UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

Martha Graciela Segovia Díaz de León

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO COMUNICATIVA
NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS

RIBEIRÃO PRETO

2008

Segovia Díaz de León Martha Graciela

**IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO COMUNICATIVA
NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE
IDOSOS HOSPITALIZADOS**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

LINHA DE PESQUISA: Comunicação em Saúde

**ORIENTADORA: PROF^a DR^a: ISABEL AMÉLIA
COSTA MENDES**

RIBEIRÃO PRETO

2008

FOLHA DE APROVAÇÃO

SEGOVIA DIAZ DE LEON MARTHA GRACIELA

**IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO
COMUNICATIVA NA CAPACIDADE FUNCIONAL
DE IDOSOS HOSPITALIZADOS**

APROVADO EM: ____/____/____

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor, pelo Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

LINHA DE PESQUISA: Comunicação em Saúde

Banca Examinadora

PROF(a). DRA. ISABEL AMELIA COSTA MENDES

INSTITUIÇÃO: EERP – USP ASSINATURA: _____

PROFA. DRA. NAMIE OKINO SAWADA

INSTITUIÇÃO: EERP – USP ASSINATURA: _____

PROF. DRA. MIYEKO HAYASHIDA

INSTITUIÇÃO: EERP – USP ASSINATURA: _____

PROF. DR. LUIZ DE SOUZA

INSTITUIÇÃO: FMRP – USP ASSINATURA: _____

PROFA. DR. EVANDRO JOSÉ CESARINO

INSTITUIÇÃO: FCFRP – USP ASSINATURA: _____

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Documentação Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Segovia-Díaz de León Martha Graciela
Impacto de uma intervenção comunicativa na
capacidade funcional de idosos Hospitalizados/
Segovia-Díaz de León Martha Graciela.
– Ribeirão Preto, 2008.
121p.

Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)
Linha de Pesquisa: Comunicação em Saúde– Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto - USP – Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Isabel Amélia Costa Mendes (Doutora)

1. Idoso. 2. Capacidade funcional. 3. Intervenção
Comunicativa. 4. Atividades Básicas da Vida Diária.
5. Hospitalização.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas, que nos momentos difíceis que surgiram no decorrer do doutorado estiveram presentes e me fizeram sentir sempre acompanhada. De maneira especial agradeço:

Às Dras. Isabel Amélia Costa Mendes e Maria Auxiliadora Trevizan, pelas orientações e atenções que tiveram comigo em todo momento, pela contribuição constante no meu aprendizado e por serem exemplo admirável como pessoas, professoras e líderes.

À Dra. Miyeko Hayashida, por sua dedicação e compreensão em todo momento e apoio incondicional.

À Dra. Namie Sawada, pelo apoio e profissionalismo como professora e pelas contribuições ao presente estudo.

Ao Dr. Luiz de Souza, por suas contribuições e apoio no aperfeiçoamento do estudo.

Às autoridades, profissionais e pacientes do Hospital Central Dr. Ignacio Mornes Prieto e casa de repouso Casa de la tercera edad, pela colaboração na etapa de coleta de dados do presente estudo.

A todas as colegas e amigas que estiveram por perto nos momentos em que mais precisei e com as quais compartilhamos momentos de desafios e conquistas.

Às Instituições que permitiram a realização do convênio de Doutorado: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto de Universidade de São Paulo e Escuela de Enfermería de Celaya de Universidad Autónoma de Guanajuato.

A todos os professores e funcionários de a EERP-USP pelo acolhimento e oportunidade de realizar um intercambio de costumes e cultura.

Às autoridades da Escuela de Enfermería de la UASLP e da Universidad Autónoma de San Luis Potosí, pela vontade política na contribuição de formação de Doutores para o México e a oportunidade de dar um passo mais na minha busca de aprimoramento profissional e pessoal.

Às autoridades locais de San Luis Potosí e, a nível nacional, o PROMEP, pelo apoio financeiro para a realização do presente estudo.

RESUMO

Segovia-Díaz LMG. Impacto de uma intervenção comunicativa na capacidade funcional dos idosos hospitalizados. 2008.119f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional é uma problemática para o setor saúde, que pelas suas características são mais freqüentes os processos de hospitalização, que conseqüentemente favorecem a presença de incapacidades funcionais temporais ou permanentes nos idosos, fato que não é priorizado em pacientes hospitalizados e que requer estratégias de solução visando a melhora da qualidade de vida. **OBJETIVO:** estudar o impacto de uma intervenção comunicativa fundamentada na concepção de Paulo Freire na capacidade funcional dos idosos, por meio de atividades básicas da vida diária (ABVD). **METODOLOGIA:** estudo quase-experimental em 184 pacientes, divididos em grupo controle (n=92), experimental (n=92), no hospital HGDIMP, San Luis de Potosí, México. Prévia aprovação do comitê de ética, foi aplicado o índice de Barthel por meio de entrevista para as ABVD: duas semanas antes da hospitalização, na admissão, após 48 horas da hospitalização, na alta e duas semanas depois da alta hospitalar. O instrumento “índice de Bartel “ foi submetido a uma adaptação cultural e a uma prova piloto em 96 idosos. Foi aplicado o questionário de Pfeiffer (SPMSG), validado ao espanhol, para identificar o estado cognitivo e um questionário para dados gerais e antecedentes de saúde. A intervenção comunicativa iniciou 48 horas após hospitalização e terminou duas semanas depois da alta hospitalar. Aplicaram-se estatísticas descritivas, análise multivariada de perfis, testes t de student e exato de Fisher; para tanto, foi utilizado o programa SPSS versão 13.0. **RESULTADOS:** A idade média dos participantes foi $70 \pm 7,7$ anos, 60% casados, 41,9% com ensino fundamental completo e 40,2% analfabetos. As principais causas de hospitalização foram por doenças cardiovasculares (40,2%) As co-morbidades mais freqüentes foram hipertensão arterial (49,5%) e *Diabetes Mellitus* (33,2%) . Antes da hospitalização 37,0% consumiam um medicamento, 25,5% consumiam dois, sendo os mais utilizados os antihipertensivos (39,1%) e hipoglicemiantes (30,4%). O nível de saúde percebido foi 50,5% para “regular” e 38,6% para “bom”. Antes da hospitalização as ABVD mais afetadas foram subir e descer escadas (18,5%), tomar banho (17,4%) e todas as ABVD, de ambos os grupos apresentaram $p > 0,050$, não apresentando diferenças significantes. Na admissão ao hospital observou-se aumento da dependência em todas as ABVD, principalmente tomar banho, vestir-se e caminhar; porém analisando as ABVD, entre os grupos controle e experimental, encontrou-se $p = 0,015$ para caminhar e para transferência da cama para a cadeira $p = 0,030$. Encontrou-se diferença significativa entre os grupos. Após 48 de hospitalização houve recuperação das ABVD no grupo controle (média 50,1) e no grupo experimental 40,2 $p = 0,003$; portanto, houve significância estatística. Após finalizar a intervenção, a média do grupo experimental aumentou para 90,0 e o grupo controle apresentou 67,0, $p = 0,001$, observando-se diferenças significantes. Ao comparar os perfis médios encontrou-se $p < 0,001$, razão pela qual conclui-se que não houve paralelismo. A média das ABVD foi maior no grupo experimental em relação ao controle. **CONCLUSÕES:** o presente estudo mostrou a efetividade de uma intervenção comunicativa, na melhora da capacidade funcional em pacientes idosos hospitalizados, além de identificar fatores de risco que podem ser controlados. Considera-se que a proposta contribui na recuperação e obtenção da melhora do grau de independência dos idosos por meio de sua participação ativa.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Capacidade funcional, Intervenção Comunicativa, Atividade Básica da Vida Diária, hospitalização.

ABSTRACT

Segovia-Díaz LMG. Impact of a communication intervention on the functional capacity of hospitalized elderly people. 2008. 119p. Doctoral Dissertation. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, SP, Brazil.

INTRODUCTION: Population aging is a problem for the health sector. Due to its characteristics, hospitalization processes are more frequent, consequently favoring the presence of temporary or permanent disabilities in the elderly, a fact that is not prioritized in hospitalized patients and that demands solution strategies with a view to a better quality of life. **OBJECTIVE:** To study the impact a communication intervention based on Paulo Freire's conception exerts on elderly people's functional capacity through basic activities of daily living (ADL). **METHODOLOGY:** Quasi-experimental study of 184 patients, divided in a control (n=92) and experimental group (n=92), at the HGDIMP hospital in San Luis de Potosí, Mexico. After approval from the ethics committee was obtained, the Barthel index was applied to the BADL through an interview: two weeks before the hospitalization, at the time of hospitalization, after 48 hours of hospitalization, upon discharge and two weeks after discharge from hospital. The "Barthel index" was submitted to cultural adaptation and to a pilot test involving 96 elderly. Pffifer's questionnaire was applied (SPMSG), in its version validated for Spanish, in order to identify the cognitive state, while a questionnaire was used to collect general data and health antecedents. The communication intervention started 48 hours after hospitalization and finished two weeks after discharge from hospital. Descriptive statistics and multivariate profile analyses were applied, as well as student's t and Fisher's exact test, using SPSS software version 13.0. **RESULTS:** The participants' mean age was 70 ± 7.7 years, 60.0% were married, 41.9% had finished basic education and 40.2% were illiterate. The main causes of hospitalization were cardiovascular diseases (40.2%). The most frequent comorbidities were arterial hypertension (49.5%) and *Diabetes Mellitus* (33.2%). Before hospitalization, 37.0% used to take one and 25.5% two medications. The most frequently used drugs were antihypertensive (39.1%) and hypoglycemic agents (30.4%). The perceived health level was 50.5% for "regular" and 38.6% for "good". Before two weeks of hospitalization, the most affected BADL were climbing and moving down stairs (18.5%), bathing (17.4%) and all BADL in both groups displayed $p > 0.050$, without significant differences. Upon hospital admission, increased dependence was observed on all BADL, mainly bathing, dressing and walking; however, when analyzing the BADL between the control and experimental groups, $p = 0.015$ was found for walking, and $p = 0.030$ for moving from the bed to the chair. A significant difference was found between the groups. After 48 of hospitalization, recovery of BADL was found in the control group (mean 50.1) and in the experimental group 40.2 $p = 0.003$; thus, statistical significance was found. After finishing the intervention, the mean of the experimental group increased to 90.0 and that of the control group to 67.0 $p = 0.001$, observing significant differences. When comparing the mean profiles, $p < 0.001$ was found. Therefore, it was concluded that no parallelism occurred. The mean score of BADL was higher in the experimental than in the control group. **CONCLUSIONS:** this study showed the efficacy of a communication intervention for the improvement of functional capacity in hospitalized elderly patients, and also identified risk factors that can be controlled. The proposal contributes to the elderly people's recovery and achievement of a better independence level through their active participation.

KEY WORDS: Aged, Functional capacity, Communication Intervention, Basic Activity of Daily Life, hospitalization.

RESUMEN

Segovia-Díaz LMG. Impacto de una intervención comunicativa en la capacidad funcional del adultos mayores hospitalizados. 2008. 119h. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, S.P.

INTRODUCCION: El envejecimiento poblacional es una problemática para el sector salud, y por sus características son más frecuente los procesos hospitalarios, que consecuentemente favorecen a presencia de discapacidad funcional temporal o permanente en adultos mayores; hecho que no es priorizado en pacientes hospitalizados; ello, requieren estrategias de solución, para mejorar su calidad de vida. **OBJETIVO:** Comprobar el impacto de una intervención comunicativa basada en Paulo Freire, en la capacidad funcional de adultos mayores, mediante actividades básicas de la vida (ABVD). **METODOLOGIA:** Estudio cuasi-experimental en 184 pacientes, en grupos control (n=92), experimental (n=92), en el hospital HGDIMP, San Luis Potosí, México. Previa aprobación del comité de ética, fue aplicado el Índice de Barthel mediante entrevista para las ABVD: 2 semanas previo al internamiento; al ingreso; a las 48 hrs; al egreso y 2 semanas después del alta hospitalar. El instrumento "Índice de Barthel" fue adaptado culturalmente y realizada prueba piloto en 96 ancianos. Fue aplicado el Instrumento (SPMSG) de Pfiffer, validado al español, para identificar el estado cognitivo y un cuestionario para datos general y antecedentes de salud. La intervención comunicativa se inicio a las 48 horas de hospitalización y termino 2 semanas después del egreso. Fueron aplicadas estadísticas descriptiva y análisis multivariado de perfiles, t de students y prueba exacta de Fisher; utilizando el programa SPSS versión 13.0. **RESULTADOS:** Edad promedio de los participantes 70 ± 7.7 años; 60,0 % casados; 41,9% con primaria incompleta y 40.2% analfabetas. Las principales causas de hospitalización fueron problemas cardiovasculares (40,2%). De co-morbilidad (49,5%) fue hipertensión arterial, y diabetes mellitas (33,2%). Antes del ingreso 37,0%, consumían 1 medicamentos, 25,5%, consumían 2, siendo los más usados: antihipertensivos (39,1%) e hipoglucemiantes (30,4%). El nivel de salud percibido fue regular 50,5% y bueno 38,6%. Al ingreso las ABVD mas afectadas fueron (18.5%) subir y bajar escaleras, (17.4%) bañarse, y todas las ABVD de ambos grupos obtuvieron $p > 0.050$, sin diferencia significativa. Al ingreso, incremento la dependencia en todas las ABVD, principalmente bañarse, vestirse y caminar, sin embargo analizando las ABVD entre grupo control y experimental, se encontró $p = 0.015$ en caminar; traslado cama-silla $p = 0.030$, por tanto, hay diferencia significativa entre ambos grupos. Después de 48hr de hospitalización hubo recuperación de ABVD; en el grupo control (media 50,1); grupo experimental (40,2) $p = 0,003$, con significancia estadística. Al termino del estudio, la media del grupo experimental aumento a (90,0) y en grupo control (67,0), $p = 0,001$, observando diferencia significativa. Al comparar perfiles medios, se encontró $p < 0.001$, por tanto no hay paralelismo. La media en ABVD fue mayor en grupo experimental que control. **CONCLUSIONES:** El presente estudio comprobó la efectividad de una intervención comunicativa, en la mejora de la capacidad funcional de ancianos hospitalizados, además de identificar factores de riesgo controlables; considerando que dicha propuesta, contribuye para la recuperación y logro del mejor nivel de independencia en los adultos mayores a través de su participación activa.

PALABRAS-CLAVE: Anciano. Capacidad funcional. Intervención comunicativa, Actividades Básicas de la Vida Diaria, hospitalización.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização dos grupos controle (n=92) e intervenção (n=92), segundo variáveis sócio-demográficas, San Luis Potosí, México. 2007	56
TABELA 2	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos controle e intervenção segundo a classificação por nível de estado mental de Pfeiffer, San Luis Potosí, México, 2007	58
TABELA 3	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos controle (n=92) e intervenção (n=92) que responderam corretamente as questões do instrumento de medida do estado mental de Pfeiffer, San Luis Potosí, México, 2007	58
TABELA 4	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos controle e de intervenção segundo o diagnóstico principal que motivou a internação, San Luis Potosí, México, 2007	59
TABELA 5	Número e porcentagem de idosos de um hospital escola dos grupos controle (n=92) e intervenção (n=92) que apresentaram diagnósticos adicionais, San Luis Potosí, México, 2007	60
TABELA 6	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos, controle (n=92) e intervenção (n=92) que apresentaram dificuldades de locomoção, visuais e auditivas, SLP. 2007	60
TABELA 7	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos controle(92) e de intervenção (92) segundo o tipo de acompanhante durante o processo de hospitalização, San Luis Potosí, México, 2007 ...	61
TABELA 8	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupo controle e intervenção segundo a quantidade de medicamentos que utilizavam antes da internação, San Luis Potosí, México, 2007	61
TABELA 9	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle (n=92) e intervenção (n=92), segundo o tipo de medicamento utilizado antes da hospitalização, San Luis Potosí, México, 2007	62
TABELA 10	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle (n=92) e intervenção (n=92), segundo o uso de acessórios utilizados antes da hospitalização, San Luis Potosí, México, 2007	62
TABELA 11	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupo controle e de intervenção, segundo as causas de internações prévias, San Luis Potosí, México, 2007	63
TABELA 12	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle e intervenção, segundo os dias de internação, San Luis Potosí, México, 2007	63

TABELA 13	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle e intervenção, segundo número de filhos na atualidade, San Luis Potosí, México, 2007	64
TABELA 14	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle e intervenção, segundo os dias de internação, San Luis Potosí, México, 2007	64
TABELA 15	Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle e intervenção, segundo as pessoas com quem morava anterior à internação, San Luis Potosí, México, 2007	65
TABELA 16	Número e porcentagem de idosos para o grupo controle e intervenção, segundo a moradia de procedência anterior à internação, San Luis Potosí, México, 2007	65
TABELA 17	Auto- percepção de estado de saúde do idosos nos grupos controle e intervenção, San Luis Potosí, México, 2007	66
TABELA 18	Frequência e proporção por nível nas Atividades básicas da vida diária dos pacientes do grupo experimental e controle 2 semanas antes do estudo. SLP 2007	67
TABELA 19	Frequência e proporção por nível nas atividades básicas da vida diária dos pacientes no grupo experimental e controle, no momento de ingresso ao hospital. SLP 2007	68
TABELA 20	Frequência e proporção por nível nas Atividades básicas da vida diária dos pacientes do grupo experimental e controle, após 48 horas de ingresso ao hospital. SLP 2007	69
TABELA 21	Frequência e proporção por nível nas Atividades básicas da vida diária dos pacientes no grupo experimental e controle, no momento da alta hospitalar. SLP 2007	70
TABELA 22	Frequência e proporções nas Atividades Básicas da Vida Diária dos pacientes no grupo experimental e grupo controle após de intervenção, San Luis Potosí, México, 2007	71
TABELA 23	Nível de dependência dos idosos no grupo controle (pré-avaliação e pós- avaliação) e experimental (pré-intervenção e pós-intervenção). San Luis Potosí, México, 2007	72

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
1 INTRODUÇÃO	14
.....	
1.1 POPULAÇÃO IDOSA	15
1.1.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA E SUAS CARACTERÍSTICAS...	15
1.1.2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO IDOSA	18
1.2 CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO E HOSPITALIZAÇÃO	18
1.2.1 FUNCIONALIDADE	18
1.2.2 INCAPACIDADE DO IDOSO	19
1.2.3 DEPENDÊNCIA FUNCIONAL NO IDOSO	23
1.2.4 CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO HOSPITALIZADO	24
1.3 PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE	28
1.3.1 PARTICIPAÇÃO COMUNICATIVA NA EDUCAÇÃO	28
1.3.2 DIÁLOGO E MOTIVAÇÃO NA EDUCAÇÃO PARTICIPATIVA	29
1.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O AUTO-CUIDADO: ÊNFASE NA COMUNICAÇÃO	32
1.5 ESTUDOS RELACIONADOS	36
2 OBJETIVOS	40
3 MATERIAL E MÉTODOS	42
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	43
3.2- LOCAL DO ESTUDO	43
3.3 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA E AMOSTRA	43
3.4 DEFINIÇÃO OU SELEÇÃO DO GRUPO CONTROLE	44
3.5 DEFINIÇÃO OU SELEÇÃO DO GRUPO EXPERIMENTAL	45
3.6 PERÍODO DO ESTUDO	45
3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
3.8 VARIÁVEIS	46
3.9 COLETA DE DADOS	48
3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	52
3.11 ASPÉCTOS ÉTICOS	53
4 RESULTADOS	55
5 DISCUSSÃO.....	76
6 CONCLUSÃO	85
7 REFERÊNCIAS	88

APÊNDICES	100
ANEXOS	118

Introdução

INTRODUÇÃO

1.1 População idosa

1.1.1 Envelhecimento da população idosa e suas características

Como um fenômeno contemporâneo e global, verifica-se mais expressivamente desde o início da última década, que a discussão e inclusão da população idosa nas políticas de saúde têm se revestido de importância e prioridade. Tal movimento fundamenta-se no incremento da população idosa no mundo, embora tenha maior impacto nos países em desenvolvimento, especialmente pela sua magnitude, já que 70% dos idosos se encontram nesses países (OMS, 2002).

Todos os setores, principalmente o da saúde, estão preocupados com o fenômeno do envelhecimento pelo impacto social, econômico, e na própria saúde, assim como o impacto na família e no próprio indivíduo. Essa situação é um reflexo da transição demográfica, visualizada no perfil demográfico e epidemiológico.

A transição epidemiológica, como processo, caracteriza-se pela mudança de uma etapa caracterizada por altas taxas de mortalidade em razão de doenças infecciosas, para uma etapa onde predominam os óbitos devido a doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônicas não transmissíveis, decorrentes de maior sobrevivência dos indivíduos até idades mais avançadas, com aumento da incidência e da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (GUTIERREZ, 2004).

O México, também apresenta essa situação, encontrando-se em transição demográfica, onde a população idosa é prioridade no presente e futuro do país, já que a composição da população e o perfil epidemiológico estão mudando significativamente o incremento da esperança de vida ao nascer (74 anos de vida) para o ano 2000, com 97 483 412 habitantes e 4.75 milhões de pessoas com mais de 65 anos (MÉXICO, 2000).

Desta forma, a população com mais de 60 anos, no ano 2001, era de 7, 172 256 de idosos, o que corresponde a 7% da população total. No ano 2005 houve um incremento total de 106 451 679, com 8,2 milhões de indivíduos com mais de 60 anos (MÉXICO, 2005a), e para o ano 2007 chegou a 8,5 milhões, o que correspondeu a 2% de crescimento anual e, 3% a 5 % dos indivíduos com mais de 80 anos (MÉXICO, 2007a). Seguindo a tendência espera-se que para o ano 2025 um de cada quatro

INTRODUÇÃO

mexicanos supere os 60 anos; para 2030 a população idosa corresponderá a 22,2 milhões, e para o ano 2050 a proporção de idosos superará 28% da população total (MÉXICO, 2005b).

O perfil de saúde da população sofre uma modificação, no lugar de processos agudos, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam décadas de utilização dos serviços de saúde, em situações como seqüelas do acidente vascular cerebral (AVC), fraturas após quedas, limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, amputações e cegueira provocadas pelo *Diabetes Mellitus* e a dependência determinada pela demência do tipo Alzheimer (CHAIMOWICZ, 1997).

Os idosos no Brasil, comparados com outros grupos etários, apresentam maior número de internações hospitalares, maior número de re-internações no mesmo ano, permanecendo por tempo prolongado em cada internação. Além disso, de forma geral, utilizam os serviços de saúde com maior frequência, quando comparados com a população geral ou de outras faixas etárias (IBGE, 2002).

Em 2001 a Espanha apresentou até 40% dos leitos dos hospitais ocupados por pessoas com idade superior a 60 anos (RUIPÉREZ, 2001). No México estima-se que 30% dos leitos hospitalares são ocupados por idosos e 20% corresponderiam a atendimento ambulatorial; por outro lado, as principais doenças crônico-degenerativas contribuem para o incremento de atendimento nos serviços de saúde, internação hospitalar prolongada, uso de tecnologia e maior custo em terapia medicamentosa.

Em 1996, as causas principais de morbidade nesse grupo, em ordem de importância são: 1. Artrites e outras doenças músculo- esqueléticas; 2. Outras doenças infecciosas e parasitárias; 3. Infecções respiratórias; 4. Hipertensão arterial; 5. Diabetes; 6. Doença péptica; 7. Traumatismos; 8. Coronariopatias e outras cardiopatias; 9. Doenças da circulação; e 10. Cataratas, glaucoma e outras oculopatias (DURÁN, 1996). Além disso, encontram-se os problemas de sobrepeso, obesidade, e lesões principalmente decorrentes de quedas (HAM, 2003). No ano 2000, foram consideradas como causas de mortalidade as Doenças cardiovasculares, Neoplasias, Digestivas, Respiratórias e Diabetes Mellitus (MÉXICO, 2000a).

INTRODUÇÃO

No Brasil, os problemas de saúde que atingem a população idosa são crônicos e múltiplos, os quais persistem por vários anos e requerem pessoal qualificado, equipe multiprofissional, equipamentos e exames complementares (VERAS et al., 2002; VERAS, 2003). Estas doenças crônicas, comuns nas idades mais avançadas, estão se tornando progressivamente mais prevalentes e, como não são devidamente controladas, suas complicações causam transtornos no atendimento e lotação das salas de emergências e nos hospitais.

No entanto, do ponto de vista epidemiológico, o envelhecimento populacional, aliado à mudança no estilo de vida, traz consigo dados que expõem um quadro de verdadeira *epidemia* de doenças crônicas e degenerativas nas próximas duas décadas (LEME, 1999).

Essa situação é observada no México, já que para 2005, do total de egressos hospitalares, 43,6% corresponderam a doenças não transmissíveis; desses, 78,5% com mais de 65 anos de idade, sendo as causas, em ordem de frequência, as seguintes: Doenças cardiovasculares, Digestivas, do Sistema geniturinário, *Diabetes Mellitus* e Tumores malignos (MÉXICO, 2005a). O atendimento hospitalar dessas doenças crônicas, assim como dos processos agudos e suas complicações tem a intencionalidade de ser tanto ambulatorial e domiciliar quanto comunitário, dando ênfase à independência funcional do idoso. No entanto, tem se identificado que as limitações funcionais nos homens entre 60 e 64 anos corresponde a 2,9% e aumenta para 8,4% depois dos 70 anos (MÉXICO, 2007b)

Foram identificados, nos idosos, fatores independentes preditivos da mortalidade tardia representado por doenças cardiovasculares e hepáticas pré-existent, complicações cardíacas, renais e infecciosas e pelo estado físico do paciente (Gawryszewski; Mello; Jorge; Koizumi, 2004)

A carência de planejamento dos sistemas de saúde e seguridade social para a população idosa constituiu-se num problema social uma vez que as instituições e a sociedade, de forma geral, têm limitações para oferecer resposta às necessidades e às demandas (MÉXICO, 2001a).

