



REPERCUSSÕES DA HOSPITALIZAÇÃO NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

REPERCUSSIONS OF HOSPITALIZATION ON FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY

Carolline Menezes¹; Valéria Rodrigues Costa de Oliveira²; Ruth Losada de Menezes³

¹ Complexo Gerontológico Sagrada Família – Unidade da Organização das Voluntárias de Goiás (OVG)

² Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás

³ Universidade de Brasília (Campus UnB Ceilândia)

e-mail: menezes.carolline@gmail.com ; valeria.r@pucgoias.edu.br ; ruthlosada@unb.br

Resumo: Declínio funcional é um problema comum e grave entre idosos hospitalizados, resultando em uma mudança na qualidade e estilo de vida após a internação. O objetivo desta revisão foi identificar os efeitos da hospitalização na capacidade funcional de idosos, os fatores associados com o declínio funcional, assim como, os instrumentos de rastreamento utilizados para avaliação funcional. Foram utilizados dez manuscritos buscados nas bases de dados nacionais (LILACS e SciELO) e internacionais (MEDLINE) publicados nos últimos cinco anos. Os resultados mostraram que: idosos hospitalizados tendem ao declínio funcional relacionado a diversos fatores, tais como: idade avançada, a própria doença, os procedimentos médicos e cirúrgicos, o repouso no leito, infecções hospitalares, medicamentos, desnutrição, quedas, entre outros. A triagem é um primeiro passo para identificar pacientes em risco para declínio funcional. Conhecer os fatores associados com o declínio funcional de idosos permite direcionar e implementar ações de prevenção visando minimizar os efeitos da hospitalização.

Palavras-chave: idoso, atividades cotidianas, hospitalização.

Abstract: Functional decline is a common and serious problem among hospitalized elderly patients, resulting in a change in quality and style of life after hospitalization. The aim of this review was to identify the effects of hospitalization on functional elderly, factors associated with functional decline, as well as the screening instruments used for functional evaluation. Ten manuscripts were used in the searched national databases (LILACS and SciELO) and international (MEDLINE) published in the last five years. The results showed that hospitalized elderly tend to functional decline related to several factors, such as advanced age, the disease itself, the medical and surgical procedures, bed rest, hospital infections, medications, malnutrition, falls, among

others. Screening is a first step in identifying patients at risk for functional decline. Knowing the factors associated with functional decline of elderly allows direct and implement preventive actions to minimize the effects of hospitalization.

Keywords: elderly, daily activities, hospitalization.


Introdução

Os hospitais são os locais onde grande parte dos cuidados à saúde dos idosos é prestada. Pessoas com idade acima de 65 anos são internadas com uma frequência três vezes maior que as pessoas mais jovens. Estima-se que a proporção de pacientes internados nesta faixa etária tenda a aumentar, tornando estudos e pesquisas com esta temática bastante expressivos e necessários.¹

Hospitalização por uma doença aguda ou crônica impõe certo grau de imobilidade em qualquer paciente, e o declínio funcional pode manifestar-se rapidamente no paciente idoso.² O estado funcional é um importante componente de independência dos idosos, caracterizado pela capacidade de realizar atividades de vida diária (AVDs), que incluem comer, vestir, tomar banho, locomover e toalete, e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), tais como comprar mantimentos, preparar a refeição, realizar trabalho doméstico, deslocar-se a lugares distantes, gerenciar medicamentos, gerenciar finanças, e usar um telefone. Manter a função é objetivo central para a promoção da saúde e da independência de idosos hospitalizados.³

O desenvolvimento da deterioração funcional é o fator de risco mais relevante para a dependência, a institucionalização, a mortalidade e a utilização de recursos de saúde e sociais na população mais velha.⁴ Por esta razão, conhecer os fatores relacionados ao declínio da função de idosos hospitalizados torna-se fundamental, pois norteia a prevenção e consiste em parâmetro relevante para a eficácia dos tratamentos empregados.





O objetivo desta revisão foi identificar os efeitos da hospitalização na capacidade funcional de idosos, os fatores associados com o declínio funcional, assim como, os instrumentos de rastreamento utilizados para avaliação funcional.

