

“Casos sociais” em internamento hospitalar: caracterização de uma população particular

“Social service cases” admitted in an Internal Medicine Department: characterization of a special population

Anneke Joosten, Vania Sacramento, Célia do Carmo, Paula Pona, Fátima Campante

Resumo

Introdução: O internamento prolongado após à alta clínica pela ausência de resolução da situação social, em particular nos doentes mais idosos, é uma realidade do dia-a-dia nos hospitais vocacionados para patologia aguda. **Objectivos:** Avaliar as características demográficas e clínicas dos “casos sociais” internados num Serviço de Medicina Interna e o impacto da hospitalização prolongada na demora média de internamento. **Material e métodos:** Análise retrospectiva com revisão de todos os processos clínicos dos “casos sociais”, entre Janeiro e Dezembro de 2008. **Resultados:** A amostra é constituída por 120 doentes com média de idade de 75,7 anos, sendo a distribuição por sexo equitativa. A maioria dos doentes vivia acompanhada antes de serem internados. Um quarto dos doentes apresentava, à admissão, história prévia de acidente vascular cerebral. A percentagem de doentes acamados no domicílio foi de 19,2%. O acidente vascular cerebral isquémico constituiu o principal motivo de internamento. A demora média de internamento foi de 15 dias, passando para 23 dias, quando se inclui o período de situação social. Quanto ao grau de dependência à data de alta a maioria dos doentes ficou totalmente dependente de terceiros nas actividades básicas de vida diária ao longo do internamento. Trinta e quatro doentes foram referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. **Conclusão:** Com o processo acelerado de envelhecimento da população os hospitais precisam de se preparar para acolher o doente envelhecido e dependente. O declínio da capacidade de auto-cuidado dos doentes durante um internamento constituiu um entrave importante à sua reinserção no domicílio e círculo social.

Palavras chave: “casos sociais”, envelhecimento, tempo de internamento, capacidade funcional

Abstract

Background: Prolonged hospital stay after discharge because of social problems, especially in elderly patients, is an everyday reality for acute care hospitals. **Objectives:** The aim of this study was to determine demographic and clinical features of all “social service cases” who were hospitalized in our internal medicine ward and to evaluating the impact of prolonged hospitalization on total length of hospital stay. **Patients and Methods:** A retrospective analysis of charts was conducted of all “social service cases” who were hospitalized in our department of Medicine between January and December of 2008. **Results:** We included 120 patients with a mean age of 75.7 years and equal gender distribution. The majority of patients lived accompanied at the time of admission. A quarter of patients had a medical history of ischemic stroke. The frequency of bedridden state, before admission, was 19.2%. Acute ischemic stroke was the commonest primary diagnosis. The mean length of hospital stay was 15 days and increased to 23 days for nonmedical reasons (social problems). At discharge the majority of patients presented a high degree of dependency for basic activities of daily living. Thirty four patients were discharged to “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” [National Network for Integrated Continuous Care]. **Conclusion:** Acute care hospitals must prepare themselves for the needs of an ageing population. Functional decline among hospitalized patients is common, and often a major obstacle in the reintegration into society.

Key words: “social service cases”, aging population, length of hospital stay, functional capacity

INTRODUÇÃO

Muitos hospitais são confrontados, hoje em dia, com o facto de o doente ter alta clínica, mas permanecer internado. São vários os cenários que se podem encontrar na base destas situações. Face a uma nova condição clínica, muitos doentes não têm local para onde regressar, ou porque os familiares não têm forma nem recursos para receberem o doente no seu domicílio, ou porque são pessoas previamente sem grande suporte social. São os chamados “casos sociais”. Na maioria dos casos estes doentes são idosos com

Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Barreiro Montijo – Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro
Recebido para publicação a 29.09.11
Aceite para publicação a 18.06.12

múltiplas co-morbilidades, grau de dependência elevado e uma frágil rede de apoio familiar e/ ou social. Estima-se que em 2050 um quarto da população mundial será composta por idosos. Portugal acompanha essa tendência e de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) o envelhecimento demográfico de 1960 a 2001 traduziu-se por um decréscimo em cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Cerca de 9% das famílias unipessoais recenseadas em 2001 eram constituídas por pessoas com idade superior a 65 anos.

