

## Variáveis biopsicossociais relacionadas à duração de hospitalização em idosos

Laura Lorén Guerrero<sup>1</sup>

Ana Gascón Catalán<sup>2</sup>

Este estudo teve como objetivo conhecer quais as variáveis que influenciam o aumento do tempo de internação hospitalar. Trata-se de estudo descritivo e transversal, conduzido mediante ampla avaliação geriátrica de 81 pessoas com mais de 65 anos, internadas em hospital terciário de cuidados agudos. Os dados foram coletados através da Escala Pfeiffer, Índice de Barthel, Questionário de Goldberg, Apgar da Família e Escala de Gijón. Observou-se aumento no tempo de internação entre pessoas com mais de 80 anos, pessoas que vivem sozinhas ou em lar de idosos, pacientes que tinham grande dependência física, e entre aqueles com algum risco ou problema de exclusão social. A variável mais influente, para a maior duração da hospitalização, foi a deterioração cognitiva ( $p < 0,05$ ), em comparação à maior colaboração do paciente sem essa condição ou ao seu desejo de superar a fase aguda da patologia que levou à internação hospitalar.

Descritores: Planejamento Hospitalar; Tempo de Internação; Envelhecimento; Atividades Cotidianas; Cognição; Relações Interpessoais.

<sup>1</sup> Enfermeira, Unidad Docente Matronas, Zaragoza, Espanha. E-mail: laurica10\_03@hotmail.com.

<sup>2</sup> Médico, Doutor em Ciências da Saúde, Professor, Universidad de Zaragoza, Espanha. E-mail: agascon@unizar.es.

## **Biopsychosocial factors related to the length of hospital stay in older people**

This study aimed to know what variables influence increased length of hospital stay. A descriptive, cross-sectional study was conducted through an integrated geriatric assessment of 81 people over 65 years of age, admitted to a tertiary acute care hospital. Data were collected through the Pfeiffer Scale, Barthel Index, Goldberg Questionnaire, Family APGAR and Gijón Scale. The length of hospital stay increased in people over 80 years, people living alone or in a retirement home, patients with great physical dependence and those with a risk or problem of social exclusion. The most influential variable for longer hospitalization was cognitive impairment ( $p < 0.05$ ), due to greater collaboration or desire to overcome the acute stage of the pathology that led to the hospital admission among patients without this condition.

Descriptors: Hospital Planning; Length of Stay; Aging; Activities of Daily Living; Cognition; Interpersonal Relations.

## **Variables biopsicosociales relacionadas con la duración de la estancia hospitalaria en personas mayores**

Este estudio tuvo como objetivo conocer qué variables influyen en el aumento de la duración de la estancia hospitalaria. Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que se realizó una Valoración Geriátrica Integral a 81 personas mayores de 65 años de edad que ingresaron en un hospital de agudos de tercer nivel. Para ello, los datos fueron recogidos por medio de la Escala de Pfeiffer, el Índice de Barthel, el Cuestionario de Goldberg, el APGAR familiar y la Escala de Gijón. Se observó un aumento de la duración de la estancia hospitalaria entre los mayores de 80 años, las personas que vivían solas o en una residencia geriátrica, los pacientes que presentaban gran dependencia física y también, entre quienes tenían un riesgo o problema de exclusión social. La variable que más influyó en la mayor duración de la hospitalización fue el deterioro cognitivo ( $p < 0,05$ ), por la mayor colaboración del enfermo o por la propia voluntad de superar el estado agudo de la patología que motivó el ingreso.

Descriptorios: Planificación Hospitalaria; Tiempo de Internación; Envejecimiento; Actividades Cotidianas; Cognición; Relaciones Interpersonales.

## **Introdução**

A velhice é uma etapa do ciclo de vida em que acontecem modificações que diminuem as capacidades de adaptação da pessoa diante de novas condições do ambiente. É processo progressivo e irreversível que afeta todos os seres vivos, mas acontece de forma distinta em cada um deles. Apesar de o envelhecimento, como definição, ser excessivamente biologicista, o conceito "velhice" diz respeito ao tempo, à época, ao contexto e à cultura em que alguém vive e se desenvolve<sup>(1)</sup>.