INTRODUÇÃO

1.1.2- Características da população idosa

Não é possível caracterizar os idosos como uma população homogênea; pelo contrário, há uma grande heterogeneidade nos aspectos de modificações anatômicas, fisiológicas, psicológicas, sociais e econômicas.

Acresça-se o fato de que a sociedade acolhe o indivíduo de forma diferenciada quanto ao acesso ao sistema de educação, trabalho, descanso e ambiente, o que pode determinar diferentes condições de vida e determina comportamentos distintos relacionados aos hábitos saudáveis. Além disso, a sociedade confere aos indivíduos da terceira idade o estigma da velhice, o que muitas vezes dificulta a sua inclusão em programas de promoção de saúde, com o fim de manter a funcionalidade, e que muitas perdas funcionais dos idosos poderiam ser recuperadas (BRIGEIRO, 2005)

1.2 Capacidade funcional do idoso e hospitalização

1.2.1 Funcionalidade

O conceito de funcionalidade é referido mundialmente por múltiplos sinônimos e diferentes conotações, todas geralmente associadas à avaliação física ou clínica do indivíduo. Com o objetivo de unificar critérios relacionados à dependência e funcionalidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano 2001, aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade da Incapacidade e da Saúde (CIF) originária da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Necessidades Especiais (CIDDDM), que considera a funcionalidade como “funcionamento” com uma visão integral, em que estão relacionadas as diferentes funções e estruturas do organismo, a atividade e participação no ambiente sócio-ambiental.

Nesse sentido, e conforme referido por SILVA (2001), confere-se à funcionalidade o significado da capacidade que uma pessoa tem para realizar atividades necessárias, para conseguir o bem-estar, por meio da inter-relação do seus campos: biológico, psicológico (cognitivo e afetivo) e social. Assim, pode-se encontrar indivíduo idoso funcionalmente sadio, ou capaz de realizar seu auto-cuidado e o idoso,

INTRODUÇÃO

funcionalmente alterado ou com dificuldades para realizar seu auto-cuidado. Essa capacidade de realizar atividades necessárias para alcançar o bem-estar pode diminuir se apresentar algum tipo de transtorno, doença crônica ou lesão que limite sua capacidade física ou mental, o que acarretaria conseqüências diretas na capacidade de trabalho, aposentadoria e a necessidade de atenção médica por longo período (OMS, 1998).

A OMS, em 2002, reconhece as características e os problemas do envelhecimento:- esse deve ser considerado como um processo natural e universal que afeta de maneira distinta cada pessoa, tornando-se mais acentuado nas últimas décadas de vida e o requerimento de maior tempo para adaptar-se a uma mudança biológica, psicológico ou social é sua principal característica (SILVA, 2001).

Essas mudanças determinam a capacidade de funcionamento ou funcionalidade dos idosos, que para a Organização Mundial de Saúde (OMS) representa o principal parâmetro determinante do estado de saúde entre os indivíduos que envelhecem, podendo ser mensurado o estado de saúde, não em termos de déficit, e sim de “manutenção da capacidade funcional”. Dessa forma, ao avaliar o estado de saúde dos idosos, a funcionalidade representa um papel fundamental (OPS/OMS, 1982).

Em 1981 a OPS já advogava à promoção da saúde e o bem-estar dos idosos com a colaboração de programas integrais para satisfazer suas necessidades (OPS/OMS, 1998). Esse programas estão basicamente apoiados em atividade de auto-cuidado, que uma vez adotada pelo idoso, como parte de sua vida, pode evitar a incapacidade e a diminuição funcional determinante de seu estado de saúde (OMS, 2002). Portanto, torna-se imprescindível manter ou recuperar a funcionalidade: do contrário a situação de risco é a incapacidade e a dependência.

1.2.2 Incapacidade no idoso

A **incapacidade**, segundo o enfoque atual da OMS, refere-se a um termo genérico, de caráter universal que inclui deficiências (anormalidade ou perda de uma estrutura ou função corporal), limitações na atividade (dificuldade) e restrições na participação. Pessoa com incapacidade é aquelas que, como resultado de uma deficiência apresentam uma redução parcial ou total de sua capacidade para

INTRODUÇÃO

desenvolver alguma atividade ou função dentro de limites considerados normais (OMS, 1998).

No envelhecimento, a dependência é um atributo inseparável da incapacidade, na qual interfere o fator contextual de “ajuda” ou apoio funcional, para realizar determinada atividade (QUEREJETA, 2001).

A disfunção em alguns órgãos e sistemas dos idosos se relaciona com a perda da capacidade anatômica e funcional; no entanto, isso em muitas ocasiões se encontra, principalmente ligado aos indivíduos maiores de 75 anos de idade. Mas quando se sobrepõe a isso a presença de doenças e principalmente as de tipo osteoarticular, cardiovascular, cérebro-vascular, e traumatismo, associa-se à processos agudos, hospitalização e sedentarismo, o que precipita a incapacidade.

As principais causas de dependência nos idosos são as patologias crônicas e as que ocasionam incapacidades, o que torna os idosos usuários freqüentes da assistência médica. Os aposentados consomem mais de 70% do custo farmacêutico em atenção primária e mais de 50% dos leitos são ocupados pelos idosos de 65 anos; a taxa é três vezes maior nos acima de 75 anos de idade e até quatro vezes mais nos indivíduos com mais de 65 anos de idade.

Da população idosa que vive em suas casas na Espanha, 25% requerem ajuda pelo menos para uma das Atividades Básicas da Vida Diária; 1,5 milhões são dependentes e desses 650,000 superam os 85 anos de idade. Nas ABVD 15% requer mais ajuda para tomar banho e 12,0% para subir e descer escadas, o que predomina entre as mulheres (MAYÁN, 2005).

Os pilares do processo do envelhecimento com saúde estão representados pela promoção da saúde e o acesso universal das pessoas de idade avançada aos serviços de saúde toda a sua vida, com a finalidade de manter a independência, prevenir ou retardar a doença e a incapacidade, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas com incapacidade. No entanto, vivencia-se a “*transição de risco*” que concentra grande número de fatores de risco associados aos regimes abundantes em produtos de origem animal, pouca fibra, além de pouca atividade física, o que precipita os problemas de Sobrepeso, Obesidade, Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Arterial e

INTRODUÇÃO

Cardiopatias isquêmicas (OMS, 2001), doenças que contribuem com morbidade mais freqüente nos idosos.

A idade avançada tem sido caracterizada como um fator de risco de incapacidade (MENÉNDEZ; GUEVARA, 2005), o que confirma as estatísticas do (MÉXICO, 2005a); efetivamente há um aumento do índice de incapacidade nos grupos com mais de 60 anos de idade, mas associado ao avanço da idade há um incremento da proporção das incapacidades. Assim, identificou-se em 2000 que quanto maior a idade do sujeito, maior o índice de incapacidade, sendo que o grupo mais afetado da população aquele que supera os 70 anos de idade. Da população total com incapacidade no México 41,1% corresponde a indivíduos com mais de 60 anos, dos quais a maior parte são mulheres (52,8%) (MÉXICO, 2000a). No entanto, as deficiências osteoarticulares, visuais e auditivas (três principais na Espanha) é de 322,1 x 1000 habitantes maiores de 65 anos, e sete vezes maior nos indivíduos com mais de 65 anos, ou seja, quase dois terços da população com incapacidade estariam acima de 65 anos (MAYÁN, 2005).

Tal situação está de acordo com um dos fatores de pobreza na população rural. (SALGADO, 2004) identifica limitações associadas a problemas de saúde, já que mais da metade dos idosos estiveram doentes por mais de seis meses, e que limitaram as atividades cotidianas que realizavam, mais de um terço, principalmente nos homens, até chegar a 32 dias e as mulheres a 14 dias.

Essa situação virá incrementar as demandas de saúde, social, econômica e , política no presente século e entre as futuras gerações, e que na atualidade já apresentam um efeito de tais demandas. Reconhece-se que nenhum setor da sociedade está preparado, para seu enfrentamento, o que na área da saúde é mais grave já que recebe população oriunda de diversos estratos socioeconômicos, particularmente aqueles que atravessaram uma vida de maus tratos e convertem-se em idosos com múltiplas patologias. Situações como estas refletem-se nos resultados de estudos como aquele realizado por (MÁRQUEZ, 2005) em cinco estados da República Mexicana, encontrando-se que 80% dos idosos moram em lares pobres e carecem de seguridade social.

INTRODUÇÃO

Nos indivíduos com mais de 60 anos de idade, predominam as mulheres o que incrementa com idade, 57,5% no grupo de 60 anos e até 60,3% nas mulheres com mais de 80 anos e com *Diabetes Mellitus*, principalmente nos grupos de idade entre 60 e 69 anos com 24,5%, seguido do grupo de idade de 70 a 79 anos, principalmente nas mulheres (25,1%) a obesidade, sobrepeso e acidentes referidos. O problema principal está representado pelas quedas (49%), dos quais entre 60 e 69 anos correspondem a (4,5%), e aumenta nos grupos de idade entre 70 a 79 anos, principalmente na mulher (6,6%) e até (8,9%) nas mulheres com 80 anos e mais (SS. INSP, 2003), o que tem levado esse grupo etário à incapacidade.

Apesar de alguns autores referirem que as incapacidades não acontecem na população idosa por causa do envelhecimento, e sim como consequência da qualidade de vida durante o processo do ciclo vital, pode-se identificar que essas aumentam com a idade. Os riscos de apresentar diminuição da funcionalidade associada às incapacidades para realizar, de forma autônoma, atividades da vida diária são vistas, com maior frequência, nos grupos de faixa etária entre 55 e 59, 60 e 64, 65 e 69 e após os 79, idade em que aumenta a proporção de incapacidades.

A incapacidade associa-se, nos idosos, a doenças crônico-degenerativas e, no México, apresentam uma concentração nos indivíduos com mais de 65 anos, dos quais o maior número corresponde a incapacidade motora, que afeta 56% dos homens e 62% das mulheres, seguidas das visuais (33% e 32% para homens e mulheres, respectivamente), as auditivas (27% e 19% para homens e mulheres, respectivamente). No entanto, deve-se considerar o gênero, já que a mulher tende a viver mais, e a medida que avança o processo do envelhecimento, as diferenças entre homens e mulheres, tornam-se mais evidentes, de tal forma que no grupo etário que supera os 75 anos de idade se encontrará 80 homens para cada 100 mulheres, situação que deve ser considerada ao avaliar a incapacidade nessa população (MÉXICO, 2005a).

Ademais, a prevalência da alta **dependência funcional**, no total dos adultos que superam os 60 anos de idade, no México, estima-se em aproximadamente 17,5%, mas observa-se que antes dos 75 anos de idade ainda é baixa, porém aumenta de forma gradual e proporcional com a idade, passando a ser maior nos indivíduos com mais de 90 anos; além disto, observa-se uma diferença no gênero, sendo maior nas mulheres

INTRODUÇÃO

(GUTIÉRREZ, 2004). Esse fato corrobora o que foi observado pela OPS (2001), e também demonstra que as atividades da vida diária apresentam maiores limitações com o passar dos anos, com estado de saúde precário e, ainda mais, com processos de hospitalização.

Para conseguir uma melhora na funcionalidade, diminuindo as incapacidades e evitando o aparecimento de dependências, os serviços de saúde deverão elaborar programas de promoção de saúde direcionados aos idosos, visando melhorar ao máximo suas possibilidades de autonomia, boa saúde e produtividade (O.P.S/O.M.S., 1999). Portanto, as estratégias vinculadas às políticas públicas de saúde sobre o envelhecimento, deverão estar direcionadas à realização de diferentes intervenções e propostas que possam aumentar a esperança de vida sem causar incapacidades (OPS/OMS, 2002).

1.2.3 Dependência funcional no idoso

A dependência pode ser física ou psicossocial, afetando a saúde dos idosos. A dependência pode ser causa da doença apresentando-se como isolamento, depressão, falta de companhia para desenvolver as atividades básicas da vida diária (ABVD) como a alimentação, banho, eliminação, caminhar, transporte, entre outras, para viver uma vida digna e comum como ser humano (RODRÍGUEZ; DIOGO, 2000).

Embora muitos pesquisadores procurem avançar na compreensão dos processos relacionados ao envelhecimento humano, existe dificuldade de se estabelecer o limite entre esse processo normal e os estados mórbidos, mais comuns nos idosos. Existem, portanto, dificuldades em se definir quando as mudanças são devidas à idade e quando essas são provindas de doenças (LEME, 1999).

A disfunção leva à incapacidade, que pode ser física, psíquica ou social; e por sua vez, essa última pode levar à dependência, e apresentar necessidades especiais (como causa da redução ou perda da capacidade funcional secundária à deficiência para realizar uma atividade normal do ser humano), o que pode levar a uma dependência temporal ou definitiva.

INTRODUÇÃO

1.2.4 Capacidade funcional do idoso hospitalizado

Vários estudos têm identificado fatores que podem precipitar a incapacidade física temporal ou definitiva nos idosos, porém existe um aspecto adicional ao processo agudo da doença, e o processo de hospitalização. A hospitalização poderá levar a complicações devido à imobilização prolongada, ao maior risco de doenças iatrogênicas e ao estresse pós-traumático, caracterizado por insônia, ansiedade, depressão, perda da confiança e síndrome do pânico, além do que o idoso é ainda mais suscetível ao comprometimento da função cardiopulmonar, às infecções (sendo a mais comum a pneumonia), ao aparecimento da trombose venosa profunda, à atrofia muscular, às alterações articulares e às úlceras de pressão (BODACHNE, 2002; SOUZA; IGLESIAS, 2002).

As reações psicológicas e psicossomáticas que um paciente pode ter frente à hospitalização derivam-se principalmente do fato de que o indivíduo hospitalizado tem uma ruptura no seu ambiente, mudanças em seus costumes, hábitos, e sua capacidade de autorealização e de cuidado pessoal (ARIAS, 2002). Além disto, a hospitalização pode representar uma ameaça geral à vida, à saúde, e à integridade física (RUIPÉREZ,

INTRODUÇÃO

2001). Desperta-se, tanto no paciente quanto nos familiares, o medo do desconhecido (MARÍNES, 2000).

A incapacidade (perda de autonomia ou estado de dependência funcional são processos que podem tornar-se agudos por uma situação de crise “doença”) pode ser precipitada por um processo de hospitalização, um ambiente agressivo para um ser humano, por não ser seu habitat natural, no qual corre-se o risco de agregar patologias como consequência do ambiente hospitalar. Por essa razão, deve-se destacar a importância do papel dos profissionais de enfermagem na manutenção e melhoria da capacidade do idoso no processo de hospitalização.

Dessa forma, o objetivo fundamental é ajudar na sua recuperação, para reintegrá-lo, na vida diária, ao núcleo familiar e dentro da sociedade. A recuperação máxima em todos os âmbitos, de forma especial no âmbito da funcionalidade, permitirá ao idoso a capacidade de realizar as ABVD, mantendo a melhor qualidade de vida possível após o processo de hospitalização, resultante da qualidade do cuidado de enfermagem (CARNAVELI, 1988).

O risco de complicações de morbidade, no geral, aumenta com a duração da imobilidade, como seria uma permanência prolongada no leito ou na cadeira de rodas, causando perda acentuada do estado funcional, resultante de efeitos combinados de inatividade e imobilidade, que podem levar a morte (TIDEIKSAAR, 2003).

Em 2002, na Espanha, a morbidade hospitalar, que envolve limitação na autonomia pessoal e da capacidade funcional, em ordem de frequência, para pessoas com patologias graves são: disfunção do aparelho circulatório, digestivo, respiratório e tumores malignos, além das patologias neurológicas (MAYAN, 2005).

Os membros da família, os profissionais que prestam cuidados e as instituições temem pela segurança do idoso e se comportam de maneira superprotetora, que desencoraja a independência e restringe suas atividades e autonomia, o que aumenta o risco da imobilidade e de suas complicações (GAWRYSZEWSKI; MELLO JORGE; KOIZUMI, 2004).

A doença e incapacidade têm como consequência o declínio das funções; aliado a isto, os idosos têm uma ou mais doenças crônicas, e mais de um terço têm uma incapacidade importante que limita as principais atividades e, como consequência, teme

INTRODUÇÃO

a perda de sua independência. No entanto, o auto-cuidado do idoso pode ser determinado examinando os papéis que ele aceita, assim como os que ele rejeita (ELEOPULOS, 2005).

Os processos mórbidos aos quais estão expostos os pacientes são freqüentemente mais complexos; por essa razão, é importante que as instituições de saúde ofereçam serviços com mínimas condições de qualidade e participe disso, como a enfermagem preste atenção e dedique-se aos aspectos da comunicação e educação para a saúde, na recuperação e reabilitação do paciente, visando a alta hospitalar.

Com a finalidade de ajudar ao paciente hospitalizado é básico realizar a avaliação funcional, incluindo a capacidade física e mental. Para tanto, conta-se com uma variedade de instrumentos.

No presente estudo selecionou-se o teste de Pfeiffer para análise da capacidade mental que avalia a memória, orientação, atenção e cálculo matemático. É formado por 10 perguntas, podendo apresentar pontuação de um a dez, que podem ser classificadas em: função intelectual normal, perda intelectual leve, moderada, até perda intelectual grave (MARTÍNEZ, 2001; MAYÁN, 2005).

Uma medida preventiva primaria é a avaliação física funcional, que permite detectar alterações moderadas e possibilitam a mensuração objetiva, melhorar a sensibilidade diagnóstica, definir objetivos terapêuticos, cuidados continuados de enfermagem e reabilitação, entre outros. Isso implica na avaliação das ABVD, Atividades Instrumentais da Vida Diária e a mobilidade.

Há várias escalas que avaliam as ABVD, entre elas destaca-se o índice de Barthel, instrumento gerado originalmente em inglês (MAHONEY; BARTHEL, 1965), para avaliar as ABVD em pacientes no ambiente hospitalar e com doenças crônicas. No entanto, no presente estudo é utilizada a versão em espanhol (BAZTÁN, 1993) do México. Esse instrumento é amplamente utilizado no campo clínico e de forma especial na Espanha (MAYÁN, 2005).

As síndromes geriátricas, de foram geral, se acentuam durante e após uma hospitalização; por exemplo, a incontinência urinária (IU) e a imobilidade. A IU é uma perda do controle da urina que surge de uma patologia genitourinária, dificuldade de acesso adequado ao banheiro e a mudanças relacionadas ao envelhecimento. Afeta

INTRODUÇÃO

um terço da população que supera os 60 anos de idade, mas pode ser mais evidente após hospitalização por diversos fatores, como a permanência em um ambiente diferente, uso de alguns medicamentos, a imobilidade, entre outros.

A incapacidade é definida como a diminuição da capacidade para desempenhar as ABVD por uma perda das funções motoras. Dos indivíduos com mais de 65 anos de idade, 18% precisam ficar imobilizados por três ou mais dias consecutivos, e a metade dos indivíduos que superam os 75 anos têm dificuldade para sair sozinho de casa. (MAYÁN, 2005)

INTRODUÇÃO

1.3 PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE

1.3.1 PARTICIPAÇÃO COMUNICATIVA NA EDUCAÇÃO

O ensino na saúde tem diversas metodologias, a maior parte utiliza o modelo tradicional centralizado no educador, que representa a parte ativa, e o educando a parte passiva, o que Paulo Freire confere o nome de sistema “bancário” da comunicação e da educação. Assume-se papéis de quem possui o conhecimento, e de quem não possui (FREIRE, P 1970). A transferência do conhecimento é realizada através de um depósito de quem o possui em favor de quem não o tem, em comunicação vertical. Tal modelo, que utiliza uma forma autocrática de transmissão da mensagem, que se movimenta apenas em uma direção. Por meio da pedagogia de Freire, esse processo sofre mudanças transformando-se em um processo revolucionário, no qual os atores são intervenientes, tanto o educando quanto o educador, cada um possui um papel *dialético, dinâmico* e pressupõe que quem está sendo educado não aprende sozinho e toma consciência de si mesmo por meio do outro, em comunhão com os demais e em um meio que tenha significado para ele (FREIRE, 1970).

Freire refere que “a comunicação se dá em co-participação dos sujeitos no ato de pensar”... “Implica em reciprocidade que não pode ser quebrada”...A comunicação é um diálogo; não a transferência de saber e sim um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”(FREIRE, 1971). “Por definição, a comunicação é dialógica, independente das telecomunicações, deve-se considerar a comunicação social ainda mais interligada à cultura” (FREIRE, 2001).

O processo educativo está fundamentado no respeito, na generosidade e fraternidade, no qual a experiência humana possibilita a educação do ser. Ademais, FREIRE (2004) refere-se ao homem como uma obra não concluída e confere à pedagogia o nome de esperança “pedagogia da indagação”. Freire (2004) considera o homem e a mulher seres históricos que se constroem e voltam a construir socialmente, e para que isso aconteça, requer da “leitura do mundo”, assim interagem com o mundo que o captam, objetivando, compreendendo e lendo por meio de uma experiência vital chamada curiosidade, que unida à consciência do não concluído, se transforma no motor do conhecimento.

INTRODUÇÃO

É necessário que se conte com um objetivo cognoscível, que pode ser conhecido não unicamente na sala de aula e sim na população, por meio do exercício da curiosidade.

O processo de inteligibilidade é dado no caminho de aprendizagem, e compreensão para chegar à comunicação aos outros, portanto, o educador tem a tarefa de despertar a curiosidade do educando e despertar a curiosidade para a construção do conhecimento, a chamada pedagogia crítica (FREIRE, 1996)

De outro lado, para que o homem aprenda, requer da presença do outro: quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. A presença da comunicação e as diferentes formas de comunicação não terminam na palavra dita e continuam no olhar e nas atitudes. O professor tem a necessidade de desenvolver a capacidade crítica e afetiva de compreender o olhar de quem está aprendendo, de perceber o movimento do corpo em um tempo e espaço específico. Sabe escutar, pois escutando, também se aprende a falar. Saber escutar está relacionado com o saber entender o outro, não ridicularizá-lo, aceitá-lo e respeitá-lo, com antagonismo a quem se mostra diferente, mostrando-se disposto e assumindo que nem todos os indivíduos possuem o mesmo pensamento e a pedagogia em constante movimento, aberta a mudança e às diferenças.

A principal consciência da metodologia participativa no ensino aponta, principalmente, dois elementos inter-relacionados: a comunicação e a motivação, assim como a participação ativa do educando, convidando-o a refletir, compartilhar e realizar intercâmbio com os outros, conforme estipulado na pedagogia (FREIRE, 1982; LÓPEZ, 2005).

1.3.2 DIÁLOGO E MOTIVAÇÃO NA EDUCAÇÃO PARTICIPATIVA

O ser humano é único por ser dono de uma linguagem complexa, com matizes e duplamente articulado e o ato consciente, regulado, premeditado e intencional como a educação. O ser humano-social da educação é único pela *inter-relação humana* e a *comunicação inter-pessoal*. O processo educativo é eminentemente um fenômeno totalmente comunicativo, no qual coexiste o emissor, receptor o objetivo da

INTRODUÇÃO

comunicação, a mensagem e o canal, existindo um processo de realimentação (FREIRE, 2004; LÓPEZ, 2005).

A comunicação é o intercâmbio de idéias, afetos, não só de forma verbal, já que toda conduta é comunicativa como são os gestos, a presença física, posturas, tons de voz, formas de linguagem, assim são emitidas mensagens e esses são entendidos dentro do meio em que atuam os sujeitos que constroem a comunicação.

Meio Ambiente

Tempo

Figura 2. Elementos do processo comunicativo do educando-educador, em qualquer âmbito, baseado em Freire P.

INTRODUÇÃO

A intervenção educativa é proposta a partir dos postulados pedagógicos de (FREIRE, 2004). A enfermeira assume o papel de educadora do cliente, visando conscientizá-lo por meio da educação dialógica a partir dos temas geradores, que lhe sejam significativos e que, por meio deles, consiga adotar os elementos de força interna e recursos do meio para assumir a responsabilidade de sua participação com ajuda de seus recursos, conseguindo assim sua independência nas ABVD.

A educação da liberdade, assim chamada por Paulo Freire, é a pedagogia onde o esforço totalizador da prática humana procura no interior dessa re-totalizar-se como prática da liberdade. O sujeito se descobre, conquista e reflete como sujeito de seu próprio destino histórico, indo além, em direção do humano: alfabetizar, sensibilizar o aprendiz. Há uma vertente contra-lógica da educação de dominação. Reflexão, criação e recreação, continuar na frente por caminhos “métodos”, práticas de liberdade, trabalhar com a consciência humana, processo através do qual a vida transforma-se em história. Processo em que a biologia, passa a ser vista como biografia. A consciência leva à ação (FREIRE, 1996).

São gerados três momentos importantes dentro da pedagogia descrita, descrita:

1. O movimento interno que unifica os elementos do método e excede em amplitude o humanismo pedagógico;
2. Esse movimento reproduz e manifesta o processo histórico no qual o homem se reconhece;
3. Possíveis rumos que representam projetos possíveis, não unicamente no tomar consciência do conhecimento do reconhecimento e sim na opção de decisão ou compromisso.

Dentro do método, o ponto de partida é a palavra, o universo do vocabulário dos indivíduos, que uma vez transfigurada pela crítica volta a ele, na ação transformadora.

As palavras chamadas geradoras são significados constituídos a partir de seus comportamentos, os quais geram situações existenciais e se configuram dentro delas. Tais significados são codificados por meio de quadros, fotografias, filmes, representativos das respectivas situações, que a partir da experiência vivida (do indivíduo) passa ao mundo dos objetos, ganha distância para ver sua experiência “admira” e inicia o processo de decodificação.