Material e Métodos

Foi realizada uma busca nas bases de dados nacionais (*LILACS* e *SciELO*) e internacionais (*MEDLINE*) com os seguintes descritores em ciências da saúde (DECS) idoso (*aged / anciano*), atividades cotidianas (*activities of daily living / actividades cotidianas*), hospitalização (*hospitalization / hospitalización*). A busca foi realizada no mês de agosto do ano de 2009.

Todos os textos foram obtidos por meio das diferentes estratégias de busca, sendo avaliados e classificados como elegíveis, os estudos que apresentassem relevância e com possibilidade de serem incluídos na revisão; publicações dos últimos cinco anos; disponibilidade no banco de dados Periódicos Livres da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); estudos descritivos com avaliação da capacidade funcional dos idosos antes e depois da hospitalização e que o método consistisse em estudo do tipo coorte prospectivo.

Os estudos de coorte prospectivos são constituídos no presente e acompanhados a partir de então e apresentam como objetivos a determinação da incidência de condições tidas como adversas à saúde de uma determinada população e investigar quais são os fatores determinantes para tais condições.⁶

Resultados

Foram selecionados dez artigos e para melhor visualização e compreensão, os estudos serão apresentados no quadro a seguir, expostos de acordo com: autor/ano, periódico, objetivo do estudo, população, instrumento utilizado para avaliação funcional, avaliações funcionais realizadas e efeitos da hospitalização na CF.



Autor / ano	Periódico	Objetivo	População	Instrumentos de Avaliação	Avaliação da capacidade funcional	Efeitos da hospitalização na capacidade funcional
Mañas <i>et al.</i> (2005) ⁷	An. Med. Interna (Madrid)	Avaliar o impacto da hospitalização na capacidade funcional dos idosos.	Pacientes admitidos em serviço médico de um hospital. N = 206. Idade igual ou superior a 80 anos.	Índice de Barthel	Foram realizadas três avaliações, a primeira antes da internação, a segunda durante a internação e a última já na alta hospitalar.	Diminuição significativa na capacidade funcional de pacientes idosos. Perda avaliada em 17,3% quando comparada com estado anterior destes pacientes.
Kawasaki, Diogo (2005) ⁸	Acta Fisiátrica	Avaliar a independência funcional de idosos hospitalizados em unidades de clínica médica.	Pacientes admitidos em unidades de clínica médica. N = 28. Idade igual ou superior a 60 anos.	Medida de independência Funcional (MIF).	As avaliações foram realizadas nas primeiras 48h após a internação, a cada cinco dias durante o período de hospitalização, no momento de alta hospitalar e um mês após o retorno ao domicílio.	Declínio funcional durante o período de hospitalização e recuperação funcional após o retorno ao domicílio.
Wakefield, Holman (2007) ⁹	Western Journal of Nursing Research	Descrever as trajetórias funcionais durante a hospitalização de idosos e identificar os possíveis fatores de risco associados a este processo.	45 pacientes com idade igual ou superior a 65 anos admitidos em duas unidades médicas.	Medida de Independência Funcional (MIF).	Foram coletados dados de duas semanas antes da admissão, no momento da admissão hospitalar e no quarto dia de internação.	Declínio funcional significativo durante a admissão e o quarto dia de internação. O índice de mortes foi significativamente mais elevado nestes pacientes.
Lang <i>et al.</i> (2007) ¹⁰	Eur J. Epidemiol	Identificar precocemente os fatores associados à perda de independência funcional em idosos hospitalizados.	N= 514	Índice de Katz e Timed Up and Go Test (TUG).	Avaliações foram realizadas na admissão e em até 30 dias após o evento de hospitalização.	Houve perda na capacidade funcional após a internação, sinalizando para a implementação de ações preventivas ao declínio funcional do idoso hospitalizado.

