ajustado			Ajustado	
	Coefficientes	OR	95% (OR)	Coefficientes	OR	95% (OR)	Coefficientes	OR	95% (OR)
Constante	2.35	-	-	-1.36	-	-	-7.91*	-	-
Sexo (feminino)	-0.13	0.88	[0.37;2.07]	-0.63**	0.53	[0.27;1.06]	-0.93**	0.40	[0.15;1.03]
Rendimento (suficiente)	-0.88*	0.42*	[0.18;0.98]	0.01	1.01	[0.47;2.14]	1.07**	2.92	[0.87;9.82]
Apoio Social (não)	-1.18*	0.31*	[0.10;0.93]	-0.78**	0.46	[0.18;1.15]	-0.259	0.77	[0.21;2.88]
Antecedentes Clínicos:									
Circulatório	-1.19**	0.30	[0.08;1.21]	-1.00*	0.36	[0.14;0.97]	-0.767	0.46	[0.13;1.69]
Respiratório	0.47	1.59	[0.33;7.77]	0.17	7*	[0.31;4.48]	-0.374	0.69	[0.10;4.82]
Neuro-hormonal	-1.83**	0.16	[0.02;1.39]	-1.05	-1.18	[0.10;1.21]	-0.365	0.69	[0.15;3.15]
Outros Sistemas	0.98**	2.67	[0.84;8.52]	0.81	0.35	[0.78;6.41]	0.657	1.93	[0.42;8.85]
Diagnósticos									
Clínicos/Motivo:	-0.12	0.89	[0.22;3.66]	0.743	2.10	[0.69;6.42]	1.37**	3.92	[0.88;17.5]
Circulatório	-1.13**	0.32	[0.10;1.01]	-0.64	0.53	[0.21;1.32]	0.02	1.02	[0.29;3.62]
Respiratório	-0.81	0.44	[0.09;2.12]	-0.42	0.66	[0.19;2.27]	0.14	1.15	[0.22;6.18]
Neuro-hormonal	-0.32	0.73	[0.22;2.37]	0.01	1.01	[0.36;2.80]	0.09	1.09	[0.26;4.62]
Outro									
Idade	-0.04	0.96	[0.90;1.02]	0.02	1.02	[0.97;1.08]	0.09*	1.09*	[1.01;1.18]
EASYcare (Admissão)									
Independência	0.01	1.00	[0.99;1.03]	0.01	1.01	[0.77;1.13]	0.01	1.01	[0.98;1.02]
Falha de Cuidado	0.10	1.00	[0.87;1.38]	-0.07	0.94	[0.92;1.65]	-0.17	0.85	[0.65;1.10]
Risco de Queda	-0.09	0.91	[0.64;1.30]	0.21	1.23	[0.50;2.20]	0.44*	1.56*	[1.04;2.35]
Espiritualidade (Admissão)									
Dim 1	-0.01	0.99	[0.43;2.26]	0.05	1.05	[0.50;2.20]	-0.16	0.85	[0.29;2.49]
Dim 2	0.372	1.45	[0.61;3.46]	-0.11	0.90	[0.44;1.87]	-0.38	0.68	[0.25;1.83]

*p<0.05; **p<0.1

Variáveis "Com quem vive" e "Estado Civil" e "Antecedentes Clínicos (nenhum)" foram excluídos para análise (não são estatisticamente significativos).