INTRODUÇÃO

A decodificação é a análise e, conseqüentemente, reconstituição da situação vivenciada: reflexo e abertura de possibilidades concretas de ir além. O imediato da experiência mediada pela objetivação se ilumina, interiormente, refletindo sobre si mesmo e se torna crítico de outros projetos existenciais.

A consciência torna-se crítica, já que ao objetivar seu mundo encontra-se com ele mesmo, reencontrando-se com ele e com os outros companheiros do seu círculo de cultura. Encontra-se em um mundo comum e da consciência das intenções que os objetivam, surge a *comunicação* ou o diálogo que critica e promove aos participantes, para que possam recriar criticamente o mundo, razão pela qual cada um aprende com reciprocidade de consciência, a partir de um coordenador. Esse oferece as informações solicitadas, e propicia condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua participação no diálogo.

A codificação e decodificação permite ao indivíduo integrar os significados das palavras geradoras, em seu contexto existencial, seu mundo, seu pensamento e sua história. O homem ao expressar-se confirma sua existência como homem, torna-se consciente da sua condição humana. Constitui a consciência ao se distanciar das coisas e fazê-las presente; transformando seu mundo no mundo humano, transformando o meio físico no mundo humano (FREIRE, 1970).

1.4. Assistência da enfermagem para o auto-cuidado: ênfase na comunicação

A Enfermagem gerontológica é a especialidade que se encarrega da valoração das necessidades das pessoas idosas, do planejamento e administração dos cuidados, para satisfazer suas necessidades, assim como a eficácia desses cuidados ao alcançar e manter o bem-estar segundo as limitações impostas pelo processo do envelhecimento (BONAFONT, 2001).

No entanto, a Gerontologia é uma área relativamente nova numa ótica de multidisciplinaridade. CARNEVALI (1988) considera que a enfermagem tem duas categorias importantes do fenômeno que merecem atenção por parte desses profissionais: a vida diária (VD) e o estado funcional da saúde (EFS), categorias que permanecem em constante relação.

INTRODUÇÃO

A categoria da VD apresenta cinco sub- categorias: atividade da vida diária (AVD), fatos, necessidades ambientais onde se desenvolve o indivíduo, valores e crenças. Considera-se como AVD tudo o que o indivíduo faz, como parte de sua vida diária, segundo padrões sociais ou preferências, assim como das alterações resultantes das disfunções ocasionadas por uma doença, seu diagnóstico e seu tratamento, ou pelo estado biológico correspondente a sua idade.

A VD afeta o EFS e, este último, afeta a VD do indivíduo. No idoso as AVD já passadas e presentes são fatores determinantes para o estado de saúde atual. Por outro lado, o estado de saúde afeta a VD, e no idoso não é diferente, os aspectos de dentição, padrões de sono, capacidade motora, controle de esfíncter, sistema imune, entre outros. Essas são situações às quais os idosos se adaptam no dia a dia; no entanto, em algumas ocasiões essas se sobrepõem ao funcionamento normal para a idade, aspectos da doença, o que acrescenta a incapacidade e, por consequência, altera as AVD, tornando-o ainda mais susceptível à co-morbidade e ao tratamento multifarmacológico.

Tem prevalecido o aspecto curativo por parte do setor saúde, equilibrando a atenção aos idosos no processo patológico dentro do ambiente ambulatorial ou hospitalar. O aspecto preventivo tornou-se importante há pouco tempo, apresentando-se como resposta ao incremento da população idosa no mundo. Dessa forma, atualmente é feita uma análise da importância da doença especificamente nessa população, tanto no aspecto biológico individual, quanto social e familiar, evidenciando-se o alto custo gerado pelas condições agudas e crônicas de saúde dos idosos, assim como pelos custos das incapacidades, perda de autonomia e principalmente estado de dependência funcional (CARNAVELI, 1988).

A partir da atenção holística, as enfermeiras devem ajudar o idoso para atingir um estado de integridade, orientando-os na compreensão e no encontro do significado e finalidade da vida, de maneira a contribuir facilitando a harmonia da mente, do corpo

INTRODUÇÃO

e do espírito, mobilizando seus recursos internos e externos, assim como promovendo comportamentos de autocuidado (ELIOPOULOS, 2005).

Esse é o objeto de atenção no presente estudo, no qual se considera a implementação de uma intervenção educativa visando a dar resposta aos principais diagnósticos de enfermagem dos pacientes e sua família, como a incapacidade para manter seu desenvolvimento como adulto.

A intervenção educativa, a ser empregada no presente estudo, apresenta duas abordagens, uma relacionada ao método e outra ao conteúdo. Na abordagem do conteúdo se retoma as idéias de uma das funções da enfermagem referida por (HENDERSON, 1994) na qual sugere que “a enfermeira deverá estar presente ou não na realização das atividades que contribuam com a saúde ou a recuperação da mesma, e que o cliente deverá levá-las sem ajuda, caso tenha a força, vontade e conhecimento necessário para realizá-lo, de forma que lhe auxilia a atingir sua independência em curto prazo”.

Assim, os cuidados básicos (ajudar em suas atividades ou oferecer conhecimentos para alcançar o objetivo) referem-se às 14 necessidades básicas: respirar normalmente, comer e beber adequadamente, eliminar por todas as vias necessárias, movimentar-se e manter posturas adequadas, dormir e descansar, vestir-se, manter a temperatura normal, higiene, evitar os perigos ambientais, comunicar-se com as pessoas, oferecer culto de acordo com suas crenças, trabalhar visando a sua realização pessoal, participar em atividades recreativas, e aprender visando o seu desenvolvimento normal.

Ainda, quando a enfermeira durante a hospitalização ajuda diretamente ao paciente, em muitas ocasiões, pelo fato de encontrar-se dependente, a mesma deverá diminuir, dentro do possível, esse período, assim a reabilitação inicia-se já no primeiro contato, incentivando as atividades que o cliente pode realizar, a enfermeira julgará o êxito da atividade, segundo a rapidez ou o grau de dificuldade que o cliente pode apresentar para realizar novamente suas ABVD, até chegar à possível independência (caso isso for possível).

É importante ressaltar que os cuidadores estão principalmente representados pelos familiares e parentes próximos para dar apoio informal durante a hospitalização, e

INTRODUÇÃO

que os pacientes com incapacidade têm apoio da família (TAVARES,DMS et al, 2007). Frente a isso, essa área tem se mostrado bastante restrita aos hospitais do México. As enfermeiras tem deixado de lado, quando se trata de sua inclusão dentro de suas responsabilidades. Por essa razão, no presente estudo se propõe uma abordagem de intervenção comunicativa, tendo como base a educação de um grupo de clientes hospitalizados e identificar o impacto da mesma nesses indivíduos em suas ABVD.

Considera-se que as ações de enfermagem estão fundamentadas na interação humana. A comunicação humana constitui-se em um recurso essencial para o enfermeiro.

No entanto, a literatura mostra pontos críticos do desenvolvimento da comunicação entre o enfermeiro e o cliente. A interação verbal entre a enfermeira e o paciente limita-se ao desempenho do papel instrumental desse profissional. Ou seja, essa comunicação refere-se unicamente ao papel profissional de quem presta o cuidado. É necessária a compreensão da necessidade de permanecer alerta a esse fato e, corrigir a situação por meio de intervenções que pressupõem que o enfermeiro é uma pessoa e um profissional; dessa forma, sua comunicação com o paciente não pode acontecer unicamente em situações pré-estabelecidas (MENDES et al, 1991; MENDES,1994).

Quem cuida e quem recebe o cuidado, são pessoas, portanto a comunicação entre eles não pode ser unicamente de nível instrumental, mas deve compreender conteúdos expressivos, que possibilitem a autenticidade desse relacionamento profissional. Isso deverá ser o ponto de partida, o qual permitirá pensar em qualidade.

Portanto, a comunicação interpessoal deve ter como propósito atingir a meta da promoção da saúde no contexto da enfermagem (MENDES, 2001).

O presente estudo pretende, por meio da uma intervenção comunicativa conscientizar o auto-cuidado dos pacientes hospitalizados idosos, fundamentada na pedagogia de Freire. Planeja-se o processo de alfabetização proposto para indivíduos idosos, o qual está fundamentado no processo de relação com o outro, na interação humana para a aprendizagem. O sujeito é humano e requer e uma convivência mais humana, na qual há uma inter-relação entre a pessoa e seus pensamentos, percepções

INTRODUÇÃO

e comportamentos, resgatando, no cuidado da enfermagem, o serviço dedicado com afetividade pelo outro (MENDES, 2000).

Para tal propósito propõe-se o presente estudo que busca integrar as características dos sujeitos do estudo, o conceito da funcionalidade, incapacidade, dependência e os elementos da participação comunicativa, como plataforma da pedagogia de Paulo Freire, elemento-chave da fundamentação para a intervenção do grupo experimental ou de intervenção do estudo.

1.5. ESTUDOS RELACIONADOS

Considera-se importante identificar os estudos relacionados com o tema de investigação, a seguir apresentados:

No estudo da perda da capacidade funcional em população idosa (MAÑAS, 2005) analisou-se a diferença entre as capacidades prévias à hospitalização, durante o processo de internação e na alta hospitalar. Aplicando a escala de Barthel encontrou diferenças nos três momentos, observando-se a perda da capacidade funcional como resultado desses processos. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, porém não identificou os fatores associados.

Gamarra (2001), no serviço de medicina interna de uma hospital de Lima, Peru, investigou quais seriam as conseqüências da hospitalização no cliente idoso, observando a redução da capacidade funcional do idoso que permanece em média 17,3 dias no hospital, e na alta até 34,8% com a capacidade de realizar três ABVD das dez avaliadas, comparadas com 67,7% de idosos que apresentavam capacidade para realizar até cinco ABVD. O autor conclui que o idoso tem uma alta prevalência da perda funcional, e esta aumenta com o processo de hospitalização. Da mesma forma (GAMARRA;VARELA, 2005) analisaram no Peru, o estado da funcionalidade dos indivíduos com mais de 60 anos de idade antes da internação hospitalar, relacionada a síndromes geriátricos. Encontraram relação significativa entre a funcionalidade e a idade, situação econômica, quedas e incontinência urinária, tonturas, déficit cognitivo e depressão associada à perda parcial ou total da funcionalidade.

De outro lado, FONTANA (2002), como enfermeira, analisou a concordância do índice de dependência nas ABVD na população idosa da área rural. Para tanto, aplicou

INTRODUÇÃO

a escala de Barthel e Kats a indivíduos de ambos os sexos. A autora observou que com o aumento da idade, há um incremento da dependência, nas diferentes variáveis analisadas, no entanto, não houve diferença significativa no comportamento da dependência e o sexo. Também identificou que o banho, a incontinência e vestir-se são as principais ABVD que originam a dependência. Como limitação do estudo a autora refere que a população participante não é caracterizada, desconhecendo-se o número de idosos que participaram e se esses apresentavam alguma co-morbidade ou uma doença crônica.

Em Alcalá, Espanha, foram realizados estudos com a população com mais de 65 anos relacionada ao índice de autonomia. Encontraram-se grupos de alta, média e baixa autonomia. Entre os indivíduos considerados de baixa autonomia encontram-se os indivíduos doentes, idosos e que ademais moram sós, e de baixos recursos econômicos, considerados de alto risco (MAZARRASA, 2003).

Vargas, Reyes et al. (2000) realizaram um estudo que procurou obter as opiniões de idosos de 12 unidades de Medicina Familiar IMSS do Distrito Federal, México. Contou com a participação de 1927 indivíduos, e foram analisadas a relação entre os fatores sociodemográficos dos usuários com mais de 60 anos e suas opiniões sobre o atendimento que recebiam das enfermeiras. Os autores concluíram que existe uma relação entre a escolaridade, a satisfação que os pacientes manifestam no trato pessoal e as habilidades e deficiências das enfermeiras. De forma geral, os aspectos relacionados com o atendimento e orientação da enfermagem foram percebidos como “bom” e “muito bom”, sendo o de menor proporção a orientação (47%).

No México, a população (nível nacional) com mais de 60 anos de idade referiu seu estado de saúde como “bom” e “muito bom” (45,2% nos homens e 40,1% nas mulheres), enquanto que no estado de San Luis Potosí foi 47,4% e 38,3%, respectivamente. Na prevalência de incapacidades, a nível nacional 7,1 mulheres e 10,4 homens, no ano 2003 e em San Luis Potosí de 8,0 e 10,8, respectivamente (SS, 2006).

Florez (2001), na Colômbia, mostrou, em uma população de indivíduos hospitalizados para cirurgia, que a co-morbidade dos pacientes aumenta, após as intervenções da enfermagem, encaminhados não unicamente para o cuidado biológico,

INTRODUÇÃO

também para o enfoque individual e familiar. Concluem dizendo que as funções da enfermagem determinam a educação familiar.

São poucos os estudos de intervenção para análises do efeito da educação e intervenção de acordo com a aplicação da pedagogia de Paulo Freire, mas existe uma ausência com relação à intervenção de idosos dentro do ambiente hospitalar, para analisar a mudança da funcionalidade do idoso, para tanto, no Chile (SAHUENZA, 2005) identificou que, segundo a escala mensuração da autonomia funcional (EVA), um programa de atividades integrais favorece a funcionalidade física, psíquica e social dos idosos que participam de um programa de atendimento ambulatorial.

Rodrigues (1993) estudou a atividade educativa da enfermagem gerontológica: conscientização para o auto-cuidado de idosos que sofreram quedas. Foi um estudo de qualitativo que procurou evidenciar conhecimento da experiência do auto-cuidado antes da queda.

O relatório de saúde geral da enquête da SABE permitiu identificar que a maioria dos idosos percebem, em si mesmos, uma saúde ruim ou regular, avaliando como co-variáveis que contribuem com essa percepção a perda de memória e os problemas da funcionalidade (WONG, 2005).

É oportuno o desenvolvimento de um estudo de intervenção que venha contribuir com a pesquisa, proporcionando um instrumento válido para o México e a evidência de estratégias visando a melhoria dos serviços de saúde para a população idosa, sua influência na capacidade funcional e prevenção de morbidade e mortalidade, após período de internação na população idosa. Apesar de que foram encontrados, na literatura, estudos que avaliam a capacidade funcional do idoso antes, durante e após a ocorrência de hospitalização, não se encontraram estudos de intervenção com variáveis dessa natureza, como a intervenção comunicativa tendo como base a educação e respondendo as seguintes hipóteses:

Ho: As atividades básicas da vida diária dos pacientes idosos atendidos regularmente em hospital, são iguais às daquelas dos pacientes que receberam uma intervenção comunicativa baseada na vertente pedagógica de Paulo Freire.

INTRODUÇÃO

H1: As atividades básicas da vida diária dos idosos hospitalizados que receberam uma intervenção comunicativa, são melhores que aquelas dos que não a receberam.

Objetivos

OBJETIVOS

Espera-se, com este estudo, apresentar para os profissionais da saúde e para a própria sociedade dados sobre como melhorar a independência funcional dos idosos como uma estratégia na promoção da saúde e na prevenção das complicações e incapacidade temporal ou permanente, e a melhoria da capacidade funcional e condição de vida dos idosos. Diante do exposto, são propostos os seguintes objetivos:

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Comprovar o impacto da intervenção comunicativa de enfermagem sob a óptica do modelo de Freire, na capacidade funcional através das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) dos pacientes idosos hospitalizados

Objetivo Específicos:

1. Realizar a adaptação cultural do instrumento índice de Barthel ao espanhol no México e a confiabilidade do mesmo
2. Identificar o nível de capacidade funcional nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) dos pacientes hospitalizados no grupo controle e experimental nos períodos prévios à hospitalização, na admissão, às 48 horas da hospitalizado, e no período pós-alta hospitalar.
3. Implementar uma intervenção comunicativa nos pacientes selecionados no grupo experimental.
4. Comparar as mudanças provenientes da intervenção no nível de capacidade funcional das ABVD nos pacientes dos grupos experimental e controle.
5. Identificar as características pessoais e antecedentes dos idosos participantes do estudo e as características de seu contexto na alta hospitalar.
6. Comparar o nível de capacidade funcional nas ABVD de pacientes hospitalizados nos grupos controle e experimental antes da internação e na admissão hospitalar.

Material e Métodos

MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo do tipo quase-experimental, formado por um grupo de intervenção e um grupo controle não equivalente.

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado em um hospital escola, de natureza pública. Esta instituição atende as populações carentes dos serviços de saúde, principalmente aquelas que não possuem plano de saúde em outras instituições na capital e nos estados vizinhos.

O hospital encontra-se localizado na zona leste da capital do estado de “San Luis Potosí” no México, próximo ao campus universitário, e oferece serviços de consulta em ambulatório geral e de especialidades, incluindo a geriatria, assim como um completo serviço de apoio ao diagnóstico.

O hospital consta com 980 trabalhadores, dos quais 220 são enfermeiras (22,4%). As unidades de medicina interna para a saúde da mulher encontram-se localizadas no térreo, possuem 20 leitos dos quais 12 são privados e duas enfermarias de quatro leitos. A clínica médica com atenção voltada para o sexo masculino encontra-se localizada nos andares superiores com 16 leitos privados e três salas gerais de quatro leitos cada um, perfazendo um total de 28 leitos. Cada andar conta com uma sala de ensino, a qual foi utilizada pelos pacientes durante o estudo.

O hospital possui um departamento de ensino e um local de apoio para a realização de pesquisa. O Comitê de Ética é parte integrante do hospital, responsável pelos interesses dos pacientes com respeito ao diagnóstico, tratamento e pesquisa.

3.3. População de referência e amostra

População maior de 60 anos de idade, de ambos os sexos, que necessitaram de hospitalização, e que ingressaram na Unidade de Medicina Interna no Hospital escola, no período de março a outubro de 2007. Os critérios de inclusão foram: estar dentro das 48 horas de internação, consciente e orientado em termos de identidade, tempo e espaço, e que aceitaram participar do estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram excluídos os pacientes com patologias ou tratamentos que provocaram estados de inconsciência; desorientação; dispnéia ao esforço; seqüelas físicas resultantes de acidente vascular cerebral agudo; os que tiveram alta antes das 48 horas ou com alta voluntária; pacientes com alteração mental moderada ou severa; e os que apresentaram avaliação com valor zero, segundo o índice de Barthel. Foram eliminados os pacientes que durante o estudo foram transferidos para a terapia intensiva, outra unidade hospitalar ou aqueles que morreram; e os que desistiram de participar do estudo.

Nos mencionados períodos foi solicitado pela pesquisadora que os sujeitos da amostra fornecessem informações sobre as atividades básicas realizadas no seu cotidiano, tais informações referiram-se a cinco etapas distintas:

1. Desde a segunda semana anterior à admissão no hospital.
2. No ato de admissão.
3. 48 horas da internação
4. No momento da alta hospitalar
5. Duas semanas posteriores à saída do hospital.

Qualquer impedimento de cumprimento de uma ou mais das cinco etapas, acima mencionadas, para a colecta de dados configurou a exclusão do paciente. Portanto foram incluídos na amostra somente os pacientes que contemplaram as cinco condições para a coleta de dados.

A amostra em estudo foi constituída por 291 sujeitos maiores de 60 anos, que ingressaram na unidade médica (de homens e mulheres) durante os oito meses, estabelecidos como período de coleta de dados do estudo. Foram excluídos 59 pacientes que não atendiam aos criterios de inclusão e 48 excluídos durante o estudo, perfazendo um total de 184 pacientes conformados em dois grupos, 92 pacientes para o grupo controle e 92 para o grupo experimental, em uma proporção eqüitativa de 50% tanto para homens quanto para as mulheres.

3.4 Definição ou seleção do grupo controle

Foram considerados dois subgrupos, o grupo das mulheres no período compreendido de 01/03/2007 até 28/06/2007, e outro na unidade dos homens no período compreendido de 28/04/2007 até 28/06/2007. Incluiu-se na amostra os usuários que cumpriram os critérios de inclusão e deram seu consentimento livre e

MATERIAL E MÉTODOS

esclarecido (Apêndice H) para participar do estudo através da entrevista estruturada. Os sujeitos incluídos na amostra forneceram as informações sobre as atividades básicas realizadas no seu cotidiano, desde a segunda semana antes de seu ingresso no hospital, no momento da internação, às 48 horas após a internação, na alta e duas semanas posteriores à saída do hospital.

3.5 Definição ou seleção do grupo experimental

Da mesma forma que no grupo controle, foram constituídos dois subgrupos, tanto para a unidade das mulheres, no período compreendido de 01/06/2007 até 28/08/2007 e o outro para a unidade masculina no período compreendido entre o 28/06/2007 até 25/10/2007. Foram utilizados os mesmos critérios de inclusão, com assinatura do termo de consentimento informado (Apêndice I), adicionando a participação do paciente junto à família, durante a intervenção comunicativa com o paciente internado; e da equipe de trabalho durante o período de estudo.

3.6 Período do estudo

O trabalho de campo foi realizado em três etapas: a validade cultural do instrumento utilizado, a prova piloto e a coleta definitiva de dados.

O estudo foi iniciado em janeiro com a validação cultural do instrumento de Índice de Barthel (3/01/2007 a 29/01/2007); a prova piloto realizada entre 01/02/2007 e 28/02/2007; e a coleta de informação do estudo entre fevereiro e outubro de 2007.

3.7 Instrumentos de coleta de dados

Para o presente estudo foram utilizados três questionários: 1. O *Short Portable Mental Status "SPMSG" de Pfeiffer* para medir o estado mental do paciente (Martínez de la Iglesia, et al, 2001); 2. Instrumento para avaliar aspectos gerais da população; e 3. Para medir a capacidade funcional através das ABVD. Foi utilizado o questionário de *Índice de Barthel* validado na Espanha por Baztán, et al (1993) (Apêndice A).

O Índice de Barthel, contém 10 perguntas fechadas que medem as ABVD: deslocamento da cadeira para a cama, caminhar, comer, vestir-se, subir e descer escadas, tomar banho, lavar as mãos, continência urinária e fecal e uso dos serviços higiênicos (especialmente o vaso sanitário). Com uma, duas, três ou quatro opções

MATERIAL E MÉTODOS

de resposta e valor de zero, 5, 10 ou 15 pontos em cada uma foi possível obter um total de zero até 100 pontos.

A ponderação utilizada para a classificação da capacidade do idoso foi:

Nível de dependência	Valor
Dependência Total	<20
Dependência Severa	20-35
Dependência Moderada	40-55
Dependência Leve	60-95
Independente	100

O instrumento de Pfeiffer validado para o espanhol (Martínez, 2001), contém 10 perguntas que medem orientação temporal-espacial; memória; cálculo e concentração, com valores de zero e um, para o erro e acerto respectivamente, perfazendo um total de 0 a 10 pontos (Apêndice B). O instrumento foi utilizado com o objetivo de identificar os critérios de inclusão para participação, verificando o estado mental do paciente, com a conseqüente congruência do estado de capacidade física.

O questionário contendo as características e os antecedentes do paciente foi construído para o presente estudo, considerando as variáveis do perfil geral do paciente, antecedentes de saúde e familiares, auto-percepção do estado de saúde, totalizando 27 questões (Apêndice C).

3.8 Variáveis

O presente estudo analisou os diferentes aspectos de participação comunicativa com os pacientes, através de uma intervenção utilizando a fundamentação educativa de *Paulo Freire*, sendo esta a variável independente. A Capacidade Funcional foi medida através do desempenho das atividades básicas realizadas no cotidiano pelo paciente, sendo esta a variável dependente. Totalizaram cinco medidas, comparadas em todo momento durante elaboração da pesquisa, levando em consideração a diferença entre os grupos com ou sem intervenção, além do estado mental anterior.

A capacidade funcional considera-se como a condição na qual o idoso pode desempenhar atividades por ele mesmo no seu cotidiano, para satisfazer suas

MATERIAL E MÉTODOS

necessidades básicas. Esta capacidade foi medida através das ABVD do índice de Barthel.

A participação comunicativa, foi medida através de uma intervenção com o grupo experimental utilizando os pressupostos de *Paulo Freire*, identificado através da comunicação das experiências dos participantes que os levaram a tomar consciência do significado vivenciado, e que permitiram a sua autonomia na execução das ABVD no cotidiano durante e depois da internação.

Degeneração do estado mental: situação que ocasiona no sujeito a degeneração mental severa a partir das 48 horas (8 a 10 respostas incorretas), e degeneração mental moderada (5 a 7 respostas incorretas).

Variáveis características da população: consideram o perfil geral do paciente (idade, sexo, estado civil, escolaridade e ocupação), antecedentes de saúde (diagnóstico médico prévio, uso de medicamentos, hospitalizações prévias, incapacidade, uso de dispositivos e ajuda para as ABVD antes da internação), familiares (número de filhos, número de pessoas com quem morava antes da internação e com quem morará posterior a sua hospitalização), auto-percepção do estado de saúde e diagnóstico médico atual.

Perfil geral do paciente

Idade: em anos completos, como variável quantitativa contínua e posteriormente agrupada em faixas etárias de < 65 anos, 65 a 74 anos, 75 a 84, e ≥ de 85 anos.

Sexo: feminino e masculino.

Estado civil: condição conjugal do paciente no momento da entrevista: casado, solteiro, viúvo, separado, solteiro, amasiado.

Escolaridade: considerado o último nível de escolaridade, agrupado em: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, bacharelado, nível técnico, profissional e alfabetizado.

Ocupação: classificada como trabalho formal, informal, atividades pessoais, recreativas, aposentado e afastado.

Antecedentes familiares

Número de filhos: considera os filhos vivos no momento da entrevista.

Pessoas com as quais morava antes e depois da hospitalização: pessoas com parentesco ou que não moram na mesma residência, sendo esposo, filhos, netos, sobrinhos, irmão, companheiros e acompanhantes formais.