Como se pode ler no Livro Branco de atenção às pessoas em situação de dependência, tornado público pelo Conselho Europeu, as pessoas dependentes requerem intervenção continuada, mesmo que não necessariamente

permanente, baseada no apoio e nos cuidados<sup>(2)</sup>. A atenção à dependência situa-se, desse modo, no âmbito dos serviços sociais. Porém, existe forte relação com o âmbito sanitário, devido ao fato de os problemas de saúde, que precisam de atenção à saúde, mostrarem-se fator desencadeante, ou acelerador, dos processos de dependência em pessoas com idade avançada. Além disso, ocasionalmente, a pessoa dependente pode sofrer um processo agudo no seu estado de saúde que demanda atenção à saúde pontual. E, também, a existência de uma rede adequada, para dar cobertura aos casos de dependência na sua vertente social, livraria o sistema de saúde de grande volume de custos que, por outro lado,

são desproporcionais em relação à atenção que as pessoas dependentes necessitam.

O número de pessoas dependentes está aumentando em todos os países ocidentais devido à maior sobrevivência e ao número acentuado de envelhecimento da população<sup>(3-5)</sup>. Uma população maior de pessoas idosas e dependentes imporá maiores exigências econômicas à população trabalhadora e aos recursos públicos. Assim, as populações dependentes são um dos temas que se pode melhorar através de programas adequados e representam um dos objetivos dos programas de envelhecimento ativo da OMS (Organização Mundial da Saúde), que abrange a Avaliação Geriátrica Ampla, instrumento utilizado para realizar o presente estudo<sup>(6)</sup>.

A Avaliação Geriátrica Ampla, atualmente, é considerada a ferramenta ou metodologia fundamental de diagnóstico global para a prática clínica geriátrica, em todos os níveis de atenção, cuja utilização é universalmente aceita.

Essa Avaliação Geriátrica Ampla permite, tanto na atenção primária, nos hospitais, como nos centros sociais de saúde, o início do contato entre o paciente e os profissionais, estabelecendo-se a relação terapêutica e proporcionando grande quantidade de informações para planejar os cuidados. Do mesmo modo, quando acontece a entrevista para avaliar as necessidades, promove-se ambiente de confiança para iniciar a relação entre a enfermagem e o usuário que está sendo cuidado. Assim, ao desenhar um plano individualizado, adaptado às necessidades expressas pela pessoa, de atuação preventiva, terapêutica ou reabilitadora, uma melhor qualidade de assistência é alcançada.

Esta investigação foi proposta com o objetivo de conhecer o estado de saúde das pessoas idosas internadas em um hospital de cuidados agudos e analisar quais fatores influenciam para a estadia hospitalar prolongada, com vistas a planejar os cuidados de enfermagem necessários. Assim, o objetivo do presente estudo é conhecer o estado cognitivo, o grau de dependência física, o estado emocional e o estado social e familiar de pessoas maiores de 65 anos, admitidas em Unidade de Medicina Interna. Além disso, a intenção é estudar e analisar qual dessas variáveis influencia na extensão da estadia hospitalar.

## Métodos

O estudo desenvolvido é do tipo descritivo transversal. A coleta de dados aconteceu na ala de internação de Medicina Interna B do Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Espanha, entre fevereiro e abril de 2010. Após obter a autorização do Comitê de Ética do

próprio hospital, todos os pacientes com idade maior que 65 anos, admitidos naquele período, foram selecionados, totalizando 151.

Pacientes falecidos nas primeiras 24 horas e isolados pelo Serviço de Medicina Preventiva do centro foram excluídos. Obviamente, também foram excluídos os pacientes que se recusaram a colaborar e que não assinaram o termo de consentimento livre e informado. No total, 70 indivíduos foram excluídos, resultando em amostra final composta por 81 pessoas.