Autor / ano	Periódico	Objetivo	População	Instrumentos de Avaliação	Avaliação da capacidade funcional	Efeitos da hospitalização na capacidade funcional
Astiz <i>et al.</i> (2008) ¹¹	Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.	Estudar a incidência e os fatores associados ao comprometimento funcional de idosos hospitalizados e as diferenças entre os serviços de clínica médica e geriatria.	Pacientes admitidos em hospital universitário. N = 196 (66 em serviço de geriatria e 130 em unidade de clínica médica convencional). Idade igual ou superior a 70 anos.	Índice de Katz, Escala funcional de deambulação (FAC) e escala de Lawton - Brody.	Foram realizadas avaliações no momento de admissão, durante a internação e no momento da alta hospitalar.	Houve declínio funcional durante a hospitalização, observada em 48,1% dos pacientes no serviço de geriatria e 60,2% dos pacientes em serviço de clínica médica convencional.
Volpato <i>et al.</i> (2008) ¹²	Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES	Avaliar a correlação clínica e o valor preditivo a curto prazo do Short Physical Performance Battery (SPPB) em pacientes idosos hospitalizados por uma condição aguda.	Pacientes admitidos em hospital universitário. N = 92. Idade igual ou superior a 65 anos.	SPPB, Teste de força de prensão manual, Escala de Lawton - Brody modificada e auto-relato sobre o desempenho em caminhar e desenvolver seis AVD's.	As avaliações foram realizadas no momento de admissão, 24 horas antes da alta hospitalar e durante visitas domiciliares realizadas 1 semana e 1 mês após a alta.	83,7% dos pacientes apresentaram declínio funcional durante a internação.
Wong, Miller (2008) ¹³	BMC Geriatrics	Avaliar as associações entre as medidas sócio-demográficas e funcionais, com o tempo de permanência hospitalar e as variáveis que podem prever eventos adversos como declínio funcional, readmissão hospitalar e morte.	Pacientes admitidos em serviço médico de um hospital. N = 147. Idade igual ou superior a 75 anos.	Teste da caminhada de 2 minutos (2MWT), Timed Up and Go Test (TUG) e protocolos padronizados de equilíbrio e função de membros inferiores.	As avaliações foram realizadas durante a internação e 3 e 6 meses após a alta.	49% dos pacientes apresentaram declínio funcional durante o período avaliado.
Lo <i>et al.</i> (2008) ¹⁴	American Journal of Kidney Diseases	Determinar o prejuízo funcional no momento da admissão e uma semana após a alta hospitalar de pacientes em diálise.	Pacientes em diálise admitidos em serviço médico de um hospital. N = 30. Idade igual ou superior a 65 anos.	Escala de Lawton - Brody, Timed Up and Go Test (TUG) e Teste de força de prensão manual.	As avaliações foram realizadas nas primeiras 24 horas da internação e uma semana após a alta hospitalar.	95% dos pacientes apresentaram declínio funcional entre o período de admissão e 1 semana após a alta.

Autor / ano	Periódico	Objetivo	População	Instrumentos de Avaliação	Avaliação da capacidade funcional	Efeitos da hospitalização na capacidade funcional
Brown <i>et al.</i> (2009) ¹⁵	Annals of Internal Medicine	Avaliar os efeitos da hospitalização sobre a mobilidade em idosos e comparar essa trajetória associada a intervenções cirúrgicas e não cirúrgicas.	N = 687. Idade igual ou superior a 65 anos.	Life-Space Assement (LSA)	As avaliações fizeram referências a condições antes e após a hospitalização.	Declínio funcional observado em pacientes cirúrgicos e não cirúrgicos. Pacientes cirúrgicos apresentaram maior declínio, porém o prognóstico de recuperação foi melhor.
Zelada, Salinas, Baztán (2009) ¹⁶	Archives of Gerontology and Geriatrics	Comparar a incidência de deterioração funcional dos idosos internados em unidades de cuidados intensivos geriátrica comparada com a de uma unidade de terapia convencional.	N= 143. Idade igual ou superior a 65 anos.	Índice de Katz	A primeira avaliação foi realizada em no máximo 48 horas após a admissão e outra no dia em que o paciente recebeu alta hospitalar.	Pacientes idosos no geral apresentam declínio funcional após hospitalização. Os pacientes internados em unidades de cuidados geriátricos apresentam menor declínio funcional quando comparados com aqueles mantidos em unidades de tratamento convencionais.

Discussão

Todos os estudos selecionados apresentaram como critério de inclusão uma população de idosos com idade inicial entre 60 e 80 anos e que foram admitidos para cuidados em serviços hospitalares. As amostras variaram entre 28 e 687 idosos. Os objetivos destes estudos foram diversos como é possível observar no quadro de resultados, porém todos eles evidenciaram a questão das repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos.