MATERIAL E MÉTODOS

Antecedentes de saúde: diagnóstico médico, antecedentes de internação, incapacidades, uso de medicamentos e dispositivos para as ABVD antes da hospitalização.

Diagnóstico médico adicional: patologias apresentadas antes do problema que o levou ao hospital e que ainda persiste.

Problema de saúde atual: acuidade visual, auditiva, de mobilidade.

Uso de medicamentos: número e tipo de medicamentos usados antes do ingresso no hospital.

Uso de dispositivos: uso de dispositivos antes da internação como bengala, andador, cadeira de rodas, muleta, óculos.

Presença de pessoas que ajudavam nas ABVD antes da hospitalização atual.

Internação prévia: ingresso ao hospital, causas e dias de internação no último ano.

Auto-percepção do estado de saúde: impressão subjetiva de seu estado de saúde atual no momento do seu ingresso no hospital, classificando-o em excelente, bom, regular, ruim ou muito ruim.

Diagnóstico médico atual: patologia que originou a internação.

Incapacidade no estágio atual: dificuldade para enxergar de longe, de perto, ouvir, levantar-se da cama e deambular.

Companhia atual: presença de um familiar ou conhecido no momento da hospitalização, durante a entrevista e o grau de parentesco.

3.9 Coleta de dados

3.9.1 Adaptação da Escala

O questionário Índice de Barthel (original em inglês e validado por Mahoney y Barthel, 1965), foi posteriormente validado para o castelhano na Espanha por Baztán (1993), submetido à adaptação cultural no presente estudo, com a participação de juízes previamente instruídos e com consentimento livre e esclarecido por escrito (Apêndice D).

MATERIAL E MÉTODOS

Quadro 1. Modificações realizadas no Questionário Índice de Barthel, a partir da análise dos experts.			
Perguntas	Conceito a frase original em as opções	Mudanzas	No de mudanzas
1 Comer	-Instrumento -Pan -Extender -Comer en un tiempo razonable. -Dependiente	-Cubierto -Tortilla -Untar -Comer por si solo en un tiempo no mayor de 45 minutos. -Dependiente, necesita ser alimentado con la ayuda de otra persona	13
2 Lavarse	-Lavarse -Lavarse entero -Ducha -Dependiente	-Bañarse -Bañarse por si solo -Regadera -Dependiente. Requiere de ayuda o supervisión para bañarse	13
3 Vestirse	-Atarse los zapatos -Dependiente -Otros complementos	-Amarrarse las agujetas. -Dependiente. Necesita ayuda para más de la mitad de las tareas para vestirse -Otras prendas	11
4 Arreglarse	-Afeitarse -Independiente incluye lavarse la cara, y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes.	-Rasurarse -Independiente para su arreglo personal	9
5 Continencia Fecal	-Deposición -Ningún episodio de incontinencia - Un episodio de incontinencia. Necesita ayuda para enema o supositorio - Dependiente	-Evacuación -Evacuar sin sentir por lo menos una vez - Mínimo una vez a la semana tiene incontinencia, necesita ayuda de una persona -Dependiente, incapaz de usar el escusado por si mismo.	19
6 Continencia Urinaria	-Micción -Colector -Ningún episodio de incontinencia -Incontinencia	-Continencia Urinaria -Pato -Sin orinar sin sentir por lo menos una vez al día. -Orina sin sentir más de una vez en 24 horas.	11
7 Uso de escusado	-Retrete -Cuña -Jala de la cadena -Dependiente -Pequeña	-Escusado -Cómodo -Jala de la palanca -Dependiente, incapaz de usar el escusado por si solo -Mínima	21
8 Traslado silla-cama	-Sillón -No permanece sentado	-Silla -Incapaz de mantenerse sentado	4
9 Deambular	-Deambular -Andador sin ruedas	-Caminar -Andador	8
10 Escalones	-Escalones -Dependiente.	-Subir y bajar escalones. -Dependiente, incapaz de subir escaleras solo	7

MATERIAL E MÉTODOS

O grupo de juizes formado por 13 profissionais (10 mexicanos, 2 idosos espanhóis e uma espanhola com doutorado; todos eles morando no México). Dos mexicanos, 7 trabalhavam com idosos na área da saúde: 3 geriatras – gerontólogos, 4 enfermeiras geriátricas, (2 licenciadas e 2 mestres geriátricos); 2 mexicanos doutores com estudos de castelhano falado no México e na Espanha com trabalho em pesquisa, um em educação e uma em psicologia geriátrica; e um experto em línguas.

Modificou-se o uso do vocabulário e da forma, com o objetivo de identificar erros e interpretações divergentes no instrumento original, além de realizar a equivalência semântica e cultural para a identificação de significados idiomáticos. Foram identificadas expressões equivalentes e se analisaram termos próprios do idioma e os modismos, com a finalidade de obter melhor entendimento por parte dos pacientes.

As mudanças sugeridas por cada um dos expertos constituíram-se de 4 a 19 observações. Realizada a análise, foram estabelecidas quatro propostas para a pergunta (oito), e 21 modificações para a pergunta (sete). As mudanças realizadas posteriormente à avaliação dos expertos são apresentados no Quadro 1.

Uma vez analisadas as observações do instrumento, realizaram-se adaptações na semântica do conteúdo, para ser aplicada a prova piloto. O número de itens, opções de resposta e o valor de cada opção de resposta foram respeitados segundo o instrumento original.

3.9.2 Aplicação da Prova Piloto

A prova piloto foi realizada em uma amostra de 92 pacientes (50% para cada sexo), tanto do ambiente hospitalar (clínica médica e cirúrgica), como em um lar de idosos. Na prova do teste, e do re-teste participaram o pesquisador do estudo, e um estagiário de licenciatura em enfermagem previamente capacitado, desde o início e durante as diversas etapas do processo.

Esta fase do estudo teve como propósito verificar a confiabilidade do instrumento e validade interobservadores, considerando que o estagiário foi o principal participante na aplicação do questionário, enquanto o pesquisador seria o responsável pela intervenção no grupo experimental. Esta aplicação do teste foi

MATERIAL E MÉTODOS

realizada em uma mesma população, após 8 e até 12 horas, para evitar o erro ocasionado pela mudança na evolução do tratamento ou da doença.

As principais observações posteriores à aplicação da prova piloto foram referentes a ordem das perguntas no questionário, sendo colocadas as perguntas mais íntimas para o final do instrumento, e as alterações semânticas das palavras de acordo com o vocabulário utilizado pela população do estudo. A quantidade de perguntas não foi modificada (Apêndice D).

3.9.3 Coleta final de dados

Finalmente foi realizada a coleta definitiva de dados nos dois grupos, iniciando com o grupo controle de mulheres e posteriormente o grupo experimental do mesmo sexo. Simultaneamente, também foi realizado no grupo dos homens com seu respectivo grupo de intervenção, evitando-se efetuar a medição de ABVD na mesma unidade que estivesse o grupo controle. Foi usado o instrumento Índice de Barthel com adaptação cultural (Apêndice E).

Etapas do estudo em que ocorreram as medições

Grupo controle

Grupo experimental

A partir das 48 horas de internação foi realizada a intervenção com a participação comunicativa no grupo experimental, trabalho que se estendeu até duas semanas após a alta hospitalar.

3.9.3.1 Intervenção no grupo experimental

A intervenção foi iniciada com o contato individual do pesquisador com o

MATERIAL E MÉTODOS

paciente no seu leito, tendo como finalidade identificar o motivo da hospitalização, doenças, vivências prévias ao atual motivo de internação, e identificação do significado de seu ingresso no hospital. A entrevista foi realizada com uma duração média de 15 a 20 minutos de escuta direta ao paciente. Com esta intervenção prévia, identificou-se as expectativas de recuperação, sendo o paciente convidado para participar de uma primeira reunião do grupo. A reunião grupal teve como objetivo a identificação de todos os integrantes, seus interesses comuns frente à situação atual e futura de saúde, e os aspectos que consideravam mais importantes. (Apêndice F).

Conclui-se que o interesse comum foi a recuperação da saúde; tendo em mente esta situação, foi solicitada a participação dos integrantes (pacientes e famílias) para identificarem estratégias que favoreçam a autonomia nas suas ABVD do cotidiano, a partir da socialização e de suas vivências dentro e fora do ambiente hospitalar. Esta situação permitiu o aprendizado através da interação dos pacientes, chegando a interesses comuns ao solicitarem orientação principalmente com relação à alimentação e atividades físicas; assim mesmo surgiram conversas sobre a evolução da saúde, identificando estratégias e mudanças de comportamento em benefício da recuperação.

Essas reuniões foram realizadas de duas a três vezes dentro do hospital, adicionando mais uma reunião posterior a sua saída, seja em consulta de ambulatório ou no domicílio do paciente.

3.10 Tratamento e análise dos dados

Na amostra de 92 pacientes da prova piloto, aplicou-se o instrumento Índice de Barthel para medir las ABVD, em materia de test- retest , considerando-se a prova dos puntos, avaliou-se a confiabilidade do instrumentos, por meio de coeficiente de correlação de Spearman's.

Para os dados de pesquisa avaliou-se a consistência interna, utilizando-se o coeficiente α de cronbach (POLIT & HUNGLER, 2000).

Para o processamento e análise estatístico dos dados definitivos, utilizou-se o programa computacional SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13.0 em inglês, e a planilha excel para a ordenação dos dados. Realizou-se a estatística descritiva das variáveis sócio-demográficas no grupo controle e

MATERIAL E MÉTODOS

intervenção, com números absolutos e porcentagens, através de médias e desvio-padrão. A variável ABVD foi apresentada em frequência e porcentagens comparando-se os grupos controle e experimental nas 5 medições (duas semanas antes da admissão, na admissão, às 48 horas da admissão hospitalar, na alta e duas semanas posteriores à alta). A soma dos pontos poderiam apresentar uma variação de 0 a 100.

As proporções das respostas de cada item do Índice de Barthel, nos dois primeiros momentos da avaliação, foram comparadas entre grupo controle e experimental, pelo test exato de Fisher. (MACHI RL,2003; RITCHEY, JF 2002)

Para comparar os perfis médios das somas dos escores nos ítems de ABVD, entre os grupos experimental e controle a partir do início da intervenção (48 horas de admissão a hospital) utilizou procedimentos multivariados (análise de perfis) (JOHNSON; WICHERN, 2002), complementando-se a análises com o teste T de Student.

3.11 Considerações éticas

A presente pesquisa fundamentou-se nos princípios éticos que direcionaram a conduta ética desde a fase de planejamento e autorização do projeto, assim como na implementação da prova piloto, tanto nos pacientes hospitalizados do grupo controle como nos do grupo experimental.

Foram utilizados o Código de Bioética, para o pessoal de Saúde, especificamente a Proposta de Normas Internacionais para Investigação Biomédica em Seres Humanos e o Código de Nuremberg de 1947 inciso I, VII a IX (CN,1947); a Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial inciso I a III (AMM, 2001); os incisos I a IV e artigo 100, Título V Pesquisa para saúde da Lei Geral de Saúde em México (MÉXICO, 2001a); a Carta dos Direitos gerais dos paciente (IMSS, 2002) e o Código de ética para os enfermeiros no México (MÉXICO, 2001b).

O estudo de intervenção não foi considerado de risco para o indivíduo, sendo aplicada uma entrevista, na qual se evitaram possíveis complicações nos pacientes da Unidade Médica. O grupo experimental foi beneficiado com uma intervenção comunicativa, adicional à condição atual dos pacientes hospitalizados.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi protegida a integridade das pessoas perante qualquer risco, tendo em consideração a Dignidade, Condição Humana e Segredo Profissional, mantendo-se em reserva e sigilo as informações.

A escolha dos sujeitos foi realizada nos grupos controle e experimental, por ordem de chegada dos sujeitos, ou seja, manteve-se a imparcialidade na determinação de receber ou não a intervenção.

A participação foi voluntária para os pacientes que cumpriram os critérios de inclusão, sendo obtido o termo de consentimento livre e esclarecido, após informá-los sobre os objetivos, o método e possível benefício do estudo e a possibilidade de não participar ou retirar-se em qualquer momento, como assinalado no Apêndice G e H, para o grupo controle e experimental.

Elaborou-se uma listagem com os nomes dos pacientes, identificação, controle e seguimento das medições seriadas para ser realizada em diferentes momentos do estudo. Os instrumentos de coleta de dados foram identificados por série, e aplicados mantendo o anonimato, tanto no tratamento quanto no agrupamento dos dados. Ressalte-se que a intervenção de enfermagem implementada pela pesquisadora aos pacientes do grupo experimental, não interferiu no tratamento médico previsto.

Nos casos nos quais o paciente foi internado com sentença e mandato judicial, foi necessária a autorização tanto do paciente quanto do juiz. A não inclusão no estudo, não implicou em prejuízo ao paciente, mantendo o princípio de beneficência, respeito à dignidade humana e justiça.

Antes do início do estudo foi solicitado o consentimento informado às autoridades da instituição, sendo outorgado o consentimento por escrito, com data 23 de janeiro de 2007, a partir da revisão do projeto pelo Comitê de Ética (Apêndice A).

Resultados

RESULTADOS

Na primeira parte desta seção inicialmente apresentá-se os resultados descritivos acerca das características gerais dos pacientes em estudo: os antecedentes de saúde; a situação atual de saúde; a inclusão da família e a auto-percepção do estado de saúde dos pacientes; e as ABVD em cinco momentos distintos: antes da hospitalização, na admissão, após 48 horas, na alta hospitalar, e duas semanas após a alta hospitalar. Na sequência apresentam-se os resultados da estatística inferencial.

4.1 Análise descritiva dos dados

4.1.1 Características gerais dos pacientes

Tabela 1- Caracterização dos grupos controle (n=92) e intervenção (n=92), segundo variáveis sócio-demográficas, San Luis Potosí, México. 2007

	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Média	
	No	%	No	%	No	%
Sexo						
Masculino	46	50,0	46	50,0	92	50,0
Feminino	46	50,0	46	50,0	92	50,0
Idade (anos)						
< 65	30	32,6	30	32,6	60	32,6
65-74	38	41,3	29	31,5	67	36,5
75-84	19	20,7	30	32,6	49	26,6
≥ 85	5	5,4	3	3,3	8	4,3
Estado civil						
Casado	51	55,4	52	56,5	103	60,0
Amassado	4	4,3	4	4,3	8	4,3
Viuvo	23	25,0	20	21,7	43	23,3
Divorciado	2	2,2	8	8,7	10	5,4
Solteiro	12	13,0	8	8,7	20	10,8
Escolaridade						
Analfabeta	39	42,4	35	38,1	74	40,2
Fundamental Incompleto	31	33,7	46	50,0	77	41,9
Fundamental Completo	12	13,0	6	6,5	18	9,8
Ensino médio	5	5,4	3	3,3	8	4,3
Bacharelado	4	4,3	0	0,0	4	2,2
Profissional	1	1,1	2	2,2	3	1,6
Ocupação						
Atividades de casa	40	43,5	42	45,7	82	44,6
Empregado	16	17,4	8	8,7	24	13,1
Jornaleiro	16	17,4	17	18,5	33	17,9
Atividades Pessoais/ Rec	9	9,8	14	15,2	23	12,5
Aposentado/Demitido	7	7,6	10	10,9	17	9,2
Desempregado	4	4,3	1	1,1	5	2,7

Na tabela 1 mostram-se as características gerais de 184 pacientes, distribuídos proporcionalmente nos grupos controle e intervenção para ambos os

RESULTADOS

sexos. Com relação à idade, a faixa etária predominante é de 60 a 89 anos, com intervalo de 29, média de 70 e desvio padrão de 7.7 anos. Por grupos de idade, ressalta-se a proporção de pacientes do grupo controle 41,3% no grupo etário de 65 a 74 anos, enquanto no grupo intervenção 32,6% < de 65 anos de idade, e média de 36,5% de 65-74 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria são casados, de forma homogênea em ambos os grupos, com 56,5% no grupo experimental e 55,4% no controle, seguidos dos viúvos. A escolaridade tem uma diferença marcada, pois a metade do grupo intervenção possui ensino fundamental incompleto e no grupo controle só 33,7%, sendo maior neste último grupo os analfabetos 42,4%.

Analisada a ocupação, verifica-se que em ambos os grupos, a maioria está concentrada em atividades domésticas 45,7% do grupo experimental e 43,5% do controle, consideradas não remuneradas, seguidas das atividades de jornaleiro e funcionários de instituições pública ou privada, sendo as últimas remuneradas.

4.1.2 Estado mental dos pacientes

Para os idosos participantes este estudo, utilizou-se como critério de inclusão o estado mental (> a 5 de acordo com a escala de *Pfeiffer*). Desta forma estes dados são apresentados na tabela 2 com os escores para ambos os grupos, sendo evidenciado que a maior porcentagem de Funcionamento Intelectual normal (10) foi na proporção de 30,4%, situação similar para ambos os grupos.

RESULTADOS

Tabela 2- Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos controle e intervenção segundo a classificação por nível de estado mental de Pfeiffer, San Luis Potosí, México, 2007

Nível	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
6 * FID	20	21,7	14	15,2	34	18,5
7* FID	16	17,4	14	15,2	30	16,3
8** FIN	15	16,3	17	18,5	32	17,4
9** FIN	16	17,4	16	17,4	32	17,4
10** FIN	25	27,2	31	33,7	56	30,4
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

* FID (Funcionamento Intelectual com déficit)

** FIN (Funcionamento intelectual normal)

Ao analisar as respostas do instrumento de *Pfeiffer* evidencia-se na tabela 3, que as perguntas sobre conhecimento relacionadas a quem era o atual e anterior presidente, foi a que menos obtiveram acerto nos dois grupos, sendo as proporções similares, seguidos do conhecimento da data atual, respostas a estas perguntas, coincidem com o nível de escolaridade muito baixo nos pacientes para ambos os grupos, sendo ensino fundamental incompleto e analfabetos, respectivamente, como já demonstrado na tabela 1.

Tabela 3 - Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos controle (n=92) e intervenção (n=92) que responderam corretamente as questões do instrumento de medida do estado mental de Pfeiffer, San Luis Potosí, México, 2007

Perguntas	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total N=184	
	No	%	No	%	No	%
Data atual	51	55,4	69	75,0	120	65,2
Dia da semana	61	66,3	70	76,1	131	71,2
Localização	88	95,7	87	94,6	175	95,1
Endereço atual	86	93,5	88	95,7	174	94,6
Idade do paciente	92	100,0	92	100,0	184	100,0
Data de nascimento	88	95,7	89	96,7	177	96,2
Presidente atual	59	64,1	61	66,3	120	65,2
Presidente anterior	60	65,2	59	64,1	119	64,7
Nome da mãe	88	95,7	87	94,6	175	95,1
Cálculo matemático	69	75,0	66	71,7	135	73,4

4.1.3 Características do estado de saúde do idoso

A principal causa de ingresso ao hospital identificado para ambos os grupos foi a cardiovascular. Ao comparar-se em proporção, o grupo intervenção apresentou

RESULTADOS

a metade dos pacientes com este problema, seguido das doenças respiratórias; para o grupo controle foi apenas uma quarta parte, como se mostra na tabela 4.

Tabela 4 - Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos controle e de intervenção segundo o diagnóstico principal que motivou a internação, San Luis Potosí, México, 2007

Diagnóstico	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
Principal						
Doenças Cardiovasculares	28	30,4	46	50,0	74	40,2
Doenças Respiratórias	23	25,0	9	9,8	32	17,4
Descompensação. Diabética	6	6,5	7	7,6	13	7,1
Doenças Neurológicas	6	6,5	4	4,3	10	5,4
Doenças. Gastrintestinais	5	5,4	4	4,3	9	4,9
Hipertensão arterial	7	7,6	3	3,3	10	5,4
Câncer	6	6,5	7	7,6	13	7,1
Insuficiência Renal	2	2,2	6	6,5	8	4,3
Outros	9	9,8	6	6,5	15	8,2
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

Ao analisar-se os pacientes que apresentavam algum tipo de comorbidade ao problema de saúde que os levou ao hospital, identificou-se que 77,7% (143 pacientes do total) apresentavam algum problema associado. Destes 101 pacientes (61,2%) apresentavam mais de três problemas de saúde. Os problemas de saúde adicionais que se destacaram nos dois grupos em ordem de frequência, foram Hipertensão Arterial, (49,5%), sendo de maior proporção no grupo experimental com 55,4%; seguida de Diabetes Mellitus (34,8%) em grupo controle; problemas respiratórios (6,5%); e insuficiência renal crônica (IRC) 5,45% como mostra-se na tabela 5.

RESULTADOS

Tabela 5 – Número e porcentagem de idosos de um hospital escola dos grupos controle (n=92) e intervenção (n=92) que apresentaram diagnósticos adicionais, San Luis Potosí, México, 2007

Diagnósticos adicionais	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total (n=184)	
	No	%	No	%	No	%
Hipertensão Arterial	40	43,5	51	55,4	91	49,5
Diabetes Melitus	32	34,8	29	21,5	61	33,2
Doenças respiratórias	5	5,4	7	7,6	12	6,5
Insuficiência Renal	3	3,3	7	7,6	10	5,4
Doenças cardiovasculares	2	2,2	7	7,6	9	4,9
Artrite	4	4,3	3	3,3	7	3,8
Doenças. Neurológicas	1	1,1	4	4,3	5	2,7
Alcoolismo	3	3,3	2	2,2	5	2,7
Hipotireoidismo	2	2,2	2	2,2	4	2,2
Outros	9	9,8	4	4,3	13	7,1

Por outro lado, ao analisar a incapacidade do idoso para as ABVD depois de 48 horas de sua internação, 76,1% referiu ter dificuldade para caminhar, sendo proporcional para ambos os grupos, seguido de dificuldade para levantar-se da cama 66,8% e dificuldade para ver de longe, em porcentagem similar. Porém, ainda que em menores proporções apresentam hipoacusia e dificuldade para ver de perto como se mostra na tabela 6.

Tabela 6 - Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos, controle (n=92) e intervenção (n=92) que apresentaram dificuldades de locomoção, visuais e auditivas, SLP. 2007

Dificuldade	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total (n=184)	
	No	%	No	%	No	%
Caminhar	67	72,8	73	79,3	140	76,1
Levantar-se da cama	57	62,0	66	71,7	123	66,8
Ver de longe	59	64,1	63	68,5	122	66,3
Hipoacusia	32	34,8	33	35,9	65	36,3
Ver de perto	29	31,5	17	18,5	46	25,0

Dos indivíduos que acompanham o paciente durante o processo de hospitalização, prevalece o filho ou filha nos dois grupos, sendo em maior proporção no grupo controle com 44,6%, seguido da esposa ou esposo, com maior porcentagem no grupo intervenção 32,6%. Estes dados estão demonstrados na Tabela 7.

RESULTADOS

Tabela 7 – Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupos controle(92) e de intervenção (92) segundo o tipo de acompanhante durante o processo de hospitalização, San Luis Potosí, México, 2007

Acompanhante Pessoas	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total (n=184)	
	No	%	No	%	No	%
Filho(a)	41	44,6	21	22,8	62	33,7
Esposa(o)	21	22,8	30	32,6	51	27,7
Neta(o)	5	5,4	7	7,6	12	6,5
Cuidador Informal	1	1,1	6	6,5	7	3,8
Outro familiar	6	6,5	4	4,3	10	5,7

4.1.4 Antecedentes de saúde do idoso

Em relação aos antecedentes sobre consumo de medicamentos antes do ingresso ao hospital, 81,0% consumiam algum tipo de medicamento(145 pacientes), sendo similares as proporções para o grupo controle 81,5% e para o grupo intervenção 80,4%. A maioria fazia uso de várias medicações, consumindo entre 1 a 9 medicamentos, sendo a média de dois. Ao analisar os grupos identifica-se que a maioria consome entre 1 ou 2 medicamentos. Ressalta-se o consumo de um medicamento como se evidencia na tabela 8, sendo o grupo controle o de maior proporção (44,6%). Porém é necessário considerar que 16,3% dos dois grupos, consomem 3 medicamentos ou mais; apenas 21,2% não consumiam nenhum medicamento.

Tabela 8 - Número e porcentagem de idosos em um hospital escola dos grupo controle e intervenção segundo a quantidade de medicamentos que utilizavam antes da internação, San Luis Potosí, México, 2007

Quantidade de Medicamentos	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
Nenhum	19	20,7	20	21,7	39	21,2
1	41	44,6	27	29,3	68	37,0
2	20	21,7	27	29,3	47	25,5
≥ 3	12	13,0	18	19,6	30	16,3
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

Com respeito ao tipo de medicamento consumido ressaltam-se dois principais, sendo os primeiros os antihipertensivos em ambos grupos: mais de um terço dos indivíduos; dos quais o grupo intervenção apresentou 45,7%, seguido daqueles que consumiam hipoglicemiantes, em proporções similares. Este resultados coincidem com os da tabela 5, relacionada aos principais diagnósticos adicionais.

RESULTADOS

Tabela 9 – Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle (n=92) e intervenção (n=92), segundo o tipo de medicamento usado antes da hospitalização, San Luis Potosí, México, 2007

Tipo de Medicamento	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total (n=184)	
	No	%	No	%	No	%
Antihipertensivo	30	32,6	42	45,7	72	39,1
Hipoglicemiante	27	29,3	29	31,5	56	30,4
Analgésico	17	18,5	19	20,7	36	19,6
Vitamínico	6	6,5	5	5,4	11	6,0
Inibidor do ácido gástrico	6	6,5	4	4,3	10	5,4
Broncodilatador	5	5,4	3	3,3	8	4,3
Antiinflamatório	4	4,3	2	2,2	6	3,3
Tranquilizante	4	4,3	2	2,2	6	3,3
Cardiotônico	3	3,3	3	3,3	6	3,3
Expectorante	3	3,3	2	2,2	5	2,7
Diurético	3	3,3	2	2,2	5	2,7
Outros*	7	7,6	3	3,3	10	5,4

Entre outros medicamentos consumidos pelos idosos, em menor proporção se encontram os antimicóticos, redutores do colesterol, tiroxina, antirreumáticos e antibióticos em 5,4%.