+ Hosmer and Lemeshow: $\chi^2(8)=12.1$ (p=0.147); Cox and Snell R²=0.119; Nagelkerke R²= 0.212

++ Hosmer and Lemeshow: $\chi^2(8)=8.8$ (p=0.360); Cox and Snell R²=0.145; Nagelkerke R²=0.202

+++ Hosmer and Lemeshow: $\chi^2(8)=4.2$ (p=0.837); Cox and Snell R²=0.167; Nagelkerke R²=0.267

Discussão

Neste estudo analisou-se a percepção das pessoas idosas (em vez da avaliação profissional), pois a investigação tem vindo a reconhecer os pacientes como os melhores juizes do impacto da doença e hospitalização nas suas vidas³¹. Além disso, a percepção das pessoas

idosas sobre a sua saúde e dependência apresenta maior poder preditivo em diversos acontecimentos (como hospitalização, mortalidade e declínio funcional), por comparação com a avaliação de informantes secundários (por exemplo, profissionais)³². Este estudo centra a hospitalização de pessoas idosas, um tema ainda pouco explorado, que constitui um evento marcante na velhice, marcando o “estatuto de velho”, em que a alta é acompanhada com frequência por diminuição do estado de saúde³³.

Começamos por caracterizar e comparar quatro variáveis (in/dependência funcional; risco de quebra de cuidados; risco de quedas; espiritualidade) em três momentos (admissão, alta e 6 a 12 meses depois) associados à hospitalização.

Os participantes são mais independentes na admissão e mais dependentes na alta e *follow-up*; apresentam menos risco de rutura de cuidados na admissão, e o valor mais elevado na alta (no *follow-up* o risco mantém-se mais elevado do que na admissão, e ligeiramente inferior à alta); têm maior risco de quedas na alta (similar à admissão) e menos risco no *follow-up*. Ou seja: a hospitalização parece marcar um momento de aumento da dependência que gradualmente se acentua até ao *follow-up*; o risco de rutura de cuidado e de quedas aumenta no momento da alta, mas diminui no *follow-up*; a espiritualidade mantém-se baixa, com valores sempre superiores nas crenças por comparação com a esperança. Assim o maior risco durante e após a hospitalização é a dependência que tem tendência para aumentar na alta e *follow-up*; ou seja, o declínio pode iniciar-se na admissão e prolongar-se (consistente com diversa literatura)^{3,4,24,34}. Os dados mostram que ter apoio social formal após a alta é superior nos mais dependentes.

O risco de rutura de cuidados tende a baixar no *follow-up*, indicando a necessidade de apoio aos cuidadores informais, principalmente após a alta para diminuir o risco de reinternamento e institucionalização. O aumento da dependência funcional aumenta o risco de institucionalização⁹, pois nem sempre à disponibilidade e/ou capacidade para algum elemento da rede familiar ou informal assumir os cuidados.

O risco de quedas aumenta na admissão, mas pode diminuir no *follow-up*. A literatura indica que tende a aumentar durante o internamento, principalmente porque os doentes apresentam períodos de desorientação (muitas vezes associada ao corte com as suas rotinas

e ambiente de vida)^{1,35}. Mas pode diminuir no *follow-up*, com o retorno à vida habitual. Assim, é relevante preparar a pessoa idosa e os seus cuidadores para este risco e para a prevenção de quedas no domicílio.

A espiritualidade apresenta sempre valores baixos e inferiores na esperança por comparação com a crença. A literatura sugere que a espiritualidade é uma adequada estratégia de *coping* perante a hospitalização^{21,23,36}. Durante a hospitalização (admissão à alta) decorrem neste estudo em média 10 dias, o que pode ser limitado para a pessoa reajustar o sentido e significado da sua vida perante o evento. Contudo, a espiritualidade mantém-se baixa no *follow-up*, provavelmente porque não existe capacidade para manter esperança perante acontecimentos debilitantes e crónicos (a crença não é acompanhada por um nível de esperança similar). Durante e após a hospitalização, as pessoas idosas precisam de ajuda para readequar os seus objetivos e sentido para a vida, considerando a sua idade e condição clínica. Note-se que as crenças tendem a ser mais elevadas nas mulheres na admissão; e são superiores nos homens no *follow-up*. Este dado sugere que quem tem a crença pode perdê-la perante os desafios; enquanto quem tem menos crença poderá tentar recorrer a esse suporte.