O tempo de seguimento, o número de avaliações e os intervalos entre elas não seguiram um padrão, porém seguindo o modelo de coorte prospectivo, estas avaliações foram realizadas em momentos diferentes para possibilitar comparações e buscando verificar as possíveis alterações funcionais. A primeira avaliação em todos os estudos foi realizada no momento de admissão ao serviço hospitalar, mas alguns deles, no momento da primeira avaliação, realizaram também uma avaliação sobre as condições funcionais em um determinado período que antecedeu a hospitalização por meio de auto relato.^{7,9,15} Outras avaliações foram realizadas durante o período de hospitalização, visando acompanhar a trajetória funcional destes idosos hospitalizados^{7-9,11,13,16}; outras no momento de alta hospitalar^{7-8,11-12,16} e em alguns estudos avaliações foram realizadas em momentos que sucederam o evento de internação.^{8,12-15} Não foram encontradas referências concretas quanto à influência do tempo de permanência hospitalar no declínio funcional, apenas que este tempo pode variar de acordo com o serviço prestado, já que em unidades geriátricas o tempo de permanência hospitalar tende a ser menor do que em unidades de terapia convencionais.^{11,16}

A capacidade funcional surge como um novo paradigma de atenção a saúde, sendo particularmente importante na atenção ao idoso, pois apresenta grande influência em seu envelhecimento.^{8,17-18} Atualmente são encontrados diversos instrumentos que avaliam a capacidade funcional, cada um deles com características próprias e direcionados a populações específicas.¹⁹

A avaliação funcional na população idosa é tida hoje como fundamental para que se possa estabelecer o diagnóstico, o prognóstico e uma possível atenção especial que deverá ser empregada a estes indivíduos.¹⁹

Os estudos realizados com o intuito de avaliar a capacidade funcional da população idosa hospitalizada não seguem um padrão no que diz respeito aos instrumentos de avaliação, sendo que são utilizados de acordo com a particularidade de cada estudo.¹⁹

Foi possível observar que não houve uma padronização dos instrumentos utilizados nos estudos selecionados, porém dois instrumentos apresentaram uma maior frequência, o Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody. Em diversos estudos, para que fosse possível atingir os respectivos objetivos em questão, pode-se encontrar o emprego de mais de um instrumento.¹⁹ A utilização destes instrumentos foi

observada nos estudos selecionados, entre os quais se destacaram:

- Índice de Katz: instrumento destinado a mensurar a independência em seis atividades de vida diária. São elas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferências, continência e alimentação. Neste instrumento as atividades são avaliadas em toda sua execução, desde seu início até o seu fim e o grau de dependência ou independência nestas seis atividades foi previamente determinada. Para cada função são determinadas três observações e dentre elas o observador escolhe a mais apropriada para a situação observada. Este instrumento possui três categorias de classificação: independente, parcialmente dependente e totalmente dependente. É um instrumento amplamente utilizado e apresenta algumas versões com modificações a partir de sua versão original.²⁰

- Escala de Lawton e Brody: destinada a avaliar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) por meio da execução de sete atividades (uso de telefone, fazer compras, preparo de refeição, tarefas domésticas, usar meio de transporte, tomar medicações e controle financeiro). Cada uma destas atividades apresenta três itens que podem receber as seguintes pontuações: 1 – dependente; 2 – necessita de assistência e 3 – independente. O escore total varia entre 7 e 21 pontos, sendo que quanto menor o valor obtido, maior o grau de comprometimento funcional.²¹

- Índice de Barthel: instrumento destinado à avaliação da capacidade do indivíduo para desenvolver dez atividades básicas de vida diária (ABVD'S). As atividades investigadas são: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A pontuação na versão original é dada entre 0 e 100 apresentando intervalos de 5 pontos, onde 0 representa máxima dependência e 100 total independência para as atividades avaliadas.²²