Antes da hospitalização, dos 184 pacientes apenas 62 (33,7%), utilizavam óculos, com predominância no grupo controle (37,0%); seguido do bastão, como apoio para realizar suas atividades ABVD, mais frequente no grupo controle (22,8%); uso de andadeiras; e cadeira de rodas, como se mostra na tabela 10.

Tabela 10 - Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle (n=92) e intervenção (n=92), segundo o uso de acessórios utilizados antes da hospitalização, San Luis Potosí, México, 2007

Uso de acessórios	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total N=184	
	No	%	No	%	No	%
Óculos	34	37,0	28	30,4	62	33,7
Bengala	21	22,8	12	13,0	33	17,9
Andador	5	5,4	6	6,5	11	6,0
Cadeira de rodas	6	6,5	5	5,4	11	6,0
Muletas	3	3,3	2	2,2	5	2,7

Neste sentido, 23 pacientes (12,0%) referem que são ajudados no seu cuidado, destacando em ordem de frequência, a filha 34,5% (8), seguido dos netos 30,4% (7), nora 17,4%, e por último e na mesma proporção a esposa e a cuidadora 8,7% (2).

RESULTADOS

Tabela 11 -Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupo controle e de intervenção, segundo as causas de internação previa, San Luis Potosí, México, 2007

Causas	Controle		Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
Doença Cardiovascular	7	7,5	9	9,8	16	8,7
Doença Respiratória	2	2,2	4	4,3	6	3,3
Doença Neurológica	3	3,3	3	3,3	6	3,3
Doença Renal	3	3,3	3	3,3	6	3,3
Doença Cirúrgica	4	4,3	2	2,2	6	3,3
Tx Oncológico	1	1,1	5	5,4	6	3,3
Diabetes M. descompensado	3	3,3	1	1,1	4	2,1
Outros	3	3,3	0	0,0	3	1,6
Sem internação	66	71,7	65	70,6	131	71,1
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

Dos pacientes estudados, 53 (28,8%) tiveram treinamento prévio à data de hospitalização. Deles 53 lembram a causa, sendo a principal as doenças cardiovasculares 8,7%, seguidos das doenças respiratória, neurológica, renal, cirúrgica e oncológica em proporções similares para ambos, de acordo com a tabela 11.

Ao analisar os dias de hospitalização prévia, na sua maioria permaneceram por um período ≥ 4 dias, para ambos os grupos, destaca-se o 14,1% no grupo intervenção como observado na tabela 12.

Tabela 12 - Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle e intervenção, segundo os dias de internação, San Luis Potosí, México, 2007

Dias de internação	Controle		Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
1	14	4,3	2	2,2	6	3,3
2	6	6,5	3	3,3	9	4,9
3	7	7,6	7	7,6	14	7,6
≥ 4	8	8,7	13	14,1	21	11,4
Não lembram	1	1,1	2	2,2	3	1,6
Sem internação	67	72,8	67	72,8	134	72,8
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

4.1.5 Inclusão do idoso na família

Atualmente, a maioria de idosos possui mais de cinco filhos. Sendo para o grupo intervenção 44,6% e para o grupo controle 38,0%, respectivamente. A menor proporção foi de um filho (7,6%) e nenhum filho (13,6%), como mostra-se a tabela 13.

RESULTADOS

Tabela 13 – Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle e intervenção, segundo número de filhos na atualidade, San Luis Potosí, México, 2007

Número de filhos	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
Nenhum	11	12,0	14	15,2	25	13,6
1	9	9,8	5	5,5	14	7,6
2 a 3	17	18,5	14	15,2	31	16,8
4 a 5	20	21,7	18	19,6	38	20,7
>5	35	38,0	41	44,6	76	41,3
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

Dos pacientes estudados, 14 moravam sozinhos (7,6%) anterior à admissão no hospital. O restante 170 (92,4%) com alguma companhia, tanto para o grupo controle como intervenção. Moravam com uma ou duas pessoas (60,9%), situação observada para o caso do grupo intervenção como demonstra a tabela 14.

Tabela 14 - Número e porcentagem de idosos em un hospital escola para os grupos controle e intervenção, segundo número de pessoas, San Luis Potosí, México, 2007

Número de Pessoas	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
Nenhuma	8	8,7	6	6,5	14	7,6
1 a 2	51	55,4	61	66,3	112	60,9
3 a 4	25	27,2	17	18,5	42	22,8
> 4	8	8,7	8	8,7	16	8,7
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

Como se verifica na tabela 15, os idosos na sua maioria, moram com o esposo (a) 34,8%; e com o esposo(a) e filhos 23,9%. Analisados por grupos, as proporções mostram-se similares, ressaltando o grupo intervenção, idosos que moram com o esposo(a) 40,2%; ou com a esposa e filhos no grupo controle 27,2%. Existindo ainda aqueles que moram sozinhos ou com algum outro parceiro ou familiar, situação apresentada em menores proporções.

RESULTADOS

Tabela 15 - Número e porcentagem de idosos em um hospital escola para os grupos controle e intervenção, segundo as pessoas com quem morava anterior à internação, San Luis Potosí, México, 2007.

Pessoas	Grupo Controle		Gpo Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
Esposa(o)	27	29,3	37	40,2	64	34,8
Esposa e Filos	25	27,2	19	20,7	44	23,9
Filho(a)	18	19,6	17	18,5	35	19,0
Outro Familiar	8	8,7	8	8,7	16	8,7
Parceiros	6	6,5	5	5,4	11	6,0
Sozinhos	8	8,7	6	6,5	14	7,6
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

Com respeito à moradia, comparando a tabela 15 e 16, evidencia-se que o paciente mora em casa própria com a esposa em quase a metade dos casos; seguido da casa do filho (a); do familiar; ou lar. Devendo adequar-se ao meio durante à realização das ABVD.

Tabela 16 – Número e porcentagem de idosos para o grupo controle e intervenção, segundo a moradia de procedência anterior à internação, San Luis Potosí, México, 2007

Moradia de Procedência	Grupo Controle		Grupo Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
Em casa com sua esposa	49	53,2	44	47,8	93	50,6
Casa do filho(a)	19	20,7	30	32,6	49	26,6
Casa de um familiar	8	8,7	9	9,8	17	9,2
Lar	7	7,6	3	3,3	10	5,4
Asilo	1	1,1	0	0,0	1	0,5
Sozinho em casa própria	8	8,7	6	6,5	14	7,6
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

4.1.6 Percepção da saúde do idoso

Quando medida a auto-percepção em quatro níveis, a maioria dos pacientes, para ambos os grupos, percebe a saúde como boa e aceitável. Porém mais da metade a percebe como aceitável (50,4%). Evidenciamos no grupo intervenção, a maior porcentagem (55,4%) no nível aceitável, seguida de bom (32,6%). Ao mesmo tempo foi observado no grupo controle porcentagens mais equilibradas, tanto para saúde boa como aceitável 44,6% e 45,7%, respectivamente, como mostrado na tabela 17.

RESULTADOS

Tabela 17 - Auto- percepção de estado de saúde do idosos nos grupos controle e intervenção, San Luis Potosí, México, 2007

Nível de Percepção	Grupo Controle		Gpo Intervenção		Total	
	No	%	No	%	No	%
Bom	41	44,6	30	32,6	71	38,6
Aceitável	42	45,7	51	55,4	93	50,5
Ruim	9	9,8	10	10,9	19	10,3
Muito ruim	0	0,0	1	1,1	1	0,5
Total	92	100,0	92	100,0	184	100,0

4.1.7 Atividades Básicas da vida diária

Ao analisar as ABVD nos pacientes, duas semanas antes de ser hospitalizados, identificaram-se duas atividades básicas da vida diária, tanto no grupo experimental como no grupo controle, com a menor proporção para a independência, em quase a metade dos pacientes, sendo subir e descer escadas com porcentagens de 52,2% e 48,9% respectivamente, seguida da continência urinária na mesma proporção 55,5%, em ambos grupos. Porém nas demais atividades são mínimas as proporções sobre o nível de dependência (Tabela 18).

É importante mencionar os resultados obtidos na aplicação do teste exato de Fisher nas ABVD, duas semanas antes da hospitalização, onde os valores de p obtidos foram maiores que $\alpha = 0.05$, não sendo significantes, razão pela qual considera-se que os valores de cada uma das ABVD, tanto dos pacientes do grupo controle, como do experimental, são iguais.

RESULTADOS

Tabela 18 - Frequência e porcentagem por nível nas Atividades básicas da vida diária dos pacientes do grupo experimental e controle **2 semanas antes do estudo**. SLP 2007*

Atividades	Grupos	Níveis de medição das ABVD				P
		Dependente	Grande Ajuda	Minima Ajuda	Independente	
Traslado	Experimental	1(1,1)	1(1,1)	10(10,9)	80(87,0)	0.301
	Controle	6(6,5)	4(4,3)	10(10,9)	72(78,3)	
Caminhar	Experimental	1(1,1)	0(0,0)	8(8,7)	83(90,2)	0.738
	Controle	5(5,4)	5(5,5)	12(13,0)	70(76,1)	
Comer	Experimental	4(4,3)	-	3(3,3)	85(92,4)	0.483
	Controle	3(3,3)	-	5(5,4)	84(91,3)	
Vestir-se	Experimental	2(2,2)	-	6(6,5)	84(91,3)	0.748
	Controle	7(7,6)	-	7(7,6)	78(84,8)	
Subir escadas	Experimental	16(17,4)	-	28(30,4)	48(52,2)	0.658
	Controle	17(18,5)	-	30(32,6)	45(48,9)	
Tomar banho	Experimental	9(9,8)	-	-	83(90,2)	0.653
	Controle	16(17,4)	-	-	76(82,6)	
Lavar as mãos	Experimental	3(3,3)	-	-	89(96,7)	0.065
	Controle	2(2,2)	-	-	90(97,8)	
Continência Urinária**	Experimental	1(1,1)	-	40(43,5)	51(55,4)	0.590
	Controle	0(0,0)	-	41(44,5)	51(55,4)	
Continência Fecal**	Experimental	0(0,0)	-	2(2,2)	90(97,8)	0.167
	Controle	1(1,1)	-	7(7,6)	84(91,3)	
Uso do vaso sanitário	Experimental	0(0,0)	-	6(6,5)	86(93,5)	0.142
	Controle	2(2,2)	-	10(10,9)	80(87,0)	

*Numero (%)

** A escala de medição é Incontinente, Acidente ocasional, e continente.

- Não se tem na pergunta, essa escala de medição.

A tabela 19, demonstra o nível de dependência para as ABVD no momento de ingresso ao hospital, e revela para ambos os grupos o nível de dependência em todas as atividades. Ressalta-se a dependência para tomar banho no grupo experimental em 97,8%, similarmente para o grupo controle 95,7%. Também a dependência para subir e descer escadas com 88,9% e 79,3% respectivamente. Chama a atenção este resultado em contraste com o apresentado na tabela 18, onde se encontram invertidas as proporções para todas as ABVD no nível de dependência e independência para ambos os momentos.

O momento de ingresso ao hospital, na aplicação da prova exata de Fisher analisa-se as diferencias entre os grupos experimental e controle em cada uma das ABVD, encontrando-se, que os valores de alfa são maiores de $p= 0.05$, portanto não apresenta diferença significativa; por essa razão, considera-se que os valores de

RESULTADOS

cada uma das ABVD, tanto dos pacientes do grupo controle como do experimental são iguais, com exceção das ABVD de traslado de cadeira-cama, obtendo $\alpha = 0.003$ e para caminhar $\alpha = 0.015$, ambas menores de $p = 0.05$. Concluindo-se que as ABVD dos grupos experimental e controle, são diferentes, para essas ABVD (Tabela 19).

Tabela 19 – Frequência e porcentagem por nível nas atividades básicas da vida diária dos pacientes no grupo experimental e controle, **no momento de ingresso ao hospital. SLP 2007***

Atividades	Grupos	Níveis de medição das ABVD				P
		Dependente	Grande Ajuda	Minima Ajuda	Independente	
Traslado	Experimental	58(63,0)	24(26,1)	10(10,9)	0(0,0)	0.033
	Controle	41(44,6)	25(27,2)	18(19,6)	8(8,7)	0.015
Caminhar	Experimental	71(77,2)	12(13,0)	9(9,8)	0(0,0)	0.643
	Controle	44(47,8)	17(18,5)	26(28,3)	5(5,4)	
Comer	Experimental	40(43,5)	-	37(40,2)	15(16,3)	0.876
	Controle	34(37,0)	-	28(30,4)	30(32,6)	
Vestir-se	Experimental	75(81,5)	-	15(16,3)	2(2,2)	1.000
	Controle	59(64,1)	-	22(23,9)	11(12,0)	
Subir escadas	Experimental	81(88,0)	-	11(12,0)	0(0,0)	1.000
	Controle	73(79,3)	-	16(17,4)	3(3,3)	
Tomar banho	Experimental	90(97,8)	-	-	2(2,2)	0.491
	Controle	88(95,7)	-	-	4(4,3)	
Lavar as mãos	Experimental	64(69,6)	-	-	28(30,4)	0.154
	Controle	55(59,8)	-	-	37(40,2)	
Continência Urinária**	Experimental	18(19,6)	-	50(54,3)	24(26,1)	0.932
	Controle	14(15,2)	-	53(57,6)	25(27,2)	
Continência Fecal**	Experimental	5(5,4)	-	14(15,2)	73(79,3)	0.322
	Controle	12(13,0)	-	17(18,5)	63(68,5)	
Uso do vaso sanitário	Experimental	45(48,9)	-	40(43,5)	7(7,6)	0.322
	Controle	42(45,7)	-	33(35,9)	17(18,5)	

*Numero (%)

** A escala de medição é Incontinente, Acidente ocasional, e continente.

- Não se tem na pergunta, essa escala de medição.

Após 48 horas da internação dos pacientes, se iniciou a intervenção no grupo experimental, uma vez que permitiu a estabilização de ambos os grupos, no controle da doença pelo tratamento intra-hospitalar. Neste momento identificaram-se no nível de dependência que para todas as ABVD são maiores as proporções no grupo experimental, com exceção da atividade medida para a continência urinaria e uso de vaso sanitário, ainda quando estas são mínimas como se mostra na tabela 20.

RESULTADOS

Tabela 20 – Frequência e porcentagem por nível nas Atividades básicas da vida diária dos pacientes do grupo experimental e controle, **após 48 horas de ingresso ao hospital**. SLP 2007*

Atividades	Grupos	Níveis de medição das ABVD			
		Dependent e	Grande Ajuda	Minima Ajuda	Independe nte
Traslado	Experimental	21(22,8)	46(50,0)	24(26,1)	1(1,1)
	Controle	20(21,7)	27(29,3)	30(32,6)	15(16,3)
Caminhar	Experimental	38(41,3)	40(43,5)	13(14,1)	1(1,1)
	Controle	30(32,6)	20(21,7)	29(31,5)	13(14,1)
Comer	Experimental	21(22,8)	-	41(44,6)	30(32,6)
	Controle	17(18,5)	-	29(31,5)	46(50,0)
Vestir-se	Experimental	54(58,7)	-	30(32,6)	8(8,7)
	Controle	40(43,5)	-	34(37,0)	18(19,6)
Subir escadas	Experimental	81(88,0)	-	10(10,9)	1(1,1)
	Controle	64(69,6)	-	23(25,0)	5(5,4)
Tomar banho	Experimental	86(93,5)	-	-	6(6,5)
	Controle	75(81,5)	-	-	17(18,5)
Lavar as mãos	Experimental	33(35,9)	-	-	59(64,1)
	Controle	26(28,3)	-	-	66(71,7)
Continência Urinária**	Experimental	9(9,8)	-	59(64,1)	24(26,1)
	Controle	10(10,9)	-	50(54,3)	32(34,8)
Continência Fecal**	Experimental	5(5,4)	-	9(9,8)	78(84,8)
	Controle	4(4,3)	-	22(23,9)	66(71,7)
Uso de vaso sanitário	Experimental	17(18,5)	-	53(57,6)	22(23,9)
	Controle	22(23,9)	-	33(35,9)	37(40,2)

*Numero (%)

** A escala de medição é Incontinente, Acidente ocasional, e continente.

- Não se tem na pergunta, essa escala de medição.

No momento de alta dos pacientes foi identificado o incremento na independência para todas as ABVD para ambos os grupos, porém em maior medida no grupo experimental, que é proporcionalmente maior que o grupo controle, sendo identificadas por ordem de incremento a ABVD lavagem de mãos com 91,3%, a continência fecal, atenção para comer, uso de vaso sanitário e continência urinária como de menor proporção com 45,7% (tabela 21).

RESULTADOS

Tabela 21 – Frequência e porcentagem por nível nas Atividades básicas da vida diária dos pacientes no grupo experimental e controle, **no momento da alta hospitalar**. SLP 2007*

Atividades	Grupos	Níveis de medição das Atividades básicas da vida diária			
		Dependent e	GrandeAjuda	Minima Ajuda	Independente
Traslado	Experimental	5(5,4)	14(15,2)	63(68,5)	10(10,9)
	Controle	10(10,9)	18(19,6)	41(44,6)	23(25,0)
Caminhar	Experimental	7(7,6)	20(21,7)	57(62,0)	8(8,7)
	Controle	17(18,5)	17(18,5)	38(41,3)	20(21,7)
Comer	Experimental	2(2,2)	-	20(21,7)	70(76,1)
	Controle	11(12,0)	-	19(20,7)	62(67,4)
Vestir-se	Experimental	13(14,1)	-	62(67,4)	17(18,5)
	Controle	23(25,0)	-	41(44,6)	28(30,4)
Subir escadas	Experimental	49(53,3)	-	41(44,6)	2(2,2)
	Controle	44(47,8)	-	42(45,7)	6(6,5)
Tomar banho	Experimental	68(73,9)	-	-	24(26,1)
	Controle	62(67,4)	-	-	30(32,6)
Lavar as mãos	Experimental	8(8,7)	-	-	84(9,3)
	Controle	17(18,5)	-	-	75(81,5)
Continência Urinária**	Experimental	1(1,1)	-	49(53,3)	42(45,7)
	Controle	2(2,2)	-	55(59,8)	35(38,0)
Continência Fecal**	Experimental	2(2,2)	-	6(6,5)	84(91,3)
	Controle	1(1,1)	-	13(14,1)	78(84,8)
Uso do vaso sanitário	Experimental	4(4,3)	-	25(27,2)	63(68,5)
	Controle	12(13,0)	-	25(27,2)	55(59,8)

*Numero (%)

** A escala de medição é Incontinente, Acidente ocasional, e continente.

- Não se tem na pergunta, essa escala de medição.

Uma vez concluídos os estudos duas semanas posteriores à alta, foram comparados o grupo experimental e controle, sendo verificado que o grupo experimental teve maiores proporções no nível de independência para o total das ABVD medidas, em comparação com o grupo controle, onde se ressaltam a diferença das proporções de traslado cadeira - cama 55,5%, caminhar 52,2% e independência para vestir-se 39,1%. Adicionalmente obteve-se 100% de independência nos pacientes do grupo experimental para as ABVD lavagem de mãos e continência fecal (Tabela 22).

RESULTADOS

Tabela 22 - Frequência e porcentagem nas ABVD dos pacientes no grupo experimental e grupo controle após de intervenção, San Luis Potosí, México, 2007*

		Níveis de medição das Atividades básicas da vida diária				**% E-C
Atividades	Grupos	Dependente	Grande Ajuda	Minima Ajuda	Independente	
Traslado	Experimental	0(0,0)	0(0,0)	12(13,0)	80(87,0)	55,5
	Controle	8(8,7)	12(13,0)	43(46,7)	29(31,5)	
Caminhar	Experimental	0(0,0)	3(3,3)	18(19,6)	71(77,2)	52,2
	Controle	11(12,0)	17(18,5)	41(44,6)	23(25,0)	
Comer	Experimental	0(0,0)	-	2(2,2)	90(97,8)	23,9
	Controle	6(6,5)	-	18(19,6)	68(73,9)	
Vestir-se	Experimental	2(2,2)	-	17(18,5)	73(79,3)	39,1
	Controle	17(18,5)	-	38(41,3)	37(40,2)	
Subir escadas	Experimental	17(18,5)	-	44(47,8)	31(33,7)	22,8
	Controle	41(44,6)	-	41(44,6)	10(10,9)	
Banhar-se	Experimental	18(19,6)	-	-	74(80,4)	38,0
	Controle	53(57,6)	-	-	39(42,4)	
Lavar as mãos	Experimental	0(0,0)	-	-	92(100,0)	8,7
	Controle	8(8,7)	-	-	84(91,3)	
Continência Urinária	Experimental	0(0,0)	-	26(28,3)	66(71,7)	30,4
	Controle	1(1,1)	-	53(57,6)	38(41,3)	
Continência Fecal	Experimental	0(0,0)	-	0(0,0)	92(100,0)	16,3
	Controle	0(0,0)	-	77(16,3)	77(83,7)	
Uso de vaso sanitário	Experimental	2(2,2)	-	2(2,2)	88(95,7)	31,6
	Controle	9(9,8)	-	24(26,1)	59(64,1)	

*Numero (%)

- Não se tem na pergunta, essa escala de medição.

-** % E-C (Diferença entre o aumento de proporções no nível de independência entre o grupo experimental e grupo controle ao termino do estudo).

Finalmente, após agrupar por níveis a capacidade funcional dos adultos maiores, para realizar as ABVD tanto para o grupo controle e experimental, encontrou-se na tabela 23 que ainda quando os dois grupos melhoram no período pós-avaliação e pós-intervenção, comparados com o período previo, o grupo experimental após a intervenção concentra-se, a grande maioria dos sujeitos, entre o nível de dependência leve com 77,2% e o nível de independência com 21,7%. Contrastando este último com o grupo controle com apenas 3,2%, sendo o restante distribuído nos diferentes níveis de dependência.

RESULTADOS

Tabela 23 – Nível de dependência dos idosos no grupo controle (pré-avaliação e pós-avaliação) e experimental (pre-intervenção e pós-intervenção). San Luis Potosí, México, 2007

	Grupo Controle				Grupo Experimental			
	Pré-avaliação		Pós- avaliação		Pré- intervenção		Pós-Intervenção	
	Não	%	Não	%	Não	%	Não	%
Dependência Total	13	14,1	2	2,2	11	11,9	0	0,0
Dependência Severa	19	20,7	9	9,8	31	33,7	0	0,0
Dependência Moderada	20	21,7	14	15,2	39	42,4	1	1,1
Dependência Leve	38	41,3	64	69,6	11	11,9	71	77,2
Independência	2	2,2	3	3,2	0	0,0	20	21,7
Total	92	100,0	92	100,0	92	100,0	92	110,0

RESULTADOS

4.1.8 Prova Piloto

Uma vez realizada a etapa de adaptação cultural do instrumento, Índice de Barthel, com participação dos experts, aplicou-se o instrumento na fase da prova piloto através da técnica de pré-teste e pós-teste em uma amostra de 96 sujeitos, obtendo o escore total. Os escores obtidos variam de zero a 100 pontos para cada sujeito participante.

Ao resultado destas medições foi aplicado o teste de Correlação de Spearman's, com o resultados $r = 0,983$, valor $p < 0,001$, encontramos uma correlação positiva e de grande magnitude. O resultado da comparação na diferença na variável capacidade funcional nos idosos entre a primeira e segunda medição mostrou a validade de estabilidade do instrumento para medir as ABVD diária nos idosos durante o período de coleta definitiva.

Para a análise de consistência utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach, para obtendo uma alta homogeneidade, valor $\alpha = 0,908$ no Instrumento Índice de Barthel. O quadro 2 foi obtido retirando-se cada item e calculando-se a meia e coeficiente *Alpha de Cronbach's*, para os 9 itens restantes. Observando-se pouca variação nos alfas's inidicando que a retiradas de cada item, afeta a consistencia interna do instrumento, e que os itens têm praticamente a mesma influência, pois as quedas dos α 's som próximos. None contexto, os itens mais relevantes foram “vestir-se e uso de vaso sanitário”, e o menos relevante “continência urinaria”.

E como resultado de ABVD medidas encontrou-se que a ABVD que a maior independência obtida foi na média de 67,45 para banhar-se. (Quadro 2)

Quadro 2. Valores de média e Cronbach's Alpha para os 10 itens das Atividades Básicas da Vida Diária do Instrumento Índice de Barthel. 2007

Atividades Básicas da Vida diaria	Scale Mean if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Traslado da poltrona à cama	59,53	.889
Caminhar	59,64	.890
Comer	61,82	.901
Vestir-se	62,81	.888
Subir e descer escadas	64,74	.895
Tomar banho	67,45	.902
Arrumar-se	66,15	.902
Continência urinária	63,96	.912
Continência fecal	61,98	.911
Uso do vaso sanitário	62,40	.888

RESULTADOS

4.1.9- Comparação de perfis médios

Na análise de perfis (Figura 3), mostra-se os valores das médias das ABVD dos grupo controle e experimental que, comparando-se o paralelismo, foi rejeitado ($p < 0,001$); portanto não têm paralelismo.

As medidas de médias e desvio padrão de grupo controle e grupo experimental apresentam-se em quadro 3. Em grupo controle foi encontrada a média mais baixa de as medidas em as ABVD ao começar o estudo (antes de a intervenção) 40,2, em comparação de grupo controle, mais ainda também foi em grupo experimental onde encontro-se as médias mais longe, depois de têr concluida a intervenção (90,0) com o maior nível de independência.