Algumas variáveis sociodemográficas (rendimento, com quem vive, estado civil) e clínicas (diagnóstico/motivo de internamento e antecedentes clínicos) salientam-se como influenciando as quatro variáveis em estudo.

Os participantes que indicam ter rendimentos insuficientes, em todos os momentos do estudo, são mais dependentes, apresentam maior risco de queda e probabilidade de rutura de cuidados. As pessoas com rendimentos insuficientes, em qualquer idade, são mais vulneráveis; por isso, quando são idosos acumulam risco que foram sendo adquiridos ao longo da vida com maior dificuldade em obter melhores cuidados adequados à sua idade e situação clínica³⁰. Os baixos rendimentos acarretam estilos de vida menos saudáveis, por falta de dinheiro para os obter, mas também porque, por norma, estão associados a menor literacia o que impede as pessoas de se explicarem e saberem como interpretar a informação obtida. Assim, interagem fatores como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, cumprimento dos tratamentos e mesmo a possibilidade de cumprir algumas instruções (como adaptar aspetos ambientais em casa).¹⁸ As pessoas com baixos

rendimentos devem ter uma especial atenção dos profissionais no hospital, com reencaminhamentos para cuidados de saúde primários e para serviços sociais que possam acompanhar e ajudar.

Com quem vive é outra variável relevante. Quem vive sozinho, na admissão, é mais independente, mas apresenta maior risco de quedas e de rutura de cuidados; na alta quem vive sozinho mantém-se mais independente. Quem vive em família é mais dependente em todas as fases, e é quem apresenta maior risco de rutura de cuidados e quedas na alta e *follow-up*. Provavelmente, a opção por viver com a família é já um indicador de fragilidade da pessoa idosa, que tenderá a viver só ou em casal enquanto se mantiver independente e estável. Quando as pessoas idosas vivem com a família há que apoiar os cuidadores; nos casos em que o idoso ainda não vive com a família há que ajudar ambos (pessoa idosa e provável cuidador) a aceitar uma nova situação e saber geri-la. As famílias tendem a optar por cuidar dos seus familiares em casa em vez de institucionalizá-los, por razões económicas ou morais/afetivas. A família é um sistema que pode exercer uma função protetora, diminuindo a vulnerabilidade, diminuindo o risco hospitalização e institucionalização^{37,38}.

No estado civil verifica-se que os viúvos são mais dependentes e com maior risco de quedas em todas as fases. A viuvez constitui um dos eventos que mais abalam as pessoas idosas, que podem tornar-se mais depressivas e dependentes. Além disso, num contexto de casal há interajuda e reciprocidade, ajudando a que as pessoas se sintam mais capazes. Os viúvos apoiados pela família, mais facilmente se sentem um *fardo* para os familiares, acrescentando que a reciprocidade tende a diminuir (recebem mais do que dão)³⁹.

Em relação ao diagnóstico/motivo internamento observa-se que os participantes com diagnóstico neuro-hormonal (inclui AVC) se apresentam mais independentes na alta e mais dependentes na alta e *follow-up*. Este resultado associa-se especialmente ao AVC, sendo que na admissão, os participantes ainda não têm noção das sequelas; é na alta e especialmente no *follow-up* que ganham uma perceção mais real de como afeta e limita as suas capacidades funcionais⁴⁰. Também esta situação deve começar a ter apoio durante o internamento para que a pessoa idosa e a sua família se adaptem e reajustem em termos de

funções e tarefas familiares, mas também procedendo a alguns ajustamentos no seu domicílio.

Nos antecedentes clínicos observa-se que o risco de rutura de cuidados na admissão é mais elevado nos pacientes com antecedentes de doença neuro-hormonal; na alta o maior risco ocorre em antecedentes circulatórios e multipatologia. Nos pacientes com estes antecedentes clínicos há que ajudar a evitar reinternamentos, através de educação para a saúde; e, também, ponderar a possibilidade/capacidade da família cuidar em casa ou encontrar uma alternativa. Estas ações devem envolver a pessoa idosa e sua família, ponderando a sua situação clínica e emocional.