- Escala de Medida de Independência Funcional (MIF): tem por objetivo principal avaliar a necessidade dos cuidados de terceiros para a realização das atividades cotidianas do indivíduo. É composta de 18 atividades, sendo 13 no âmbito motor (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir, utilização do vaso sanitário, controle de esfíncteres urinário e fecal, transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas e chuveiro, marcha e subir e descer escadas) e 5 no âmbito cognitivo/social (comunicação, compreensão e expressão, interação social, resolução de problemas e memória).¹⁹ Mediante avaliação destas atividades fica possível observar quais as reais incapacidades e dificuldades apresentadas pelo indivíduo, diferenciando-as assim, das que são relatadas ou induzidas pelo cuidador e pelo ambiente.¹⁹ As 18 atividades são pontuadas de 1 a 7 (7 - independência completa; 6 - independência modificada; 5 - supervisão; 4 - ajuda mínima, indivíduo realiza $\geq 75\%$ da tarefa; 3 ajuda moderada, indivíduo realiza $\geq 50\%$ da tarefa; 2- ajuda máxima, indivíduo realiza $\geq 25\%$ da tarefa, 1 - ajuda

total). Ao somatório final dos escores, a pontuação mínima será de 18 e máxima de 126.²³

- Escala Funcional de Deambulação (FAC): instrumento validado e confiável amplamente utilizado na avaliação dos níveis de dependência do indivíduo para a marcha. Segue uma escala de seis níveis onde o nível 0 – o indivíduo não pode andar ou requer auxílio de duas ou mais pessoas; nível 1 – o indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com seu peso e equilíbrio; nível 2 – o indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação; nível 3 – o indivíduo precisa de apenas supervisão verbal; nível 4 – a ajuda é requerida para escadas e superfícies irregulares; nível 5 – o indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar.²⁴

- “Short Physical Performance Battery” (SPPB): instrumento que avalia o desempenho físico dos membros inferiores (MMII) da população idosa. É composto por três testes destinados a avaliar o equilíbrio estático em pé, a velocidade da marcha realizada habitualmente e a força muscular dos MMII por meio da atividade de sentar-se e levantar-se da cadeira por cinco vezes consecutivas sem o auxílio dos membros superiores. A pontuação para cada teste é dada entre zero e quatro pontos, onde zero é considerado o pior desempenho e quatro o melhor desempenho e o escore total é definido pelo somatório destes pontos, variando entre zero (pior desempenho) e doze (melhor desempenho).²¹

- Teste de Força de Preensão Manual: utilizado para avaliar a força estática de preensão manual do indivíduo já que a mesma está associada a sua funcionalidade. Este teste é realizado por meio de um dinamômetro e segue o protocolo proposto pela Sociedade Americana de Terapia da Mão.²⁵

- Teste da caminhada de 2 minutos (2MWT): neste teste o indivíduo deve caminhar em uma velocidade máxima conseguida por ele durante dois minutos, em um corredor de 30 metros fazendo circuitos de ida e volta. Imediatamente antes e após o teste são avaliados a frequência cardíaca e a saturação através de oximetria de pulso, dispnéia e percepção subjetiva de esforço através da escala de Borg e também a frequência respiratória.²⁶

- “Timed Up and Go Test” (TUG): instrumento que avalia o tempo dispensado por um indivíduo para realizar manobras funcionais como, levantar-se, caminhar, dar uma volta e sentar-se de forma contínua²⁷, envolvendo assim potência, velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico.²⁸

- “Life-Space Assesment” (LSA): avalia a mobilidade em diferentes ambientes dentro e fora de casa, refletindo assim a participação do indivíduo na sociedade durante quatro semanas anteriores a avaliação. É dividido em níveis e realizado por meio de auto relato. Seu escore é calculado com base no nível apresentado, no grau de independência na realização e na frequência de realização de cada nível. Seu escore varia entre 0 e 120,

sendo que escores mais altos representam maior mobilidade.¹⁵

Através da aplicação destes instrumentos, todos os estudos demonstram um declínio funcional devido ao processo de hospitalização. A incidência deste comprometimento para a realização de AVDs e AIVDs é alta, ultrapassando 50% em idosos com idade superior a 85 anos de idade¹⁶, e esta alteração tem sido relacionada a importantes resultados a curto e longo prazo, incluindo institucionalização, invalidez e mortalidade.^{9,12-13,16}

Alguns estudos observaram alterações funcionais mais expressivas no âmbito motor, em atividades de auto cuidado como tomar banho, vestir-se e mover-se.^{8,14,16}