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado com doenças e perda de independência, existem diversos estudos que demonstraram que as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos apresentam taxas de internamento hospitalar mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada e uma recuperação mais lenta e complicada.^{1,2} Além disso, a hospitalização do doente idoso, mesmo de curta duração, resulta frequentemente numa importante deterioração na capacidade funcional e autonomia, muitas vezes de forma irreversível.³

Os autores propuseram-se, com o presente trabalho, a rever os internamentos designados por “casos sociais” durante o período de um ano, caracterizando principalmente:

- 1) A prevalência deste grupo de doentes num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Distrital e as suas características demográficas e clínicas;
- 2) O impacto da hospitalização prolongada na demora média de internamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Efectuou-se um estudo descritivo, retrospectivo dos processos clínicos de todos os doentes internados no Serviço de Medicina, no período de Janeiro a Dezembro de 2008. A amostra do estudo foi constituída pelos “casos sociais” definidos como: doentes que foram referenciados ao Serviço Social durante o internamento e que permaneceram internados após alta clínica, por não resolução da componente social. Pretendeu-se estudar os seguintes parâmetros:

- Características demográficas - sexo, idade, estado civil e tipo de residência em ambulatório;
- Características clínicas – diagnóstico principal, co-morbilidades;

- Evolução durante o internamento – grau de dependência para as actividades básicas de vida diária (ABVDs) e intercorrências;

- Duração do internamento e destino após alta.

As ABVDs, parâmetro avaliado pelos enfermeiros à data de alta, incluíram quatro actividades: higiene pessoal/ vestir-se, mobilizar-se, alimentar-se e continência dos esfínteres. O grau de dependência foi classificado em “independente” (o doente não precisa de ajuda nas ABVD’s), “parcialmente dependente” (o doente necessita de alguma ajuda e supervisão de enfermeiro, independentemente de se encontrar acamado) ou “totalmente dependente” (o doente que é incapaz de assegurar as ABVD’s e que precisa de presença contínua de enfermeiro).

QUADRO I

Características demográficas da população

	Casos sociais (n=120)
Idade, anos (DP)	75,7 (±12,4)
Masculino	73,2
Feminino	78,6
Faixa etária (%)	
≤ 64 anos	16,7
65-74 anos	23,3
75-84 anos	31,7
≥ 85 anos	28,3
Sexo (%)	
Masculino	50,0
Feminino	50,0
Estado civil (%)	
Solteiro	2,5
Viúvo	20,0
Casado	46,7
Divorciado	2,5
Sem dados	28,3
Tipo de residência em ambulatório (%)	
Vivem sós	24,1
Vivem com cônjuge	46,7
Vivem com familiar	16,7
Institucionalizados	2,5
Sem dados	10,0

QUADRO II**Distribuição das actividades básicas da vida diária/ grau de dependência**

ABVD	n	%
Higiene pessoal, vestir-se		
Independente	2	1,7
Parcial	24	20,0
Total	94	78,3
Locomoção e mobilidade		
Independente	2	1,7
Parcial	29	24,2
Total	89	74,1
Alimentar-se		
Independente	11	9,1
Parcial	41	34,2
Total	68	56,7
Continência		
Independente	4	3,3
Parcial	25	20,9
Total	91	75,8

RESULTADOS

No período considerado, o número total de internamentos no Serviço de Medicina foi de 1460 (número total de camas: 48), sendo a demora média de internamento 10,7 dias. Os “casos sociais” corresponderam a 8,2% da totalidade de internamentos do Serviço.

No *Quadro 1* estão descritas as características demográficas da população seleccionada. Observou-se uma distribuição equitativa dos sexos. A idade média foi de 75,7 anos (mínimo 41; máximo 93), tendo 83,3% dos doentes uma idade igual ou superior a 65 anos. A idade média da população masculina era de 73,2 anos, e da população feminina era de 78,6 anos.

Relativamente ao tipo de residência em ambulatória, verificamos que a maioria dos doentes viviam com o companheiro, 24,1% residiam sozinhos e 2,5% encontravam-se institucionalizados.

A análise da proveniência dos doentes, revelou que todos foram internados directamente pelo Serviço de Urgência. O acidente vascular cerebral constituiu o motivo principal de internamento (50%) seguido pelas doenças infecciosas, como a infecção do tracto urinário e a infecção das vias aéreas inferiores (28,0%).

Entre as co-morbilidades, as mais encontradas foram: hipertensão arterial (50%), Diabetes mellitus tipo 2 (28,3%) e história prévia de acidente vascular cerebral (25%), o qual condicionou, em 56,7% destes doentes, a presença de sequelas motoras permanentes. De destacar que 19,2% dos doentes encontravam-se previamente acamados no domicílio.