As correlações mostram a idade como variável índice, influenciando as outras variáveis^{1,3,11,12,18}: dependência, risco de rutura de cuidados e risco de queda aumentam com a idade; na espiritualidade, a esperança diminui com a idade. Contudo, a espiritualidade não aumenta com a idade, a esperança diminui; provavelmente diminui a esperança associada a melhor saúde; fica por saber se mesmo assim à capacidade para procurar um renovado sentido para a vida²².

As correlações mostram que na admissão: i) o aumento do risco de queda ocorre com o aumento do risco de quebra de cuidados, sugerindo que a existência de quedas associadas ao medo de cair pode levar a internamentos hospitalares ou institucionalização; ii) o aumento da dependência diminui a esperança e as crenças, pois a saúde debilitada não aumenta o *coping* espiritual, até porque a dependência pode limitar ou suprimir algumas atividades religiosas/espirituais e traduzir-se num futuro incerto e sem significado¹⁷; iii) o aumento da esperança ocorre com o aumento das crenças, isto é, se a relação com o transcendente aumenta, os pacientes conseguem dar sentido à sua vida e aceitando melhor o futuro²².

Na alta e *follow-up* , as correlações mostram: i) o aumento da dependência eleva o risco de quedas e de quebra de cuidados, pois a incapacidade funcional limita a mobilidade e aumenta as necessidades de cuidados; ii) o aumento da esperança aumenta o risco de rutura de cuidados, sugerindo que talvez a pessoa sinta esperança por vir a ter um apoio diferente do que tem tido na sua vida.

Procuramos contribuir para estabelecer um modelo de preditivo de mortalidade baseado nas variáveis em estudo. Com o envelhecimento da população, conseguir estabelecer os fatores de risco ou protetores para a ocorrência de óbitos, é importante para desenvolver medidas que ajudem a adiar ou a gerir esse evento da melhor forma. Os dados sugerem que entre a admissão e a alta hospitalar, o fator protetor de óbito é ter rendimentos suficientes (maior probabilidade de ter apoios adequados) e não ter apoio social (quem tem, por norma, apresenta algum nível de dependência). Assim, quem faleceu nesse período era mais independente, apresentava menor risco de rutura de cuidados e maior risco de queda. Entre a alta e o *follow-up*, os fatores de risco são ter mais idade e risco de queda elevado. A idade é um fator determinante, sendo que as doenças crónicas associadas a risco de queda também são mais comuns^{7,15,16,17,19}. Entre a admissão e o *follow-up* evidencia-se um fator protetor: antecedentes clínicos do foro circulatório (inclui: hipertensão arterial; insuficiência cardíaca congestiva; enfarte agudo do miocárdio). As doenças do foro circulatório estão entre as principais causas de morte em Portugal¹⁴, contudo é um antecedente clínico que por norma tem vigilância clínica periódica, nas consultas do Centro de Saúde ou de especialidade.

Recomendações

Algumas recomendações mais específicas já foram elaboradas ao longo desta discussão. Em termos genéricos, pensamos ser necessário desde a admissão até ao *follow-up*: i) desenvolver políticas institucionais (com interligação aos cuidados de saúde primários) que favoreçam a independência das pessoas idosas; ii) planear programas de intervenção nos fatores de risco relacionados com dependência, risco de queda e de falha de cuidado; iii) preparar a alta durante o internamento, alertando para alterações e riscos, e ajudando a gerir mudanças; iv) apoiar as pessoas idosas e seus familiares em termos clínicos, emocionais e espirituais; v) informar sobre possíveis alterações a fazer em casa para evitar as quedas; vi) planear a alta envolvendo a pessoa idosa, cuidador informal e familiares mais envolvidos; vii) encaminhar ou informar sobre apoios sociais comunitários; viii) elaborar/encaminhar para programas de reabilitação para a pós-alta; ix) garantir o acompanhamento/vigilância na pós-alta.