RESULTADOS

Observou-se que as diferenças encontraram-se na primeira medida (Quadro 3) com 48 horas de hospitalização, na qual o grupo controle se apresentou com desempenho superior ao experimental ($p=0.003$), e na 3ª medida (duas semanas após da alta hospitalar) ocorrendo o inverso ($p=0.001$).

Quadro 3. Resultados do médias e desvio padrão em as Atividades básicas da vida diária em grupos controle e experimental de idosos

Momentos de la medición de las ABVD	Grupo Controle		Grupo experimental		P
	Media	DS	Media	DS	
48 hs de Hospitalização	50,1	26,7	40,2	17,4	0,003
Egreso de hospital	62,3	24,5	64,7	17,0	0,507
2 semanas depois de Egreso	67,0	22,1	90,0	10,3	0,001

Discussão

DISCUSSÃO

A seguir apresentam-se as análises dos dados referentes à caracterização demográfica, os antecedentes de saúde, familiares e condição atual dos idosos que permaneceram hospitalizados; são discutidas as co-morbidades referidas pelos idosos e as referidas no instrumento de coleta de dados, ademais uso de medicamentos, antecedentes relacionados à capacidade funcional dos idosos, antes e durante o momento da hospitalização, aqueles relacionados ao período inicial da intervenção, o egresso e final da intervenção. As conseqüências da intervenção comunicativa em ABVD, no grupo experimental e no grupo controle, foram comparadas por meio dos resultados obtidos com a aplicação do índice de Barthel para o nível de dependência funcional, para dar resposta aos objetivos propostos.

Existem muitas formas de ensino testadas em adultos na área da saúde, no em tanto, a maior parte mede o impacto do nível de conhecimento, não sempre levado em prática, além disso, confere maior importância ao ensino com determinadas particularidades da população idosa. A partir dessa realidade, no presente estudo, propõe-se avaliar o impacto da intervenção comunicativa, a partir da proposta pedagógica de Paulo Freire. Essa proposta tem por objeto a conscientização dos idosos hospitalizados e estimular a ação dentro de todos os recursos próprios e seu ambiente para serem aplicados na recuperação das atividades básicas da vida diária. Para tanto, foi necessária a identificação das características da população do estudo e a adaptação cultural do índice de Barthel (avaliação das ABVD), assim como a comprovação das hipóteses relacionadas ao impacto de dita intervenção e que fundamentam a presente discussão.

No mundo, tem se observado a transformação da pirâmide da população de cada país, com o incremento da população idosa. Apesar disso, os países em desenvolvimento, como o México, o incremento das taxas dessa população aumentam rapidamente (MÉXICO, 2000; MÉXICO,SINAIS, 2007; MÉXICO,2007). No país, há 8,5 milhões de idosos, e o crescimento anual nos indivíduos com mais de 60 anos, e de 3 a 5% nos indivíduos que superam os 80 anos de idade (Quadro 1).

Na população do estudo observou-se, em pequenas proporções os indivíduos com mais de 85 anos, sendo maior para os sujeitos entre 65 a 74 anos de idade, os quais, segundo a classificação atual, estariam sendo considerados idosos, porém

DISCUSSÃO

jovens, já que a nova classificação considera idosos de elite os indivíduos com mais de 100 anos (ELIOPOULOS, 2005). Embora o grupo em estudo é particular (captado por meio do processo de hospitalização), seguindo a tendência apresentada (MÉXICO, 2005) para 2025, um de cada quatro mexicanos superará os 60 anos de idade, ainda deve-se considerar mais a prevenção nos diferentes níveis de atenção nessa população, visando a alcançar o máximo de independência para o autocuidado dos idosos. Isso, ainda vai além de determinar o controle de fatores de risco nas diferentes etapas do ciclo de vida, é alcançar um envelhecimento mais saudável e o alcance do máximo de independência física.

Em relação à situação conjugal, na amostra do presente estudo a maioria estava casado, ocupando a segunda posição os viúvos, em ambos sexos (quadro - 1). No entanto, deve-se considerar o gênero e o estado civil, entre outros, o grau de dependência física, como referido por (SALGADO, 2003), no México, CHAIMOWICZ, 1997) e (FELICIANO, 1994), no Brasil.

Os resultados revelam que a maioria dos idosos com maior grau de escolaridade são casados ou viúvos (Tabela 15). A maior parte dos idosos moram com a(o) esposa (o) e filhos(as), de maneira geral, os casais vivem em relação conjugal estável, ou seja, com apenas um companheiro(a) e seus filhos(as) (CARNAVELI, 1989) desempenhando, dentro da família, o papel de idosos independente, ajuda aos demais membros da família. De outro lado, também observou-se o aparecimento de problemas de saúde e dependência, invertendo-se os papéis, passando a receber ajuda, encontrando-se também, especialmente nesse último grupo s idosos hospitalizados nos quais se acelera a dependência

Em relação à escolaridade, observou-se que a população estudada teve baixa escolaridade, predominando a conclusão do ensino fundamental, naqueles que referiram estudos e representando a maior parte os analfabetos. Dados semelhantes foram encontrados por (FELICIANO, 2004) em São Paulo. Em uma amostra da população idosa, o autor encontrou que a maioria contava com baixa escolaridade, sendo mais de 50% classificados como analfabetos e o sexo predominante foi o feminino.

A baixa escolaridade, principalmente o analfabetismo, representa um fator limitante na vida dos idosos, por não conseguir ler, escrever, entender informações e prescrições ou fazê-lo com dificuldade, ademais de ter dificuldades em algumas

DISCUSSÃO

outras situações que formam parte da sua vida diária, aumentando sua vulnerabilidade. Ou seja, a escolaridade se apresenta como um elemento facilitador e contribui na melhoria das condições de vida e trabalho do idoso, já a educação precária, favorece a pobreza e condições de vida e trabalho nocivos, favorecendo a perda da funcionalidade em etapas futuras (ILC-OMS, 2000).

As principais causas de internação hospitalar, encontradas entre os participantes, se encontraram as doenças cardiovasculares, seguido dos problemas respiratórios, em ambos grupos de estudo (tabela 4). Situação semelhante é apresentada, no México, por (MÉXICO, 2000) na qual foram identificados, como principais causas da alta hospitalar as doenças não transmissíveis, das quais 78,5% corresponderam a indivíduos com mais de 65 anos de idade e como principais causas de internação surgiram as Doenças cardiovasculares e digestivas. (FELICIANO, 2004) e (CHAIMOWICZ, 1997), no Brasil, referiram as Doenças cardiovasculares ou suas seqüelas como as principais causas e, na Espanha, por ser um país desenvolvido e com índices de população mais idosa, identificou-se as Doenças cardiovasculares tanto no ambiente hospitalar como no ambulatorial (RUIPÉREZ, 2001), dentro do ambiente hospitalar, em ambos os sexos e (RUÍZ, 2005) além das Doenças cardiovasculares, acrescenta as Doenças respiratórias. Esses dados conferem com as causas de mortalidade no ano 2000, registrado pelo (MÉXICO, 2000), no México, liderando as Doenças cardiovasculares. Situação marcada pelo incremento do índice de hospitalização de idoso, no México, até 30% dos leitos ocupados por essa população (DURÁN, 1996). Han (2003) acrescenta os problemas associados ao sobrepeso e a obesidade.

Pelo exposto, se considera importante considerar o enfoque da saúde, o qual considera a totalidade do ciclo vital (ILC-OMS, 2000), para evitar os riscos nas diferentes etapas do ciclo vital que leve à cadeia de riscos e precipitação de problemas de saúde na idade adulta e nos idosos, e evitar uma incapacidade prematura, mesmo nessa etapa da vida.

A comorbidade é outro fenômeno complexo e sofre processo de aceleração nos pacientes hospitalizados. O presente estudo, em aproximadamente mais das $\frac{3}{4}$ partes dos idosos apresentaram algum outro tipo de problema de saúde, como a Hipertensão Arterial ou o Diabetes Mellitus. Resultados semelhantes são apresentados por (GUTIERREZ et al, 2001) que encontraram em terceiro lugar a

DISCUSSÃO

Hipertensão Arterial como co-morbidade (36,6%) nos idosos na comunidade, seguida do *Diabetes Mellitus* (15,3%). Esses achados reforçam a idéia de Leme (LEME, 1999) quem prognosticava para a presente década uma epidemia de doenças crônicas e (VERAS et al 2002) e (VERAZ, 2003) que encontraram, no Brasil, a prevalência de doenças crônicas em pacientes de idade avançada, que ao não receber tratamento, requeriam com maior freqüência os serviços de emergência e ambiente hospitalar (internação), gerando uma série de problemas nos diversos níveis de atenção, como pessoal ou individual, familiar, de serviço de saúde (devido ao aumento da demanda dos serviços e desequilíbrio na oferta dos mesmos), (LÓPEZ, 2004) até problemas micro e macroeconômicos.

Nos achados do estudo, destaca-se o predomínio da percepção de saúde como aceitável e boa CARNEVALI, (1989) refere que os pacientes que manifestam uma boa percepção de sua saúde, possuem mais recursos internos de motivação para elaborar respostas e tomar decisões e estimular a adaptação ao equilíbrio da saúde, ao processo de hospitalização, seus efeitos e à reabilitação. Gallegos et al. (2003) no estudo com idosos, no estado de Morelos, observou que a maioria apresenta uma boa percepção de sua saúde e é melhor quando menor é a idade.

Um dos antecedentes dos participantes do estudo, foi o uso de medicamentos, observando-se que a maior parte consumia um ou dois medicamentos, no entanto, houve uma proporção importante que consumia três ou mais medicamentos (Tabela 8), o que caracteriza a polifarmácia, predominando o consumo dos antihipertensivos e hipoglicemiantes (Tabela 9), os quais se encontravam de acordo com as doenças presentes entre os participantes (Tabela 5 e 9) podendo-se observar que a causa principal da hospitalização forma as doenças cardiovasculares. Esse fenômeno mostra-se como um potencial fator de risco para a disfunção de diversos órgão, além do processo/ doenças pelo qual o indivíduo foi internado (RODRÍGUEZ; DIOGO, 2002)

Pinedo et al. (2005) observam que o principal cuidador da família durante o período pré-hospitalar são os filhos (53,3%), seguido dos cônjuges (13,5%), Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo, já que o filho (a) eram os principais responsáveis pelo cuidado (33,7%), seguidos pela esposa(o) (27,7%). Essa situação pode ser analisada de diferentes ângulos, por exemplo, familiar em que para os filhos deixam de ser um apoio e o cuidado do paciente passa a ser sua

DISCUSSÃO

responsabilidade, mudando o papel familiar quando surgem problemas de saúde e de dependência, e de forma geral, esse sente que aos poucos vão perdendo valor suas opiniões e decisões, o qual gera sentimentos de isolamento, inutilidade e abandono (CARNEVALI, 1988). Esse é um fator que requer de cuidados, por ser um fator fundamental para que o indivíduo aprenda, ou seja requer se sentir motivado, assim como é fundamental para que o paciente possa gerar uma conduta participativa dentro dessa aprendizagem (LÓPEZ, 2005), de maneira especial na intervenção comunicativa proposta no presente estudo.

Formiga, et al (2005) referem que os dados de funcionalidade, cognição e idade, prévio ao processo de doença aguda que motivou a hospitalização, contribuem com a identificação do risco da perda funcional na alta hospitalar; por essa razão torna-se importante a avaliação, a qual foi realizada no estudo **duas semanas antes da hospitalização**, encontrando-se evidencia de **prévias deficiências**, sendo as principais (em ordem de prioridade): **caminhar** até $\frac{3}{4}$ partes do grupo, **levantar-se da cama e ver de longe** (66,8% e 66,3%, respectivamente), mas ainda estão presentes até 36,3% a hipoacusia e $\frac{1}{4}$ dos participantes apresenta dificuldade para enxergar de perto (Tabela 6), estes últimos como síndromes geriátricas. Resultados semelhantes foram encontrados (GUTIERREZ et al, 2001) em idosos do meio rural da Espanha, encontrando-se as patologia visuais em 70,4%, seguidas das auditivas. Os achados relacionados, do presente estudo, podem ser explicados pelas mudanças apresentadas nos idosos próprios da idade, por exemplo, a degeneração do tecido muscular, mas pode estar associado, a que ditos pacientes, apresentam problemas de comorbilidade, o *diabetes mellitus*.

Também JIMENEZ; HIJAR (2007) identificaram que a principal deficiência encontrada nos idosos era a visual, a qual é associada à **diminuição da autonomia**, e essa deficiência, encontrada entre os participantes do estudo, acelerava a perda da incapacidade funcional nos hospitais, o qual representava um médio estranho para a recuperação da funcionalidade das ABVD durante e posteriormente ao processo de hospitalização, ainda quando 33,7% utilizam habitualmente, desde antes da hospitalização, lentes como auxiliares na deficiência visual (Tabela 10).

Os resultados da dificuldade visual como síndrome geriátrico encontrados no presente estudo, também foram encontrados por (VARELA et al,2005) em um estudo realizado a nível nacional, no Peru. Os autores encontraram 45,5%

DISCUSSÃO

indivíduos dependentes, 52,1% com perda parcial auditiva entre os pacientes dependentes e uma relação significativa, entre dependência e dificuldade auditiva.

Ao analisar o comportamento dos participantes em suas ABVD, desde o primeiro momento em forma retrospectiva (como era sua capacidade funcional em relação às ABVD), a maior parte da amostra apresentava de forma semelhante as que foram observadas em estudos descritivos, tanto no meio comunitário quanto nos ambulatorios. (CASTELO, 2002), no Peru, ao estudar uma população idosa atendidos em ambulatório encontrou que 50% da amostra era autônomo em suas ABVD e estava inversamente associado com a idade (a maior idade menor autonomia), no entanto, o restante da amostra em estudo apresentava perda da capacidade funcional, em graus variáveis.

Os resultados encontrados na avaliação das ABVD, duas semanas prévias à hospitalização, identifica que o grau de independência é alto em todas as atividades analisadas (Tabela 18), e delas, o grau mais alto é apresentado para a continência fecal, lavagem das mãos e habilidades para comer (97,8%) e as atividades que apresentaram a maior dependência foram: subir e descer de escadas e tomar banho (18,5%). Dados semelhantes são apresentados por (GALLEGOS et al, 2003) quem ao estudar o idoso de meio urbano e rural encontrou que 4,6% apresentavam dependência para tomar banho e 13,9% com grandes limitações para subir e descer escadas, e em proporções semelhantes encontrou (GUTIÉRREZ et al, 2004), limitações para subir e descer de escadas 14,5%, e em maiores proporções o caminhar 19,3%, e tomar banho 18,2%; semelhante (ROJAS et al, 2006) estudando uma amostra de indivíduos idosos moradores de uma instituição (casa de repouso) encontraram 36,8% com dependência para subir e descer escadas a qual se relacionava com o diagnóstico de enfermagem relacionado a dependência: “dependência relacionada com a necessidade de locomover-se e déficit de autocuidado para tomar banho e locomover-se” (CARNAVELI, 1989).

Situações como essas, mostram fatores que devem ser tomados em conta, ao contribuir com a diminuição ou perda das ABVD, por estarem apresentando um funcionamento alterado, ou com dificuldades para realizar seu autocuidado. Essa capacidade de realizar atividades necessárias para alcançar o bem-estar pode diminuir se apresentar algum tipo de transtorno, doença crônica ou lesão que limite sua capacidade física ou mental, o que teria consequências diretas na capacidade

DISCUSSÃO

de trabalho, aposentadoria e a necessidade de atenção médica por longo período (OMS, 1998). Esse processo pode ser acelerado pelo processo de hospitalização e é confirmado pelos achados do presente estudo, já que foi possível identificar que no momento da hospitalização, em ambos os grupos, tanto o grupo controle como experimental, houve uma acentuada diminuição da capacidade funcional dos idosos hospitalizados; dados divergentes foram encontrados por ARANEDA; ISLA; JIMÉNEZ (2000) que identificaram um alto índice de independência (85.1%) em estudo realizado com pacientes idosos hospitalizados em clínica médica de um hospital do Chile.

Tomou-se em consideração a permanência de 48 horas após o momento da hospitalização para iniciar a intervenção e permitir que os pacientes estivessem mais estáveis, em relação ao problema de saúde que motivou a hospitalização, assim poder dar início à intervenção comunicativa no grupo experimental. No entanto, também, foi avaliado o efeito da intervenção no tempo (teste univariado), encontrando-se diferença na primeira medida (48 horas após hospitalização), no qual o grupo controle teve um nível de independência maior ao grupo experimental, e a terceira avaliação (ao final da intervenção), aconteceu o contrário, o grupo experimental conseguiu o maior nível de independência depois da intervenção.

No entanto, ao momento da alta hospitalar, não foram identificadas diferenças entre ambos os grupos em relação às ABVD médias. Essa situação pode ser explicada pelo comportamento dos grupos, já que o aumento que sofreu o grupo experimental somente conseguiu alcançar o nível médio do grupo controle nesse momento, já que ao iniciar o estudo apresentava desvantagem, em relação a esse grupo.

É importante destacar que ainda não se conta com participação mais ativa, por parte da enfermagem, dentro da área hospitalar com essa população, cujo principal objetivo deve ser diminuir as complicações provindas da hospitalização, já que a presença de outras complicações pode levar a perda funcional. Para tanto CANGA e NARVAIS (2006), propõem uma intervenção para diminuir as complicações; no entanto, diferente do proposto no presente estudo, as autoras propõem o uso de protocolo da educação para a saúde, utilizando-se a mecânica corporal, medidas de segurança e informação para o pacientes e seus familiares, porém isso unicamente acontece durante a realização do estudo. É importante

DISCUSSÃO

ressaltar a situação normativa das instituições, as quais devem olhar a implementação dos resultados de pesquisas, de forma permanente, tanto dentro do ambiente hospitalar quanto fora do mesmo, para obter um real impacto nessa população.

Embora o grupo controle tenha sido diferente na primeira medida (maior medida), considerando-se uma desvantagem para o grupo experimental no qual observou-se uma média de ABVD mais baixa, mas aumentaram as medidas em grupo experimental ao final, sendo significativamente maior nos resultados das provas estatísticas, constatada com a análise de perfis médios e teste exato de Fisher. Pode-se dizer que a hipótese: a capacidade nas atividades da vida diária dos idosos hospitalizados que recebem uma intervenção comunicativa, são maiores que naqueles que não a receberam, sendo que a diferença encontrada entre a primeira e terceira medidas é estatisticamente significativa, o que poderia ser atribuído ao efeito da intervenção de enfermagem, baseada na comunicação.

Pelo exposto, em relação à capacidade funcional dos idosos, pelo governo de Chile (SANHUENZA,P. et al, 2005), é importante sistematizar uma atenção centralizada, por meio de programas de atividades destinadas a aumentar a funcionalidade do adulto maior, visando a potencializar a autonomia funcional do idoso, entre outras estratégias com a prevenção de fatores de risco e o ensino aos idosos diferentes que ajudem a potencializar as capacidades afetadas ou que não são mais realizadas.

Conclusões

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo com idosos hospitalizados permitiram as seguintes conclusões:

- 36,5% dos participantes do estudo apresentavam faixa etária entre os 65 e 74 anos, 40,2% eram analfabetos, 41,9% possuíam o ensino fundamental incompleto e 60,0% eram casados. Como principais co-morbidades associadas 49,5% apresentavam hipertensão arterial e 33,2% diabetes mellitus. Mais da metade dos participantes fazia uso de uma ou duas medicações, sendo principalmente os antihipertensivos 39,1% e os hipoglicemiantes 30,4%.
- As ABVD dos idosos **antes da hospitalização** não mostraram diferenças entre ambos os grupos. Encontramos principalmente, maior dependência às ABVD o subir ou descer escadas (18,5%) e, tomar banho (17,4%), dados que são semelhantes aos encontrados por outros pesquisadores. A análise de todas as ABVD de ambos os grupos apresentaram $p > 0,050$, não apresentando diferenças significantes.
- No geral, a capacidade funcional **no momento da hospitalização** apresentou uma acentuada dependência em todas as ABVD. Sendo que, no grupo experimental a maior dependência foi para tomar banho (97,8%), e no grupo controle (95,7%), subir e descer escadas (88,0% e 79,3% respectivamente); seguidas da dependência de locomover-se da cama para a cadeira e caminhar. A análise de todas as ABVD, de ambos os grupos apresentaram $p > 0,050$, não apresentando diferenças significantes.
- **Ao iniciar a intervenção** (48 horas depois da hospitalização) observa-se um aumento sutil da independência em ambos grupos de estudo, principalmente na capacidade de continência fecal de 84,8% no grupo experimental e 71,7% no grupo controle, em lavar as mãos 64,1% e 71,7% respectivamente, seguido da capacidade para comer sozinho. No grupo controle obteve-se a média de ABVD de 50,1 e no experimental 40,2 com $P = 0,003$; portanto, houve **significância estatística**.
- **No momento da alta hospitalar** (durante o processo da intervenção comunicativa) não foram identificadas diferenças significativas entre o nível médio da capacidade funcional nas ABVD entre o grupo experimental e controle, $p = 0,507$.

CONCLUSÕES

- Foram identificadas diferenças no nível médio da capacidade funcional dos idosos no início da intervenção, sendo maior no grupo controle, no entanto, **após concluída a intervenção**, o grupo experimental teve um aumento importante, superando o grupo controle, constatando-se as diferenças entre os grupos de forma significativa $p=0,001$, e assim o impacto da intervenção.

Conclusão final

Os resultados deste estudo levam-nos à conclusão de que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos e remetem à constatação de que os idosos melhoram sua capacidade funcional depois de participarem de uma intervenção comunicativa.

Referências

REFERÊNCIAS

AGUILAR T. **Alfabetización científica y educación para la ciudadanía**. Madrid: Editorial Narcisa, 1999.

ARANEDA, P.G.; ISLA, L.X.; JIMÉNEZ, O.M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del hospital Herminia Martín de Chillán, Chile. **Cultura de cuidados**. v.7-8, n.4, p.160-165, 2000

ARIAS LM. Hospitalização. **Guías prácticos de enfermagem**. Trad. MTR Teixeira. Rio de Janeiro: Ed. Mc Graw- Hill, 2001.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (AMM). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. Anales de la Facultad de Medicina. v.62, n.1. p.1, 2001. Disponible em: <<http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v62n1/etica.helsinki.htm>>. Acesso em: 1 Jul 2005

BAZTÁN, J.J.; PÉREZ, D.M.; ALARCÓN, T.; SAN CRITÓBAL, E.; IZQUIERDO, G.; MANZARBEITIA, J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. **Rev. Esp. Geriatr y Gerontol**. v.28, n.1, p. 32-40, 1993

BRIGEIRO M. Envejecimiento exitoso y tercera edad. Problemas y retos para la promoción de la salud. **Inv. Educ. Enf**,

BODACHNE, L. Trauma no idoso In FREITAS, EV, et al. **Tratado de geriatría e Gerontología**. Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan, 2002

CANALES A. De la transición demográfica al envejecimiento de la población En: Hacia el envejecimiento demográfico. DEMOS. Carta demográfica sobre México 2001. México DF. **Instituto de Investigaciones sociales Universidad Autónoma de México** 2001: 4-5

CASTELO, V. J. M.; OLIVEIRA H. R.; VIVANCO A. Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada. **Situa**. v.11, n.21, p.47-52, 2002.

CANGA, A.A.D.; NARVAIZA S.M.J, Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. **Gerokomos**, v.17, n.1, p.24 -31,2006

CHAIMOWICZ, F.A. Saúde dos idosos brasileiros Às vésperas do século XXI: Problemas, projeções e alternativas. **Revista de saúde pública**, v. 31, n. 2, p.184-200,1997.

CARNEVALI, D.; PATRIK, M. **Tratado de enfermería geriátrica**. Cuidados de la salud de los ancianos. 2da ed. México: Ed. Interamericana- Mc Graw-Hill. 1988.

REFERÊNCIAS

CID-RUZA, F.A.; DAMIÁN-MORENO. Valoración de la capacidad física: El Índice de Barthel. **Rev.Esp. Salud Pública**. v.71, n.2, p. 127-137, 1997.

CÓDIGO DE NUREMBERG.(CN)1947. Experimentación en seres humanos: Código de Nuremberg. Normas Éticas para experimentación en Seres humanos. Disponível em:

<<http://www.colegiomedico.cl/default.aspx?tabid=241>>. Acesso: 1 Jul 2005.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, V. 19, N. 3, P.773-781, 2003.

DEL RIO, S.M.; GOTOR, P.P.; CUEVAS, C.P.; CUEVAS, G.M. Restricciones físicas en pacientes ancianos hospitalizados, perfil de los pacientes y motivos de uso. **Rev. Garnata**. v.1, n. 16, p.23 -30, 2000.

D'HYVER, C.D.; GUTIÉRREZ R.L.M. **Geriatría**. México: Editorial Manual Moderno, 2006.

DURÁN-ARENAS, L.; SÁNCHEZ, R.; VALLEJO, M.; CARREÓN, J.; FRANCO, F. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. **Salud Pública Mex**. v.38, n.1, p.501 -512, 1996.

ELIOPOULOS, CH. **Enfermagem gerontológica**. Traduc. Yoshiro, Y.A. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED Editora, 2005.

FELICIANO, A.B. **A situação do idoso de baixa renda na região cidade Aracy - São Carlos, SP**: um estudo epidemiológico. 2004. 141p. Tese (Doutorado em enfermagem em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

FITZPATRICK, J.J.; ELCHORN, A.; O CONNOR, L.J.; SALINAS, T.K.; MAUREEN, T.H. Hospitalizad elders: Changes in funcional and mental status. **Outcomes management**. v.8, n.1, p. 52.55, 2004.