No *Quadro 2*, ao avaliar as ABVDs no momento da alta, verificou-se que a maior parte dos doentes precisava de ajuda total de terceiros nas suas actividades básicas diárias.

Vinte doentes tiveram alta agaliados e doze doentes com sonda nasogástrica para alimentação e administração de medicamentos. Do total de doentes 50% encontrava-se acamado no dia de alta.

A demora média de internamento destes doentes foi de 15 dias (mínimo 3, máximo 66). Se contabilizarmos o total de dias de internamento até alta efectiva, ou seja, saída da instituição, este valor passa para 23 dias (mínimo 7, máximo 179). A *Fig. 1* representa a distribuição do número de doentes pelos dias de permanência em situação social. Após a alta clínica, 54 (45,0%) doentes estiveram internados por duração igual ou inferior a 3 dias, 35 (29,2%) entre 4 e 7 dias, 11 (9,2%) entre 8 e 14 dias, 10 (8,3%) entre 15 e 21 dias e 10 (8,3%) mais do que 22 dias. O internamento mais prolongado, de 179 dias, registou-se numa doente, que foi internada por acidente vascular cerebral isquémico.

Em relação às intercorrências surgidas após alta clínica, registou-se infecção nosocomial em 12 doentes; infecção do tracto urinário (9) e pneumonia (3).

Quanto ao destino dos doentes, verificámos que 46,2% tiveram alta para o domicílio e 17,2% para instituições (Lar de idosos). 28,3% dos doentes foram referenciados a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Deste último grupo, verificou-se que o maior número de doentes (57,7%) foi referenciado para a equipa de cuidados continuados integrados, que presta cuidados em contexto domiciliário, 15,5% para uma Unidade de Longa Duração e Manutenção, 3,8% para uma Unidade de Convalescência, 19,2% para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação, 3,8% para uma Unidade de Cuidados Paliativos. Registaram-se 3 óbitos. Desconhece-se o destino após a alta em 7 doentes.

DISCUSSÃO

Neste estudo a percentagem de doentes nos quais

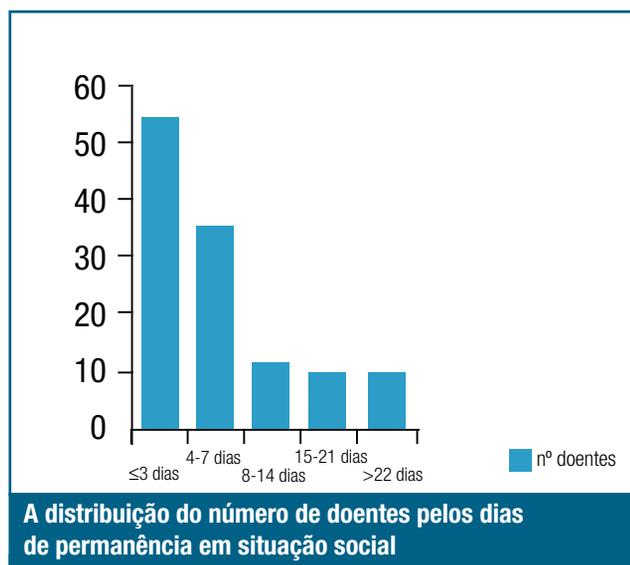


FIG. 1

surgiram problemas do foro social durante o internamento, impedindo a saída do hospital na data de alta, foi de 8,2%. Verificámos que 83,3% destes doentes eram idosos, de acordo com a definição preconizada pela Organização Mundial de Saúde para países desenvolvidos: idade igual ou superior a 65 anos. Não se verificou predomínio de género na população estudada.

A avaliação da situação social antes do internamento revelou que 87,5% dos doentes viviam no domicílio à data do internamento sendo que a maioria vivia acompanhada. Neste estudo, verificou-se que, à data de alta, “apenas” 46,2% dos doentes regressou ao domicílio. Esta discrepância pode estar relacionada com o facto de o companheiro do doente ser igualmente idoso, prevendo-se que não tenha capacidade de se tornar cuidador no momento da alta. No caso dos doentes que viviam no domicílio acompanhados por familiares será importante fazer referência à estrutura familiar da sociedade actual em que há pouco apoio aos idosos e suas necessidades. Muitas famílias não possuem uma estrutura suficiente para manter e dar apoio a um doente debilitado no ambiente familiar. Para além disso, segundo dados do INE, as famílias constituídas maioritariamente por idosos têm vindo a aumentar nos últimos anos o que pode indicar um acentuar da fragilidade desta situação.