Limites/perspetivas de pesquisa

A metodologia adotada é quantitativa e seria interessante complementar com técnicas qualitativas, que permitissem captar o significado e variação da percepção da qualidade de vida dos participantes na admissão, alta hospitalar e *follow-up*. Como perspectiva de pesquisa seria relevante recolher o ponto de vista dos profissionais (principalmente médicos e enfermeiros) e dos familiares/cuidadores informais.

Conclusão

Este estudo analisou a hospitalização de pessoas idosas (≥ 65 anos) considerando três momentos: admissão, alta e *follow-up* (após 6/12 meses). Os dados sugerem que a hospitalização se associa a: aumento da dependência funcional que tende a aumentar desde a admissão até ao *follow-up*; alterações no risco de rutura de cuidados e o risco de quedas que aumentam na alta, mas diminuem no *follow-up*; mudanças na espiritualidade, que no *follow-up* apresenta os valores mais baixos. Algumas variáveis sociodemográficas (designadamente: baixos rendimentos, viver sozinho e/ou ser se viúvo), nas três fases estão associadas a maior dependência, maior risco de queda e de rutura de cuidados.

O modelo preditivo elaborado verificou que quem faleceu entre a admissão e a alta é mais dependente, apresenta maior risco de rutura de cuidados e risco de queda, apresentando como fator protetor: rendimentos suficientes e não ter apoio social. Entre a alta e o *follow-up* emergem alguns fatores de risco: mais idade e maior risco de queda. Entre a admissão e o *follow-up* o fator protetor é ter antecedentes clínicos do foro cardíaco, que pressupõe maior uma vigilância continuada.

Os dados permitem compreender melhor a situação das pessoas idosas quando chegam a um internamento hospitalar, permitindo delinear ações e estratégias que se podem repercutir na alta e posteriormente. O modelo preditivo de óbitos neste grupo etário, considerando a hospitalização é importante para definir estratégias principalmente durante e após o internamento.

Referências

1. Eliopoulos J. *Gerontological Nursing*. Philadelphia; 2005.
2. Carvalhais M, Sousa L. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.* 2007, 9 (3):596-616.
3. Kawasaki K, Diogo MJD. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionados a variáveis sociais e de saúde. *Acta Fisiatr.* 2007, 14 (3):164-169.
4. Inouye SK, Bogardus STJ, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LMJ. 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.* 2000, 48 (12):1697-706.
5. Ponzetto M, Zancocci M, Maero B, Giona E, Fransciseti F, Nicola E, Fabri F. Post-hospitalization mortality in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2003, 36:83-91.
6. Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Duijnste MS, de Rooij SE, Grypdonck MF. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *J Clin Nurs.* 2007, 16:46-57.
7. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic D, Burant C, Covinsky KE. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc.* 2008, 56:2171-2179.
8. Sousa S, Moraes M, Beato V, Corredoura A, Rodrigues G, Soares M, Lourenço T, Gomes C, Godinho F, Oliveira L, Santos A, Soares C, Ribeiro T, Jordão L, Menitra G, Aguiar P, Graça J, Abecasis P. (2002). Factores preditivos de morbilidade e mortalidade hospitalar e aos seis meses em doentes idosos hospitalizados. *Acta Médica Portuguesa*, 15(3):177-184
9. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs.* 2006, 106(1):58-67.