FONTANA, C.F.; ALMIRALL, J. E.; SALUD, J.P.; SOLANE I.S.; GÓMEZ, Y.J. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. **Enfermería Clínica**. v.12, n. 2, p.47-53, 2002.

FORMIGA F.; MASCARÓ J.; CABOT C.; ORTEGA C.; PORRAS F.; VIDALER A.; PUJOL R. Valoración Geriátrica de un paciente ingresado en un hospital de agudos. **Rev. Mult Gerontol**. v.15, n.1, p.8-11, 2005

FREIRE, A.A.M. (Org). **A Pedagogia da libertação em Paulo Freire**. Venício A L. Comunicação e cultura no fim do século XX: A atualidade de Paulo Freire. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

FREIRE, P. **El Grito Manso**. La construcción de la propia existencia 2ª ed. DF, México: Siglo XXI Editores, 2004.

REFERÊNCIAS

_____. **Pedagogía de autonomía.** Saberes necessários. Á práctica educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Extensão ou comunicação.** Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1971.

_____. **A Importância do ato de ler.** E o proceso de liberação. São Paulo: Cortez autores associados, 1982.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 40ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2005.

_____. **Educação como práctica da liberdade.** Rio de Janeiro: Editora Paz E Terra, 1967.

GALLEGOS CK, DURAN-ARENAS, J.L.G.; LÓPEZ, C.L.; LÓPEZ, C.M. Factores Asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. **Rev. Inv. Clin.** v.55, n.3, p.260-269, 2003

GAMARRA- SAMANIEGO P. Consecuencias de la hospitalización en los ancianos. **Boletín de la Sociedad peruana de medicina interna.** v.14, n.2, p 3-16, 2001

GAWRYSZEWSKI, V. P.; MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M.S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Revista da Associação Médica Brasileira,** v.50, n.1, p. 97-103, 2004

GOÑI, M.L.A.; MARTÍNEZ, M.A.E. El reposo en cama como factor de riesgo que provoca disminución en la funcionalidad en ancianos. **Rev. Mex. de Enfermería Cardiológico.** v.4, n.3, p.66-71, 1996

GUTIÉRREZ, R.J. Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. **Mapfre Medicina,** v.12, n.4, p.266-273, 2001

GUTIÉRREZ, R.S.; MEDEROS SL. Derechos del paciente especializados: Responsabilidades en la práctica de enfermería. **Rev. Enferm.** IMSS. v.9, n.1, p. 15-18, 2001.

GUTIÉRREZ, R.L.M. 2004. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. México DF. p. 53-70 En: **La situación demográfica de México.** Disponible em: <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2000/sdm26.pdf>>. Acesso em: 1 Jul 2005.

HAM CHANDE, R. "La transición hacia las edades avanzadas "En: Ham Chande R, El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica. México: El colegio de la frontera norte. 2003: p.85-122

REFERÊNCIAS

HENDERSON V. **La naturaleza de la enfermería**. Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después. 4a ed. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill, 1994.

IBGE. **Perfil do idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000**. Rio de Janeiro: FIBGE, Departamento de população e indicadores sociais, 2002.

ILC-OMS. INTERNACIONAL LONGEVITY CENTER. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital**. Repercusiones para la capacitación. Ginebra: OMS, 2000. p.1-13

JIMÉNEZ, N.L.; HIJAR, O. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. **Gerokomos**. V.18, N.1, p 16-23, 2007.

JONHNSON, M.; BULECHEK, G.; McCLOSKEY, J.D.; MASS, M.; MORHEAD, S. **Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC**. Traduc: EdDe, S.L. España: Ediciones Harcourt, Elsevier. Mosby, 2002.

JOHNSON, R.A.; WICHERN, D.W. **Amplified multivariate statistical analysis**. 5a Edición. EE.UU: Editorial Prentice – Hall, 2002.

LEME, L. E. G. Aspectos demográficos do envelhecimento. SIMPÓSIO INTERNACIONAL O IDOSO E A FAMÍLIA, 1999, São Paulo. **Anais...** São Paulo: [s.n.], 1999. p.18-19. Mimeo.

LÓPEZ, N.F. **Metodología participativa, en la enseñanza universitaria**. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones, 2005.

LÓPEZ, M.I. Nuevas demandas sociales ligadas al envejecimiento poblacional. *Educare* 21. 2004; 8. Disponível em: <<http://enfermeria21.com/educare/educare08/aprendiendo/aprendiendo02.htm>>. Acesso em: 9 Nov 2005

MACCHI, R.L. **Introducción a las ciencias de la salud**. Argentina: Ed. Médica Panamericana, 2003.

MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D. “**Functional evaluation**: The Barthel Index.” *Maryland State Medical Journal* v.14., n.1., p.56-61, 1965.

MAÑAS, M.D.; MARCHAN, E.; CONDE, C. SÁNCHEZ, S.; SÁNCHEZ, M.T.; MOLINA, M.C. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un servicio de Medicina Interna. **An. Med. Interna**. Madrid, v.22, n.3, p 34-36, 2005.

MARQUEZ, M.; PELCASTRE. V.B.E. Síntesis ejecutiva para tomadores de decisiones. Salud y calidad de vida en los adultos mayores viviendo en la pobreza urbana. **INSP. Indesol**, 2005.

REFERÊNCIAS

MARTÍNÉS, T.L. **Cuidando do idoso hospitalizado**: a experiência do familiar. Editora UNIJUI. Trabalhos Acadêmico- Científicos. Serie de Dissertações de Mestrado. Brasil. 2000.

MARTÍNEZ, A.F.; RODRIGUEZ, G.R. **Polifarmacia**. Em: RODRIGUEZ, G.R.; MORALES, V.J.J.; ENCINAS, R.J.; TRUJILLO, S.G.; D HYVER, W.C. Geratría. México: Ed. Mc Graw- Hill, 2000.

MARTÍNEZ, I.J.; DUEÑAS, R.; ONÍS, M.C.; AGUADO, C.; ALBERT, L.R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 Años. **Med. Clin (Barc)** V.117, N.1, p 129-34, 2001

MAYÁN, S.J.M. El presente en la atención socio sanitaria. Em: _____. **Enfermería en cuidados socio-sanitarios**. Serie cuidados avanzados. Madrid: DAE. Difusión Avances de Enfermería, 2005b. Cap.1, p.15-42.

MAYÁN, S.J.M. Dependencia y provisión de cuidados. Em: _____. **Enfermería en cuidados socio-sanitarios**. Serie cuidados avanzados. Madrid: DAE. Difusión avances de enfermería (Grupo Paradigma). 2005a. Cap.7, p.165-197.

MAZARRASA, L. **Salud pública y enfermería comunitaria**. Promoción de la salud en los mayores, implicaciones para la enfermera comunitaria. 2da ed. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill- Interamericana de España, 2003.

MENDES, I.A.C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. Sao Paulo: Ed. Sarvier, 1994.

MENDES, I.A.C. O resgate do cuidar na comunicação em enfermagem. Editorial. **Rev. Latino-Am. Enf.** , v.8, n3, p.1, 2000.

MENDES, I.A.C. ; TREVIZAN, M.A. A necessidade de aprendizagem em pacientes crônicos. **Enfermagem Atual**. v.3, n.18, p 4-7, 2003.

MENDES, I.A.C.; TREVIZAN M.A.; FAVERO, N.; NOGUEIRA, M.S.; GALVÃO, C.M. Comunicación con el paciente, una cuestión de calidad. **Rev Rol Enf**. v 24, n.10, p 670-674, 2001

MENDES I.A.C.; TREVIZAN, M.A.; HAYASHIDA, M.; SONOBE, H.M. Comunicação com o paciente: O teorico e concreto na enfermagem em ambito hospitalar. **Rev. Bras. Enferm**; v 44, n.2/3, p.98-102, 1991.

MENÉNDEZ, J.; GUEVARA, A.; ARCIA, N.; LEÓN DÍAZ EM.; MARTÍN C.; ALFONSO JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. **Rev. Panam Salud Pública**. v 17, n.5/6, p.353-61,2005

MÉXICO, INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). **Censos general de población y vivienda 2000**. INEGI. México, 2000.

REFERÊNCIAS

MÉXICO, INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). **Censos de población y vivienda de 1950 A 2005**. INEGI. México, 2005a.

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD. Carta de los derechos generales de los pacientes. **Rev. Enferm IMSS**. V.10, N.2, p.103-105, 2002a.

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD. Dirección general de información en salud. **Calculo a partir de la encuesta nacional de salud y nutrición**. México, 2006.

MÉXICO, SECRETARÍA DE SALUD. COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA. **Código de ética para los enfermeros mexicanos**. México: SS, 2001a.

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD. Comisión nacional de bioética. **Código de Conducta para el personal de salud**. México: SS. 2002b. Disponible em: <<http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm>>. Acesso em: 6 abr 2005.

MÉXICO, CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN.(CONAPO). **El envejecimiento de la población en México**. 2005. Disponible em: <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>>. Acesso em: 8 Mar 2005

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD. INSP. **Encuesta nacional de salud 2000**. Salud de los adultos. México. 2003a.

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD. Comisión interinstitucional. **Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería**. 3 Indicadores de aplicación hospitalaria. México: Secretaría de Salud, 2002c.

MÉXICO, SECRETARÍA DE SALUD. Dirección general de evaluación del desempeño. Salud: **Información para la rendición de cuentas**. Cap. III. Desempeño Hospitalario. México: Secretaría de Salud, 2003b.

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD, Ley general de salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de la investigación para la salud. México: Diario oficial de la federación. 2001b. Disponible en: <www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011ao.pdf>. Consultada el: 18 de junio de 2006.

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD, **Modelo operativo de promoción de la salud**. México: SECRETARIA DE SALUD, 2007b.

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD. **Programa de acción: Atención al envejecimiento**. Programa Nacional De Salud 2001- 2006. México, 2001c.

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD. **Programa de acción nacional por la calidad**. México, 2003c.

MÉXICO, SECRETARIA DE SALUD. **Programa Nacional de Salud 2007-2012**. Por un México más sano: Construyendo alianzas para una mejor salud. México. 2007a.

REFERÊNCIAS

MÉXICO, SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. SINAIS. Secretaria De Salud. **Anuario Estadístico 2005, población total por grupo de edad**, 2005b. Disponible em: <<http://sinais.salud.gob.mx/publicaciones/>>. Acesso em: 1 Dic 2007

MÉXICO. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. SINAIS. Secretaria de Salud. **Anuario Estadístico 2005, egresos hospitalarios por grupo de edad según causas**, 2005c. Disponível em: <http://sinais.salud.gob.mx/egresoshosp/tabs/eh_morbsec_006.xls>. Acesso em: 1 dic 2007.

MITRE, C.M.R.; COTTA, F.J.S.; MORALES, S.V.M.M.; LLIOPIS, G.A.; RAMOS, R.E.; DIAS, R.J.A. Envejecimiento y hospitalización domiciliaria. **Index Enferm.** v.47, n.47, p.16-20, 2004.

MOMPART, G.M.P.; GARCÍA, L.M.V.; RODRÍGUEZ, P.C.; TORONJO, G.A.M. **Enfermería del anciano**. Enfermería S 21. Madrid: Difusión avances de enfermería, 2001.

NANDA. **Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación**.(2001-2002). Traduc. Luis R, M.T. Madrid: Ed. Elsevier.Harcourt, 2003.

NAVARRO, S.R. et al. Factores pronósticos en pacientes pluripatológicos de edad avanzada en un Hospital de asistencia a crónicos de media y larga estancia (HACMLE). **An. Med. Interna**. Madrid, v.23, n.11, p. 20, 2006.

NEGRETE, S.M.E. **Distribución geográfica de la población mayor en DF**. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Autónoma de México, 2001.

OKIMURA, T. Processo de aprendizagem de idosos sobre os benefícios da atividade física. 2005. f. 107. Máster. Escola de educação física e esporte. Universidade de São Paulo. São Paulo.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS/OPS). **Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud**. (Versión en español. IMSERSO). Madrid, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). **Informe sobre la salud en el mundo**. Ginebra: OMS, 2002a.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). **La Salud. Envejecimiento Saludable: El Envejecimiento y la actividad física en la vida diaria**. Programa sobre envejecimiento y salud. Ginebra: OMS, 1998

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.(OMS) Grupo orgánico de enfermedades no transmisibles y salud mental. Departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles y promoción de la salud. Envejecimiento Activo: Un marco político. Traducido por: Regalado,P.J. **Rev. Esp. Geriatria Gerontología**. v.37, n.52, p.74-105, 2002b.

REFERÊNCIAS

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, NACIONES UNIDAS (NU).OMS. **Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento**. A/ CONF. 197-9. Nueva Cork. 2002c. Disponível em: <<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>> Acceso en: 4 Mar 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS), **Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas**. Con sujetos humanos. Español. 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS/ OMS. **La salud y el envejecimiento**. 36° Sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. SPP 36/7, Washington DC, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS/ OMS. **Envejecimiento y Salud**: Un cambio de paradigma. 25° Conferencia sanitaria panamericana. CSP25/12 (esp.).Washington DC. 1998

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS/ OMS. **Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada**. En Salud para todos en el año 2000: Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales, Documento Oficial N° 179. Washington DC, 1982.

ORTIZ, Z. A. Dimensión del servicio de enfermería. **Investigación y educación en enfermería**, v.21. n.1, p.86-96, 2003.

POLIT, BP.; HUNGLER, D.F. **Investigación científica en ciencias de la salud**. Trad. Palacios MR, Féher GT. 6ª ed. México: Editorial Mc. Graw Hill, 2000.
QUINTANILLA, M.M. La Medición de la dependencia. Escalas de valoración. Em: MAYÁN SJM. **Enfermería en cuidados socio-sanitarios**. Serie cuidados avanzados. Madrid: DAE. Difusión avances de enfermería (Grupo paradigma). 2005. Cap. 3. p.55-88.

QUINTANILLA, M.M. **Cuidados Integrales de enfermería en el anciano**. Tomo II. Barcelona: Instituto Monsa Ediciones, 2001a.

QUINTANILLA, M.M. **Cuidados Integrales de enfermería en el anciano**. Tomo I. Cap. 3. Cuidados de enfermería gerontológica. Barcelona: Instituto Monsa de Ediciones, 2001b.

QUEREJATA, M. **Discapacidad/ dependencia**: Unificación de criterios de valoración y selección. Red española de colaboración con OMS para el estudio de la discapacidad. OMS. Madrid, 2003.

RITCHEY, J.F. **Estadísticas para ciencias sociales**. El potencial de la imaginación estadística. Trad. Cosío, MER. México: Editorial Mc Graw Hill. 2002.

REFERÊNCIAS

- RODRIGUES, R. **Atividades educativas da enfermeira geriátrica**. Conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram queda!. 1993, 198p. (Tese Doutor). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto. 1993.
- RODRIGUEZ, R.A.; DIOGO, M.J.; BARROS, T. **Como Cuidar dos Idosos**. Coleção Vivacidade. 2ª ed. Campinas: Papirus Editora, 2000.
- RODRIGUEZ, R.; LAZCANO, B.G. **Práctica de la Geriatria**. 2ª ed. México: Editorial McGraw- Hill Interamericana, 2007.
- ROJAS, O.M.; TORONJO, G.A.; RODRIGUEZ, P.C.; RODRÍGUEZ, R.J.B. Autonomía y estado de salud percibido por los ancianos. **Gerokomos**; v.17, n.1, p.6-23, 2006.
- RUIPÉREZ, I.; LIORENTE, D.P. **Geriatria**. Guías prácticos de enfermagem. Trad. MTR Teixeira. Rio de Janeiro: Ed. McGraw- Hill, 2001.
- RUÍZ, H.D. La valoración geriátrica en los hospitales: De la quimera a la necesidad. **Rev. Mult Gerontol**. v.15, n.1, p.36-39, 2005
- SAHUENZA, P.M. **Aplicación de un Programa de apoyo como estrategia para aumentar la funcionalidad de adultos mayores**. 2006. f 143. Master. Escuela de Graduados de Concepción. Chile. 2005. Biblioteca Las Casas; 2 (2). Disponível em: <<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0143.php>>. Acesso em: 5 may 2007.
- SAHUENZA, P.M.; CASTRO S.M.; MERINO E.J. Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto En Salud. **Ciencia Y Enfermería**. v.1, n.2, p.17-21, 2005
- SALES, M.F.; SANTOS I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: Identificacao de necessidades. **Texto Contexto Enferm**. v.16, n.3, p. 495-502, 2007
- SAMPER, M. R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. **Rev. Cubana de Enfermer**. V.21, N.3, p. 1-2. 2005.
- SALGADO, S.N.V.; WONG R. **Envejecimiento en la pobreza**. Género, salud y calidad de vida. Instituto Nacional de Salud Pública. México. v.1, n.1, p.37-56, 2003.
- SÁNCHEZ M.; SAPORITI, M.I. Avaliação e satisfação de un grupo de idosas e cuidadores com planejamento de alta. **R. Bras. Enferm**, Brasília, v.53, n.2, p.265-273, 2000.
- SIQUEIRA, BA, CORDEIRO, CR.; PERRACINI, R.M.; RAMOS LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**. v.38, n.5, p.687-94. 2004.
- SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no idoso. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.48, n.1, p. 79-86, 2002.

REFERÊNCIAS

- SHANNON, S.E.; MITCHELL, P. H. **Patients, Nurses And Physicians Have Differing Views Of Quality Of Critical Care.** (Los Pacientes, Los Enfermeros Y Los Médicos Tienen Diferentes Puntos De Vista De La Calidad Del Cuidado Critico). Journal of nursing scholarship, 2002
- SILVA, J. **Manual de autocuidado para el adulto mayor.** 2da ed. Santiago-Chile: Ministerio de Salud, 2001
- SIDANI, S.; DORAN, D.; MITCHEL, P. "A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care". **Journal of nursing scholarship**; v.36, n1, p.60-65, 2004.
- TAVARES, D.M.S.; PEREIRA, G.A.; IWAMOTO, H.H.; MIRANZZI, S.S.C.; RODRÍGUEZ, LR.; MACHADO, A.R.M. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.16, n.1, p.32-39, 2007.
- TIDEIKSAAR, R. **As quedas na velhice:** prevenção e cuidados. Tradução de José Ricardo Amaral de Souza Cruz. 2 ed. São Paulo: Organização Andrei Editora LTDA. 2003. 435p.
- TIDEIKSAAR, R. **Caídas en ancianos, prevención y tratamiento.** 2 ed. Barcelona, Ed. Elsevier- Masson, 2005. 312 p.
- VARGAS, D.E.; REYES, S, et al. Opinión del anciano sobre la atención de enfermería. **Rev Enfermería IMSS.** v.8, n.9, p.91-94, 2000.
- VARELA, P.L.; CHÁVEZ, J.H.; GÁLVEZ, C.M.; MÉNDEZ, S.F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. **Rev. Med Hered** v.16, n.3, p.165-171, 2005
- VERAS, R. P. País **Jovem de Cabelos Brancos.** A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- VERAS, R. P. et al. **Novos Paradigmas do modelo assistencial no setor saúde:** Consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. 2002.
- _____. **Em busca de uma assistência adequada á saúde do idoso:** Revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cadernos de saúde pública, v.19, n.3, p.705-715, 2003.
- WESLEY, R. **Teorías y modelos de enfermería.** Traduc. Wesley, R. 2da ed. México: Springhouse Note. Ed. Mc Graw- Hill, 1995.
- WONG, R.; PELÁEZ, M.; PALLONI, A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: Su utilidad como indicador. **Rev. Panam Salud Pública.** v.17, n.5/6, p.323-32, 2005.

REFERÊNCIAS

WANG, H.H.; SHIAH, C.; WANG, R.H. Self-care and well-being model for elderly women: A comparison of rural and urban areas. **Kaohsiung J Med Sci.** v.20, n.2, p. 63-67, 2004

YEAKE, S.; MALJANIAN, R. Nurse caring behaviors and patient satisfaction. (Conducta y cuidado de enfermería, satisfacción del paciente). **JONA**, v.9, n.33, p3, 2003.

Apêndices

APENDICE A - Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria

Nombre del paciente.....

		Fecha		
Comer				
10	Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona			
5	Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.			
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona			
Lavarse (bañarse)				
5	INDEPENDIENTE. Capaz de lavarse solo, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.			
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.			
Vestirse				
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones, y colocarse otros complementos que precisa. (por ejemplo: braguero, corsé, etc.) sin ayuda.			
5	Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de tareas en un tiempo razonable.			
0	Dependiente.			
Arreglarse				
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, y limpiarse los dientes. Los complementos para ello pueden ser previstos por otra persona.			
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.			
Deposición				
10	Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio es capaz de administrárselo por sí solo.			
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.			
0	Incontinente. Incluye la administración de enemas o supositorios por otro.			
Micción (Valorar la situación en la semana pasada)				
10	Continente. Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En pacientes sondados incluye poder cambiar la bolsa solo.			
5	Accidente ocasional. Máximo uno en 24 horas, incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos.			
0	Incontinente. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.			
Ir al retrete				
10	Independiente. Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.			
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.			
0	Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda.			
Trasladarse sillón - cama				
15	Independiente. Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza sillas de ruedas se aproxima a la cama, frena, despara el apoyapiés, cierra la silla de ruedas, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volverse a la silla de ruedas sin ayuda			
10	Minima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento			

APÊNDICES

- 5 Gran ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar en la cama o desplazarse.
- 0 Dependiente. Necesita grúa o complemento alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

--	--	--

Deambulaci3n

- 15 Independiente. Puede caminar al menos 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc), excepto andador. Si utiliza pr3tesis, es capaz de pon3rselas y quit3rselas solo.
- 10 Necesita ayuda. Supervisi3n o pequea ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 m. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
- 5 Independiente en silla de ruedas en 50 m. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
- 0 Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado.

--	--	--

Subir y bajar escaleras

- 10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda o supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos.
- 5 Necesita ayuda. Supervisi3n f3sica o verbal.
- 0 Dependiente. Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

--	--	--

Puntuaci3n total			
------------------	--	--	--

APÊNDICE B. Instrumento para detecção do nível de Deterioro Cognitivo. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer em espanhol

Folio

--	--	--

Short Portable Mental Status (SPMSG) de Pfeiffer

1	En que día estamos. Día, mes y año?		
2	En que día de la semana estamos?		
3	En que lugar nos encontramos?		
4	Cual es el numero de teléfono que tiene? Cual es su dirección? (en caso de que no tenga teléfono)		
5	Que edad tiene?		
6	Cual es la fecha de su nacimiento?		
7	Como se llama el actual presidente de la republica?		
8	Como se llama el anterior presidente?		
9	Como se llama o lamaba su mama?		
10	Si de 30, restamos 3 cuantos quedan? Y si quitamos 3 más cuantos quedan? Y si quitamos 3 más cuantos quedan?		

0-2 Errores: Funcionamiento intelectual normal.

3-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario

8 a 10 errores: Déficit intelectual grave.

En los individuos de instrucción primaria se permite un error en forma adisonal.

Apêndice C- Instrumento da características e antecedentes do pacienteFolio

--	--	--

**Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería****CEDULA DE CARACTERISTICAS DEL PACIENTE****Instrucciones: Complete los espacios libres y en aquellas preguntas de opción múltiple, elija el número y coloque una (X), dentro del recuadro según la respuesta.****IDENTIFICACIÓN**

Fecha de recolección de información: _____ No de Cama _____

1. Cuantos años cumplidos tiene _____

2. Cual es la fecha de su Nacimiento: (día, mes, año) _____ / _____

3. Cual es el estado civil que actualmente tiene:

1	☐	Casado
2	☐	Unión libre
3	☐	Divorciado
4	☐	Separado
5	☐	Viudo
6	☐	Soltero

4. Hasta que año, estudio Usted.

0	☐	Ninguno	7	☐	Técnico
1	☐	Primero de primaria	8	☐	Secundaria
2	☐	Segundo de primaria	9	☐	Bachillerato
3	☐	Tercero de primaria	10	☐	Profesional
4	☐	Cuarto de primaria	11	☐	Otra
5	☐	Quinto de primaria	12	☐	Academia
6	☐	Sexto de primaria			

5. Cual es su ocupación actual?

1	☐	Labores del hogar
2	☐	Actividades personales
3	☐	Actividades recreativas
4	☐	Trabajo Informal
5	☐	Empleada
	☐	Jubilado(a)
	☐	Retirado(a)
	☐	Pensionado(a)
	☐	Otra. Cual?