No presente trabalho observou-se que, como seria de esperar face às características da população em causa e tendo em conta as principais patologias que levaram ao internamento, a maioria dos doentes caracterizava-

-se por um elevado grau de dependência à data de alta clínica, com percentagens muito elevadas de dependência total em todas as actividades básicas de vida diária avaliadas pelo sistema de enfermagem (78,3% na higiene pessoal; 74,1% na locomoção; 56,7% na alimentação e 75,8% na continência). Verificou-se que a percentagem de doentes acamados à data de alta era muito superior àquela observada no dia de internamento (50,0% vs 19,2%). O grau de dependência destes doentes exige que, mesmo após a alta para o domicílio, seja necessária a assistência e vigilância de terceiros. Estes dados podem levantar questões acerca do que é necessário desenvolver no sentido de manutenção e reabilitação de capacidades dos nossos doentes internados.

Relativamente às patologias mais prevalentes dominaram as doenças cérebro-vasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral isquémico, patologia associada a grande morbidade e causa mais preponderante de incapacidade crónica.⁴

No global, a duração média do internamento destes doentes, é elevada, 15 dias, valor este que acresce bastante quando contabilizado o período de permanência após a alta clínica. A tentativa de encontrar a melhor solução possível para o doente nem sempre é fácil, tornando-se um processo moroso, que acarreta muitas consequências negativas, nomeadamente infecções nosocomiais, e muitas vezes um aumento do grau de dependência, associada à imobilidade prolongada, e o que pode por vezes determinar a necessidade de reinternamento. Outra consequência deste fenómeno é o aumento dos custos e consumo de recursos (humanos e materiais) que levam a que, por exemplo, não existam camas vagas para doentes internados em Serviço de Urgência.

Do global de doentes, 28,3% foram referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que garante a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas, que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. De entre estes doentes a maioria foi referenciada à equipa que presta cuidados no contexto domiciliário, sendo os restantes doentes referenciados para unidades de internamento com diferentes características, em função das necessidades. A elevada relação procura/oferta destas unidades assim como a especificidade da sua metodologia de “inscrição” em lista de espera determina que a integração dos doentes na RNCCI possa ser demorada e, na ausência de suporte familiar

mesmo que temporário, contribua para a demora na saída do doente do hospital.

Como em todos os estudos realizados existem algumas limitações que, no caso presente, se prendem com o facto de se tratar de um estudo retrospectivo. Serviu o presente estudo, para melhorar o registo destes casos, bem como de outras situações, permitindo no futuro, em outros estudos, um melhor e mais aprofundado tratamento de alguns dados, como, por exemplo: a condição económica do doente e/ou dos familiares, grau de dependência e patologias prévias que implicam alterações do estado mental.

CONCLUSÕES

Em conclusão, a situação social dos doentes, em particular dos mais idosos, irá começar, com o acelerado processo de envelhecimento populacional, a constituir um problema crescente, nos hospitais vocacionados para patologia aguda. As causas para esta situação são várias e do estudo efetuado podem levantar-se os seguintes problemas: envelhecimento da população portuguesa, resposta insuficiente das redes sociais, fragilidade da estrutura familiar tradicional e um país que, cada vez mais, precisa de se preparar para acolher uma população envelhecida, doente e dependente, que não encontra resposta em outras estruturas/ instituições.

As necessidades de cuidados após alta, condições físicas e psicossociais do doente e do seu cuidador devem ser identificados o mais precocemente possível, de preferência no momento de admissão hospitalar, para que desta forma se tente reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões.

Poderíamos atrever-nos a extrapolar que, em maior escala, o país está longe de se encontrar preparado para lidar com os efeitos secundários do aumento da esperança média de vida da população. Muitos foram os avanços e melhorias na qualidade e prolongamento da vida, mas não assistimos a um investimento na mesma escala para acautelar a dependência e fragilidade da fase final da vida humana. ■

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio prestado pelo Serviço Social, em particular às Dras. Rosário Barreiros e Sofia Sousa.

Bibliografia

1. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118(3):219-223.
2. Lamont CT, Sampson S, Matthias R, Kane R. The outcome of hospitalization for acute illness in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1983;31(5):282-288.
3. Sager MA, Franke T, Inouye SK, β Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med* 1996;156(6):645-652.
4. Bonita R. Epidemiology of Stroke. *Lancet* 1992;339:342-344.