A idade não pode ser considerada como um fator independentemente explicativo para o declínio funcional, mas sim como um fator associado à diminuição do potencial de recuperação.¹⁰ As causas do comprometimento funcional em idosos hospitalizados são multifatoriais e cumulativas, incluindo além da idade avançada, a própria doença, os procedimentos médicos e cirúrgicos, o repouso no leito resultando em diminuição da mobilidade, infecções hospitalares, medicamentos, desnutrição e quedas devido a riscos oferecidos pelo ambiente.^{7-8,10-11,13,29}

O repouso no leito, apesar de ser restaurador na doença, pode trazer conseqüências deletérias para idosos. A diminuição de massa muscular, a diminuição da força, a perda de complacência pulmonar e a diminuição da capacidade aeróbia, ocorrem com o envelhecimento^{2,30} e podem apresentar um agravamento ainda maior pela imobilidade muitas vezes requerida durante a hospitalização. Além disso, estes indivíduos estão em alto risco de complicações como trombose venosa profunda, síncope, atelectasias, quedas e constipação.^{2,30-31} As transferências são geralmente afetadas, já que para a realização destas, é necessário força muscular dos membros inferiores e no caso de imobilidade, são os músculos mais profundamente comprometidos.³²

Os medicamentos oferecem também complicações durante o período de hospitalização. A prescrição de novas drogas e a alteração das que já estão sendo utilizadas por estes pacientes, podem levar a efeitos adversos. Estudos demonstraram que 50% dos pacientes idosos que vivenciaram estes efeitos, tiveram um comprometimento funcional em uma ou mais atividades. Além disso, as reações adversas a medicamentos são apontadas como causa de declínio funcional em 20% a 25% dos idosos hospitalizados.³⁰

Sedativos, particularmente os de ação prolongada podem levar a confusão mental, marcha instável, quedas, fraturas e desorientação espacial, e como conseqüência pode predispor o paciente idoso ainda mais ao repouso no leito.³³⁻³⁴ Outro grupo de medicamentos, os anticolinérgicos, podem levar a confusão mental, alterações visuais, desorientação espacial, constipação e retenção urinária.³⁴ Pacientes expostos a este grupo, quando apresentam confusão

mental podem, portanto, necessitar de ajuda para a realização de AVDs e AIVDs, devido à perda de habilidade para executarem essas competências de forma independente. As alterações visuais e espaciais podem predispor o idoso a uma marcha instável, levando à necessidade de assistência para transferências e deambulação além da diminuição da mobilidade que pode perpetuar o ciclo de declínio já descrito como consequência do repouso no leito.

O estado nutricional de um paciente idoso frequentemente declina durante a estadia hospitalar. A desnutrição está intimamente ligada à diminuição de massa muscular, precipitando assim a fraqueza, a fadiga e perda de força, afetando mais uma vez a mobilidade.³²

O ambiente hospitalar em si pode apresentar obstáculos à independência funcional. Trata-se de um ambiente hostil, onde as condições físicas muitas vezes não são favoráveis, havendo também um afastamento do paciente de seus pertences e do convívio social e familiar; além de uma dieta que comumente é mudada drasticamente.⁸ Todos estes fatores, dentre outros já citados, favorecem as incapacidades e, por conseguinte, a dependência funcional.

A maioria dos fatores relacionados à diminuição da capacidade funcional do idoso hospitalizado pode ser prevista e é passível de intervenções. A implantação de unidades especificamente destinadas ao cuidado do idoso, o trabalho interdisciplinar, as avaliações contínuas, o uso racional de medicamentos e o planejamento de terapias adequadas, podem favorecer a redução da incidência de declínio funcional, com um impacto favorável na qualidade de vida destes indivíduos.¹⁶ A internação, e não a doença, por muitas vezes é a principal causa para o declínio funcional em pacientes idosos.³⁵

Conclusão

O declínio funcional em pacientes idosos hospitalizados é um grave problema com enorme impacto na vida dos pacientes e de seus familiares. Para direcionar intervenções preventivas a esse evento, torna-se importante a seleção de instrumentos específicos destinados a avaliar a capacidade funcional, especialmente instrumentos que avaliem atividades no âmbito motor, que normalmente são as mais comprometidas, relacionadas ao auto-cuidado, como Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody, utilizados com maior frequência nos estudos selecionados.