10. Dutra MM, Moriguchi EH, Lampert MA, Poli-de-Figueiredo CE. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. *Rev. Saúde Pública*. 2011, 45(1):106-112.
11. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing*; 2004, 33(2):110-115.
12. Franchi C, Nobili A, Mari D, Tettamanti M, Djade CD, Pasina L, Salerno F, Corrao S, Marengoni A, Iorio A, Marcucci M, Mannucci PM. Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *Eur J Intern Med*. 2013, 24(1):45-51.
13. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, Sebens H, Winograd CH. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med*. 1996, 156(6):645-652.
14. Nicolau R, Machado A, Falcão J, Nunes B. *Análise da mortalidade e dos Internamentos hospitalares por concelhos de Portugal Continental (2000-2004)*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2008
15. Spiers N, Jagger C, Clarke M, Arthur A. Are gender differences in the relationship between self-rated health and mortality enduring? Results from three birth cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. *Gerontologist*. 2003, 43:406-411.
16. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Cien Saude Colet*. 2008, 13(4):1265-73.
17. Rodrigues J. *Declínio Funcional Cognitivo e Risco de quedas em idosos internados*. [Tese]. Escola Superior de Saúde de Bragança; 2012.
18. World Health Organization. *Global Report on Fall Prevention in Older Age*. WHO Library, 2007.

19. Paula FL, Fonseca MJ, Oliveira RVC, Rozenfeld S. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). *Rev. bras. epidemiol.* 2010, 13(4):587-595.
20. Panzini, RG, Rocha, NS, Bandeira, DR, Fleck, MA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007, 34;105-115
21. Pinto C, Ribeiro JP. Construção de uma escala de avaliação em contextos de saúde. *Arq Med.* 2007; 21(3):47-53
22. Pinto C, Ribeiro JP. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro. Implicações a qualidade de vida. *Rev. Port. Sau. Pub.* 2010; 28(1):49-56
23. Santos G, Sousa L. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2013, 15(4):755-765.
24. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev. Saúde Pública;* 2004, 38(5):687-694.
25. Souza E. A importância da família no tratamento do idoso hospitalizado. *Rev. Soc. Cardiol. do Estado de São Paulo.* 2011, 21(1):29-34.
26. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int. J. Ment. Health.* 1994, 23(3):24–56.
27. Direcção-Geral de Saúde. *Programa nacional para a saúde das pessoas idosa.* Lisboa, 2004.
28. Krejcie R, Morgan D. Determining samples size for research activities. *Educational and Psychological Measurement.* 1970, 30:607-610.
29. Sousa L, Figueiredo D, Guerra S, Marques A, Silvestre J, Pereira G. *Caracterizar a qualidade de vida e as necessidades das pessoas idosas.* [Documento policopiado, não publicado]. Universidade de Aveiro. Aveiro, 2009.

30. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev de Saúde Pública*. 2003, 37(3):364-371
31. Haywood KL, Garratt AM, Jordan K, Dziedzic K, Dawes DT. Spinal mobility in ankylosing spondylitis: Reliability, validity and responsiveness. *Rheumatology*. 2004, 43(6):750-757.
32. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2010, 44 (6):1120-1129.
33. Schmitt EV, Sands LP, Weiss S, Dowling G, Covinsky K. Adult day health center participation and health-related quality of life. *Gerontologist*. 2010, 50(4):531-540.
34. Hoogerduijn J. (2011). *Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline*. [Dissertação]. Utrecht University: The Netherlands; 2011.
35. Soares AO. A Síndrome de desorientação hospitalar. *Medicina Interna*. 1999, 6(1):69-71.
36. Harris AH, Thoresen CE, McCullough ME, Larson DB. Spiritually and religiously oriented health interventions. *J Health Psychol*. 1999, 4: 413-433.
37. Teixeira INDAO. *Definições de fragilidade em idosos: Uma abordagem multiprofissional*. [Dissertação]. Universidade Estadual de Campinas, SP; 2006.
38. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. *Psicol. Reflex. Crit*. 2010, 23(3):582-592
39. Ramos L. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas E, Py L, Neri A, Cançado F, Gorzoni M, Rocha S (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Guanabara Koogan, 2002, p. 72-78.
40. Sá MJ. AVC-Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciência da Saúde*. 2009, 6:12-19.