ANTECEDENTS FAMILIARES

6. Vive sola (o) o acompañada?

APÊNDICES

1. Sola _____

2. Acompañada _____

7. Con cuantas personas vive? _____

8. Cuales son la o las personas con quien vive? _____

9. Cuantos hijos tiene actualmente? _____

10. Donde vivía antes de llegar al hospital

1	☐	Solo en casa
2	☐	Con la esposa en su casa
3	☐	En casa de un hijo
4	☐	En casa de nieto
5	☐	En casa de sobrino
6	☐	En casa de un hermano
7	☐	En casa de un primo
8	☐	En asilo
77	☐	No sabe

11. Donde va a vivir en cuanto salga del hospital

1	☐	Solo en casa
2	☐	Con la esposa en su casa
3	☐	En casa de un hijo
4	☐	En casa de nieto
5	☐	En casa de sobrino
6	☐	En casa de un hermano
7	☐	En casa de un primo
8	☐	En asilo
7	☐	No sabe

ANTECEDENTES DE SALUD

12. Cual es el problema de salud o enfermedad, por la que ingreso al hospital

1	☐	Problema respiratorio
2	☐	Descompensación diabética
3	☐	Diabetes Mellitas
4	☐	Pie diabético
5	☐	Problema cardio- vascular
6	☐	Problema neurológicos
7	☐	Fractura
8	☐	Insuficiencia renal

9	☐	Crisis hipertensiva
10	☐	Epoc
11	☐	HTA
	☐	
	☐	
	☐	
	☐	
	☐	

13. Tiene otro (s) problema (s) de salud adicionales al motivo que lo trajo al hospital:

1. Si _____ 2. No _____

Si la respuesta es No pase a la pregunta 14

14. Cual (es) son esos problemas de salud:

1	☐	Problema respiratorio
2	☐	Descompensación diabética
3	☐	Diabetes Mellitas
4	☐	Pie diabético
5	☐	Problema cardio- vascular
6	☐	Problema neurológicos
7	☐	Fractura
8	☐	Insuficiencia renal

9	☐	Crisis hipertensiva
10	☐	Epoc
11	☐	HTA
12	☐	
14	☐	
15	☐	
	☐	
	☐	

15. Tomaba medicamento (s) antes de venir al hospital. 1. Sí _____ 2 NO _____

Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 16

16. Que medicamentos tomaba? _____

17. Estuvo hospitalizado el año pasado? 1.Sí _____ 2.No _____

Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 18

18. Cual (es) fueron las causas _____

APÊNDICES

19. Cuantos días estuvo en el hospital internado? _____

20. Antes de venir al hospital, Usted usaba:

	Aditamento	Desde cuando?	Usa actualmente		
			Sí	No	Ausencia temporal por internamiento
1	Bastón				
2	Andadera				
3	Silla de ruedas				
4	Muletas				
7	Lentes				
9	Otro. Cual? _____				

21. Antes de llegar al hospital, le ayudaba alguien para realizar algunas actividades como comer, orinar, ir al retrete, sentarse, caminar, etc. 1.Sí _____ 2. NO _____

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 21

22. Quien le ayudaba para su cuidado? _____

23. Tiene alguna dificultad actualmente para :

a.	Ver de cerca?	1.Si _____	2.No _____
b.	Ver de lejos?	1.Si _____	2.No _____
c.	Escuchar?	1.Si _____	2.No _____
d.	Levantarse de la cama	1.Si _____	2.No _____
e.	Caminar?	1.Si _____	2.No _____

24. Como considera su salud general?

1	Excelente
2	Buena
3	Regular
4	Mala
5	Muy mala

25. Cual es su domicilio actual.

Calle	No exterior
No interior	Colonia
Ciudad	Municipio
Estado	Teléfono

Cual es el domicilio donde Usted va a vivir, en cuanto salga de este hospital.

Calle	No exterior
No interior	Colonia
Ciudad	Municipio
Estado	Teléfono

26. Tiene familiar o acompañante en la habitación actualmente.

1. Si _____ 2. No _____

27. Quien es la persona que lo(a) acompaña .

1.Hija	2.Hijo	3.Esposa	4 Esposo	5 Nieta	6Nieto	7 Nuera	8 Yerno	R
--------	--------	----------	----------	---------	--------	---------	---------	---

APÊNDICE D- Instrumento de Avaliação de Índice de Barthel aplicado au expertos

Instrumento para evaluación de Jueces
Universidade Sao Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de Guanajuato
Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya

Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Escuela de Enfermería

San Luis Potosí, _____ de Enero 2007

Estimado Profesor. _____

Con el objetivo de fortalecer la mejora en el cuidado que se brinda a las mujeres ancianas al ser hospitalizadas, se esta desarrollando una investigación en la población que se interna en el Hospital Central, y que tiene por objeto:

1. Comprobar el impacto de una intervención comunicativa de enfermería, bajo el modelo de Freire en la capacidad funcional a través de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de las pacientes adultas mayores que han sido hospitalizadas, 2. Detectar el deterioro en las ABVD en los pacientes hospitalizados en el dos grupos de población, al inicio y al termino del periodo de hospitalización, 3. Implementar una intervención comunicativa en las pacientes seleccionadas, 4. Identificar el nivel capacidad funcional en las ABVD de las pacientes hospitalizadas en el grupo control y caso en, los periodos previos al internamiento, a las 48 horas de ser hospitalizada y en el periodo de post-hospitalización, 5. Identificar el cambio producido por la intervención, en el nivel de capacidad funcional en las ABVD en las pacientes del grupo caso, en comparación con el grupo control, 6. Identificar las características personales y antecedentes de las adultas mayores del estudio y las características de su contexto al egreso del hospital.

Este estudio es parte de la tesis doctoral, que esta siendo desarrollada dentro del Programa de Doctorado de Enfermería Fundamental de la Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto, con sede en Brasil.

Para tal efecto, se considera utilizar el **Instrumento Índice de Barthel**, que mide *10 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)*, validado en el país de origen (EEUU) y vuelto a validar en España en castellano. Sin embargo el propósito ahora es realizar una adaptación cultural en México.

De acuerdo a lo anterior, se considera necesario el análisis del instrumento por personas con reconocido prestigio del conocimiento en el área; experto lingüista del castellano en México; de la lengua utilizada en España, y así poder apoyar la adaptación cultural, verificar la equivalencia intercultural del instrumento para su aplicabilidad en México, mismo que se aplica tanto al paciente como al cuidador, mediante entrevista o encuesta.

Por lo anterior solicito su colaboración como experto para la evaluación del Instrumento Índice de Barthel, con el seguimiento de las indicaciones que se dan.

De aceptar colaborar, solicito a Usted que a continuación de su autorización por escrito.

Nombre _____

Firma _____

ORIENTACIONES PARA LA EVALUACIÓN

Se solicita que se lea como un todo en forma cuidadosa las preguntas que se presentan y después cada uno de los 10 preguntas, analizando la claridad vocabular de cada ítem, calificando según su conocimiento y/o experiencia con el dominio de la lengua y contenido en el contexto para México, colocando una **(X)**, sobre alguna de las tres categorías en los recuadros sombreados a elegir para cada ítem; y de considerar, alguno de ellos no claro, favor de indicar el vocablo (subrayándolo en la frase) y colocando el que sugiera y que sustituya para ser entendible, en la línea abajo.

1. Comer

- 10** Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Come en un tiempo razonable
- 5** Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.
- 0** Dependiente

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

2. Lavarse

- 5** Capaz de lavarse entero, usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona
- 0** Dependiente.

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

3. Vestirse

- 10** Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse, y colocarse otros complementos sin ayuda.
- 5** Necesita ayuda y el realiza al menos la mitad de las tareas en tiempo razonable.
- 0** Dependiente.

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

4. Arreglarse

- 5** Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes.
- 0** Dependiente.

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

5. Deposición

- 10** Continente, ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio, se lo administra el solo.
- 5** Ocasional. Un episodio de incontinencia. Necesita ayuda para enema o supositorio
- 0** Incontinente

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

APÊNDICES

6. Micción

- 10** Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo a su cuidado.
- 5** Ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de sonda o colector.
- 0** Incontinente.

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

7. Usar el retrete

- 10** Independiente. Usa retrete, bacinilla o cuña, sin ayuda y sin manchar. Si va al retrete, se quita y se pone la ropa, se sienta y se levanta sin ayuda, se limpia y tira de la cadena.
- 5** Necesita ayuda pequeña para mantener el equilibrio, quitar y poner la ropa, pero se limpia solo.
- 0** Dependiente.

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

8. Trasladarse (sillón/ cama)

- 15** Independiente.
- 10** Mínima ayuda física o supervisión.
- 5** Gran ayuda (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda.
- 0** Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado.

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

9. Deambular

- 15** Independiente. Camina solo 50 mts, puede ayudarse con bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis, es capaz de quitarse y ponérselas.
- 10** Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 mts.
- 5** Independiente en silla de ruedas sin ayuda, ni supervisión.
- 0** Dependiente.

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

10. Escalones

- 10** Independiente, para subir y bajar un piso, sin supervisión o ayuda de otra persona
- 5** Necesita ayuda física o supervisión de otra persona.
- 0** Dependiente.

No Claro	Sin opinión	Claridad en el contenido
-1	0	+1

APÊNDICE E- Instrumento definitivo Índice de Barthel com adaptação cultural no México

Folio

--	--	--

Actividades básicas de la vida diaria INDICE DE BARTHEL

Instrucciones. Interrogue en cada una de las 10 actividades básicas de la vida diaria de acuerdo a la periodicidad que corresponda, de las ocasiones a evaluar (cumpliendo las 48 horas de internamiento, se aplicara 3 veces: informaciones de 2 semanas antes de haber llegado al hospital; posteriormente como estaba al ingreso y después en ese momento. La segunda ocasión será en el momento del egreso del hospital y por último al completar 15 días después del egreso). Dando lectura a las preguntas en forma textual, y de acuerdo alas respuestas del paciente, colocara en el recuadro de la derecha, el número que corresponde al valor de la categoría que concuerde con la respuesta del paciente.

No de cama _____

		Fecha				
		Ant es	Ingre so	48 hrs	Egres o	Pos
Activ/ Puntuación	Criterios					
1 Puede trasladarse de la cama a la silla, solo(a)?						
15	Independiente. Solo se traslada del sillón o silla a la cama.					
10	Mínima ayuda física o supervisión para trasladarse de del sillón a la cama.					
5	Gran ayuda para trasladarse del sillón a la cama (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda.					
0	Dependiente. Necesita ayuda de dos personas o grúa; incapaz de mantiene sentado por si solo.					
2 Puede caminar, Usted solo(a)?						
15	Independiente. Camina solo 50 metros, puede ayudarse con bastón, muletas o andador. Si utiliza prótesis, es capaz de quitárselas y ponérselas.					
10	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.					
5	Independiente. Se traslada en silla de ruedas sin ayuda, ni supervisión.					
0	Dependiente, Para su traslado con o sin silla de ruedas, requiere que lo lleven.					
3 Puede comer Usted, solo(a)?						
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo, en menos de 45 minutos.					
5	Come solo, pero necesita ayuda para cortar la carne o la tortilla, untar la mantequilla.					
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.					
4 Puede vestirse Usted, solo(a)?						
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abrocharse los botones, o subir el cierre y colocarse otros prendas sin ayuda.					
5	Necesita ayuda para la mitad de las tareas para vestirse.					
0	Dependiente. Necesita ayuda para más de la mitad de las tareas para vestirse.					

APÊNDICES

5 Para subir y bajar escalones Usted, Solo(a)?						
10	Independiente, para subir y bajar escaleras, sin ayuda de otra persona o supervisión.					
5	Necesita ayuda física o supervisión de otra persona para subir o bajar escaleras.					
0	Dependiente, No sube o baja escalones.					
6 Puede bañarse Usted, solo(a)?						
5	Independiente. Capaz de bañarse solo, usando la regadera o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona.					
0	Dependiente. Requiere de ayuda o supervisión para bañarse.					
7 Puede lavarse las manos Usted, solo(a)?						
5	Independiente. Solo se lava las manos o la cara, se peina, lava la boca, o se rasura.					
0	Dependiente. Requiere ayuda para su arreglo personal.(lavado de manos, cara, peinarse o rasurarse)					
8 Siente cuando quiere orinar, siempre?						
10	Continente. Sin episodios de incontinencia urinaria. Si necesita sonda o pato, es capaz de atender solo a su cuidado.					
5	Ocasional. Orina sin sentir, por lo meno una vez en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de sonda o colector de orina.					
0	Incontinente. Orina sin sentir, más de una vez en 24 horas.					
9 Siente cuando quiere evacuar o hacer popo, siempre?						
10	Continente, ningún problema de incontinencia para evacuar. Si necesita enema o supositorio, se lo administra el solo.					
5	Ocasional. Evacuar sin sentir por lo menos 1 vez por semana. Necesita ayuda para enema o supositorio.					
0	Incontinente, evacua sin sentir por lo menos una vez en 24 horas.					
10 Puede Usted solo(a), usar el escusado o comodo?						
10	Independiente. Usa escusado, bacinilla o cómodo, sin ayuda y sin manchar. Si va al escusado, se quita y se pone la ropa, se sienta, se levanta sin ayuda, y se limpia.					
5	Necesita ayuda mínima para mantener el equilibrio, quitar y poner la ropa, pero se limpia solo.					
0	Dependiente. Incapaz de usar el escusado, bacinilla o cómodo por si solo.					
	Puntuación total					
Fuente de información						
Responsable 1 Fidel 2 Martha G Segovia						

Fuente de información: 1=Paciente 2=Familiar 3 Enfermero

Observaciones_____

APÊNDICE F- Consentimento Informado de os pacientes aplicado na proba piloto

Folio

--	--	--

Me presento ante Usted como Martha Graciela Segovia Díaz de León y como alumna de un estudio de doctorado en enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Guanajuato y de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto en Brasil, informo que actualmente realizo un estudio.

Invito a Usted:

A participar en el presente estudio que se realizará con relación a la participación de un grupo de pacientes donde usted fue elegido, y recibirá la atención que habitualmente brinda el personal de enfermería aquí. Su participación consiste en dar a conocer como realiza sus actividades de la vida diaria ahora y 2 semanas después.

Hago relevante, de decir a Usted que la información que me brinde, y los datos que recolecte de Usted, será presentados en forma conjunta, con la de un grupo de pacientes que también van a participar, sin saber NADIE que la información corresponde a Usted ya que en ningún documento escribirá su nombre, lo que garantiza su participación en forma anónima.

Su participación en este estudio es voluntaria y deberá poner por escrito su aceptación, sin embargo tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin ser afectada en el cuidado que actualmente recibe. Se considera que el beneficio directo es que se tendrá información para que se le de seguimiento a su cuidado, además daré a Usted la orientación que me pida y este a mi alcance en la última entrevista que tenga con Usted.

Doy a conocer que si Usted tiene alguna duda acerca de su participación, tendrá la información por mi parte y que el propósito del presente estudio es conocer las actividades básicas que realiza. Y una vez que termine el estudio, y si es de su interés, pondré a su disposición, los resultados finales, en forma global.

Firma de aceptación del informante.

*Datos del responsable del estudio.
Martha Graciela Segovia Díaz de León.
Xicotencatl No. 416. San Luis Potosí, SLP.
Tel celular 04444-46-57-74-85
Tel particular 8126544, Tel of 8-26-23-24*

APÊNDICE G - INTERVENÇÃO COMUNICATIVA.

INTRODUÇÃO

A intervenção educativa é assumida pela enfermeira, no papel de educadora dos pacientes idosos hospitalizados, e está baseado na pedagogia de Paulo Freire. O objetivo é que o paciente hospitalizado assuma e adquira conhecimentos por meio da educação dialógica. Para tanto, são organizados diálogos para a obtenção dos temas geradores que tenham significado e possam ser incorporados dentro das atividades básicas da vida diária. Para tanto, os indivíduos devem, primeiro analisar sua experiência (vivência) e afastar-se dela, isso lhes permitirá criar e recriar, analisar e refletir sua história e evidenciar, ter e executar sua potencialidade de mudança.

OBJETIVOS

Aplicar uma intervenção educativa em um grupo de pacientes hospitalizados, na qual procura-se propiciar o encontro entre as vivências dos diferentes participantes para promover a conscientização de suas ABVD antes, durante e após a hospitalização. O objetivo é que os indivíduos assumam a responsabilidade de sua participação e conheçam os recursos com os quais conta para minimizar sua dependência nas ABVD, assim, busca-se gerar um encontro com expectativas no autocuidado ou ajuda no cuidado, as quais serão avaliadas e comparadas com outro grupo de estudo.

METODOLOGIA

Um plano de intervenção educativa que será desenvolvido pela enfermeira junto aos pacientes. Inicialmente o facilitador buscará conscientizar os participantes, de forma individualizada, sobre seu processo e vivência relacionada com as atividades básicas da vida diária. O facilitador procurará motivar a exploração dos significados dessas atividades na vida diária, o que permitirá a inclusão do paciente no plano do grupo.

Por meio do plano grupal e dos diversos encontros, no período de hospitalização, a enfermeira como facilitadora deverá oferecer o apoio necessário aos participantes para explorar as ABVD referidas por Barthel.

A intervenção grupal inicia com a exploração do esforço totalizador da prática humana, após serem adotados os elementos de força interna e utilizar os recursos disponíveis, e busca no seu interior do mundo "total", assim exercendo a prática da liberdade. O sujeito se descobre, conquista e reflete como sujeito do seu destino histórico, origina-se um movimento interno que unifica os elementos do método e os amplia. O humanismo pedagógico por meio da consciência.

Dentro do método, o ponto de partida é a palavra, o universo do vocabulário do indivíduo que, uma vez transfigurado pela crítica, volta novamente a ele como ação transformadora. As palavras, chamadas de geradoras, são significados constituídos pelos seus comportamentos, os quais configuram situações existenciais ou se configuram dentro delas. Tais significados são codificados por meio de falas, quadros, fotografias, slides e filmes representativos das respectivas situações e, que da experiência de vida do indivíduo passam ao mundo dos objetos, ganha distância para ver sua experiência, a "admira" e começa a decodificar.

Em um segundo momento, após a conscientização, esta mesma, reproduz e manifesta o processo histórico no qual o homem se reconhece por meio da recodificação.

A decodificação é a análise e, conseqüentemente, a reconstituição da situação vivida: reflexo, reflexão e abertura sobre as possibilidades concretas de ir além. O imediato da experiência mediada pela objetivação se torna evidente, no interior, refletindo sobre si mesma e é uma crítica anunciadora de outros projetos existenciais.

APÊNDICES

Em um terceiro momento, tornam-se possíveis vários caminhos (projetos possíveis), não somente a consciencição, que representa conhecimento ou reconhecimento, mas também, a opção, decisão ou compromisso por meio da consciência que pode tornar-se uma crítica.

A consciência torna-se crítica, já que ao objetivar seu mundo, o indivíduo se encontra consigo mesmo, reencontra-se com ele e com os outros companheiros que formam parte do seu círculo e cultura. Encontra-se e reencontra-se em um mundo comum e de coincidências das intenções que os objetivos, surge a comunicação, o diálogo que faz uma crítica e promove que os participantes, juntos recriam novamente o mundo, razão pela qual, cada um aprende, com reciprocidade de consciências, a partir de um coordenador (a enfermeira) que fornece informações solicitadas, e propicia condições favoráveis à dinâmica de grupo, reduzindo ao mínimo sua participação dentro do diálogo.

A codificação e recodificação permitem ao indivíduo integrar a significação das palavras geradoras, em seu contexto existencial, mundo, pensamento e história.

Quando o homem faz uso da palavra, torna-se consciente de sua condição humana na qual se constitui. Ou seja, constitui a consciência ao se distanciarem as coisas para torná-las presentes, transformando seu mundo em um mundo humano e transformando um meio físico em um mundo humano.

ORGANIZAÇÃO

Após a seleção dos participantes e ter cumprido as 48 horas de participação, será agendada a primeira visita pelo investigador, com o objetivo de estabelecer um diálogo sobre o que significou para ele participar dos encontros e sobre a realização das ABVD.

O encontro será de forma individual a primeira vez, e terá uma duração aproximada de 30 a 40 minutos, a qual dependerá das condições e disposição do paciente para realizar as atividades no período vespertino.

No seguinte dia será organizada a integração do grupo no qual serão incluídos todos os participantes, iniciando o diálogo com os temas geradores, propostos pelos integrantes nos encontros individuais com o investigador. O objetivo será provocar o diálogo e exposição de relatos de algum membro do grupo, estimulando-se a participação ativa dos ouvintes e constante reflexão (consciência de si mesmo); simultaneamente as idéias serão organizadas pelo facilitador (o enfermeiro) em material expositivo e colocado a disposição de todos os membros do grupo, além de as falas. O encontro acontecerá organizando-se os pontos-chave e elementos principais para o próximo encontro.

Durante a exposição e a interlocução, será apresentado um colaborador que auxiliará na gravação das intervenções, com o objetivo de facilitar a organização de material visual, afim de que nos próximos encontros, os participantes utilizem-se de figuras para expor suas expectativas e analisem sua própria realidade.

Será realizado um novo encontro, cujo objetivo será que os participantes exponham suas idéias e projetos alcançados, após reflexão, idealização e potencialização de seus recursos em relação a suas necessidades.

CONTROLE

O auxiliar do encontro será responsável, também pelo controle ativo das análises de todos os participantes. Essas informações serão registradas em uma folha de controle para cada participante. Contendo, também a lista das ABVD, o que permitirá identificar o progresso de cada participante nos diferentes encontros.

APÊNDICE H – CONCENTIMIENTO INFORMADO DO PACIENTE DE GRUPO CONTROLE

Folio

--	--	--

Me presento ante Usted como ENFERMERO colaborador de Martha Graciela Segovia Díaz de León quien esta realizando actualmente un estudio de doctorado de enfermería de Brasil y México, sobre las ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA en pacientes como Usted.

Invito a Usted:

A participar en el presente estudio que se realizara en relación a la participación de un grupo de pacientes donde usted fue elegido y recibirá la atención que habitualmente brinda el personal aquí.

Su participación consiste en *dar a conocer como realizaba sus actividades de la vida diaria*, 2 semanas antes de venir aquí; cuando llego al hospital, cómo las realiza ahora; además queremos que nos de información al momento de que se vaya del hospital y 2 semanas después, cuando regrese a consulta a su revisión, o bien en casa.

Hago relevante de decirle, que la información que me brinde Usted, será presentada en conjunto con la de un grupo de pacientes que también van a participar, sin saber NADIE que la información corresponde a Usted, ya que en ningún documento escribirá su nombre, lo que garantizara su participación en forma anónima.

Su participación en este estudio es voluntaria y deberá poner por escrito su aceptación con su firma o huella, sin embargo podrá dejar de participar en el estudio, sin ser afectada en el cuidado y tratamiento que actualmente recibe, si así lo decide. Se considera que el beneficio directo es que tendrá la orientación que solicite y este a nuestro alcance en la última entrevista que tenga con Usted, para que continúe su recuperación.

Doy a conocer que si tiene alguna duda acerca de su participación, tendrá la información por mi parte y aclaro que el propósito del presente estudio es conocer las actividades básicas que realiza. Y una vez que termine el estudio, y si así es de su interés, pondré a su disposición, los resultados finales, en forma global.

Firma de aceptación del informante.

*Datos del responsable del estudio.
Martha Graciela Segovia Díaz de León.
Xicotencatl No. 416
San Luis Potosí, SLP.
Tel celular 044444140419
Tel particular 8126544 Tel de oficina. 8262324
Tel particular 8126544, Tel of 8-26-23-24*

APÊNDICE I- CONCENTIMENTO INFORMADO DO PACIENTE DO GRUPO EXPERIMENTAL

Folio

--	--	--

Me presento ante Usted como colaborador de la Enfermera Martha Graciela Segovia Díaz de León quien esta realizando actualmente un estudio de doctorado de enfermería de Brasil y México, sobre las ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA en pacientes como Usted, como pacientes de este hospital.

Invito a Usted:

A participar en el presente estudio que se realizará en relación a la participación de un grupo de pacientes donde usted fue elegido, y es importante conocer información de Usted de cómo puede o no realizar su autocuidado, o es apoyado para ello.

Su participación consiste en dar a **conocer como realizaba sus actividades de la vida diaria**, 2 semanas antes de venir aquí; cuando llego al hospital; como las realiza ahora; además queremos que nos de información al momento de que se vaya del hospital y 2 semanas después, cuando regrese a consulta. Hago relevante de decirle, que la información que me brinde Usted, será presentada en conjunto, sin saber NADIE que la información corresponde a Usted, ya que en ningún documento escribirá su nombre, lo que garantizara su participación en forma anónima.

Pero adicionalmente participaremos con Usted y con un grupo de pacientes mientras este en el hospital para ver asuntos de su auto- cuidado durante el tiempo que este aquí, y también en la consulta externa cuando sea citado, o de lo contrario que nos permita realizar una visita en casa.

Su participación en este estudio es voluntaria y deberá poner por escrito su aceptación con su firma o huella, sin embargo podrá dejar de participar en el estudio, sin ser afectada en el cuidado y tratamiento que actualmente recibe, si así lo decide. Se considera que el beneficio directo es que tendrá una interlocución con los pacientes y su propia familia y la orientación que solicite y este a nuestro alcance, para la recuperación de su salud dentro y fuera del hospital.

Doy a conocer que si tiene alguna duda acerca de su participación, tendrá la información por mi parte y aclaro que el propósito del presente estudio es conocer las actividades básicas que realiza. Y una vez que termine el estudio, y si así es de su interés, pondré a su disposición, los resultados finales, en forma global.

Firma de aceptación del informante.

Datos del responsable del estudio.
Martha Graciela Segovia Díaz de León.
Xicotencatl No. 416
San Luis Potosí, SLP.
Tel celular 0444441404419
Tel particular 8126544

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Comité de Ética

ANEXO A – Autorização do Comité de Ética

HOSPITAL CENTRAL
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

23 de Enero de 2007.

MTRA. MARTHA GRACIELA SEGOVIA DIAZ DE LEÓN
INVESTIGADOR PRINCIPAL.
PRESENTE.

Por este conducto se les comunica que en la reunión del 11 de enero del año en curso, el Comité de Investigación y Ética de esta Institución, revisó, aprobó y registró con el número 07 – 07, su protocolo titulado:

"Impacto de una Intervención Educativa para la mejora de las Actividades Diarias de los Adultos Mayores Posthospitalizados".

Ruego a Ustedes comunicarnos la fecha de inicio de su proyecto, así como el informe final pertinente.

Atentamente

Dr. Carlos Gilberto Alonso Rivera
Secretario del Comité de Investigación y Ética

*Recibe
Seguimiento
24/01/06
13:50*

www.sanluispotosi.gob.mx

Av. Venustiano Carranza No. 2395 zona Universitaria C.P. 78240
Tel: (444) 811-2592 Fax: 813-5520 e-mail: hcadmon@prodigy.net.mx

ANEXOS

ANEXO B- Autorização para uso del instrumento Indice de Barthel

ANEXOS

ANEXO C- Constancia de Curso para implementación de pedagogía de Paulo Freire.