Referências

1. Landefeld CS. Improving health care for older persons. *Ann Intern Med.* 2003; 139(5): 421-4.
2. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs.* 2006; 106(1): 58-67.
3. Fletcher K. Immobility: self learning module. *Medsurg Nurs.* 2005; 14(1): 35-7.

4. Inouye SK et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 1999; 340(9): 669-76.
5. Costa MFL, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2003; 12(4): 189-201.
6. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia Clínica.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
7. Mañas MD et al. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *An. Med. Interna (Madrid).* 2005; 22(3): 34-6.
8. Kawasaki K, Diogo MJDE. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiatr.* 2005; 12(2): 55-60.
9. Wakefield BJ, Holman JE. Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *West J Nurs Res.* 2007; 29(2):161-77.
10. Lang PO. et al. Loss of independence in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people. *Eur J Epidemiol.* 2007; 22(9): 621-30.
11. Astiz MTV. et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios Del ingreso en el servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43(3): 133-8.
12. Volpato S. et al. Performance-Based Functional Assessment in Older Hospitalized Patients: Feasibility and Clinical Correlates. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008; 63(12):1393-8.
13. Wong RY, Miller WC. Adverse outcomes following hospitalization in acutely ill older patients. *BMC Geriatr.* 2008; 8: 10.
14. LO D. et al. A Prospective Pilot Study to Measure Changes in Functional Status Associated With Hospitalization in Elderly Dialysis-Dependent Patients. *Am J Kidney Dis.* 2008;52(5):956-61.
15. Brown CJ. et al. Trajectories of life-space mobility after hospitalization. *Ann Intern Med.* 2009; 150(6):372-8.
16. Zelada MA, Salinas R, Baztán JJ. Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 48(1):35-9.
17. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. & saúde colet.* 2008; 13(4): 1199-207.
18. Rodrigues RAP et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta paul. enferm.* 2008; 21(4): 643-48.
19. Kawasaki K. Impacto da Hospitalização na Capacidade Funcional do Idoso. 2004. 161 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP, 2004.

20. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2): 317-25.
21. Freire MTF. Características associadas à restrição de atividades por medo de cair em idosos comunitários. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG, 2009.
22. Araújo F. et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007; 25(2): 59-66.
23. Viana FP. et al. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com seqüelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2008; 11(1).
24. Beinotti F et al. Treino de marcha com suporte parcial de peso em esteira ergométrica e estimulação elétrica funcional em hemiparéticos. *Acta Fisiatr*. 2007; 14(3): 159-63.
25. Geraldes AAR et al. A Força de Prensão Manual é Boa Preditora do Desempenho Funcional de Idosos Frágeis: um Estudo Correlacional Múltiplo. *Rev Bras Med Esporte*. 2008; 14(1): 12-6.
26. Leung ASY et al. Reliability, Validity, and Responsiveness of a 2-Min Walk Test To Assess Exercise Capacity of COPD Patients. *Chest*. 2006; 130(1): 119-24.
27. Paula FL, Alves Junior ED, Prata H. Teste timed “up and go”: uma comparação entre valores obtidos em ambiente fechado e aberto. *Fisioter. Mov*. 2007; 20(4): 143-48.
28. Pedrosa R, Holanda G. Correlação entre os testes da caminhada, marcha estacionária e TUG em hipertensas idosas. *Rev. Bras. Fisioter*. 2009; 13(3): 252-6.
29. Gillis A, McDonald B. Deconditioning in the hospitalized elderly. *The Canadian Nurse*. 2005; 101(6): 16-20.
30. Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clin Geriatr Med*. 1998; 14(4): 669-79.
31. Callen BL et al. Admission and discharge mobility of frail hospitalized older adults. *Medsurg Nurs*. 2004; 13(3): 156-63
32. St Pierre J. Functional decline in hospitalized elders: preventive nursing measures. *AACN Clin Issues*. 1998; 9(1): 109-18.
33. GRAY S. L. et al. Adverse drug events in hospitalized elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998; 53(1): M59-63.
34. Mezek MD et al. Nurses improving care to health systems elders (NICHE): implementation of best practice models. *J Nurs Adm*. 2004; 34(10): 451-7.
35. Covinsky KE et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51(4): 451-8.