A coleta de dados foi desenvolvida nas datas indicadas e estendeu-se até a data da alta de todos os pacientes participantes deste estudo, a fim de levantar o número de dias que permaneceram internados. Os dados sociodemográficos coletados foram sexo, idade, estado civil e núcleo de convivência. Também foi incluída a presença de doenças degenerativas, os transtornos psicopatológicos e o consumo de psicotrópicos. Com a devida autorização ética da Direção de Enfermagem do centro, foram coletados dados do prontuário informatizado e do relatório de alta da unidade.

As entrevistas foram realizadas no próprio quarto do paciente, com grande atenção à comunicação não verbal. Para começar as entrevistas, os pacientes receberam explicações sobre o estudo e, daqueles que concordaram em participar, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e informado. A colaboração de familiares próximos foi solicitada somente para pessoas que sofriam de deterioração cognitiva, no intuito de preencher corretamente o instrumento de avaliação no nível de dependência física.

Os instrumentos utilizados foram a Escala de Pfeiffer<sup>(7-10)</sup>, para avaliar o estado cognitivo, e o Índice de Barthelemy<sup>(7-9,11)</sup>, para a independência física. Além disso, foram aplicadas ferramentas úteis para pessoas idosas e que avaliassem o estado emocional, Questionário de Goldberg<sup>(7-9,12-13)</sup>, a percepção da família, Apgar familiar<sup>(7-9,14)</sup>, e o nível social da pessoa, Escala de Gijón de avaliação sociofamiliar do idoso<sup>(7-9,15)</sup>. Foi dada preferência ao questionário de Goldberg porque pode-se coletar dados subjetivos da pessoa e avaliar, separadamente, a depressão, que pode provocar dependência e velhice, e a ansiedade, podendo ser devida à admissão hospitalar. Todos os instrumentos selecionados foram validados na Espanha e são amplamente reconhecidos entre os profissionais.

O primeiro instrumento a preencher era a Escala de Pfeiffer, pois, dependendo do seu resultado, a opinião da família sobre a dependência física seria considerada e as outras ferramentas não poderiam ser utilizadas. Em outras palavras, não se pode conhecer o estado emocional,

social ou familiar de pessoas com deterioração cognitiva, estudada pelo indicador selecionado, já que se queria obter a consideração subjetiva dos três aspectos.

## **Análise**

Os dados foram analisados por meio do *software* estatístico SPSS 15.0, utilizando-se a distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão. Para estabelecer a relação entre as variáveis, foi aplicada a estatística inferencial. Após estudar a normalidade das variáveis com o teste de Kolmogorov-Smirnov, decidiu-se analisar a correlação dessas variáveis com estatísticas não paramétricas: U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Foi aceito como valor estatisticamente significativo  $p < 0,05$ .

## **Resultados**

### **Variáveis sociodemográficas**

Do total, 53,7% eram homens, 46,3% mulheres e a média de idade foi de 81,24 anos ( $dp=7,338$ ).

Na maioria dos casos, o estado civil era a vida em casal, com 50,6%. Houve somente um caso de divórcio e uma pessoa solteira, e 46,8% eram pessoas viúvas. Em 47,4% dos casos, o núcleo de convivência era junto com o parceiro, 26,3% com filhas ou filhos, 15,8% convivia em lar de idosos e somente 9,2% morava sozinho.

### **Doenças degenerativas e transtornos psicopatológicos**

As doenças degenerativas ou transtornos psicopatológicos estavam presentes em 50% dos pacientes da amostra. Além disso, 9 pessoas apresentam mais de uma patologia desse tipo. Entre as alterações levantadas, existiam 22 casos de acidente vascular cerebral, incluindo os infartos lacunares e os acidentes isquêmicos transitórios. Havia 10 pessoas com doença de Alzheimer e 2 com Parkinson. Por outro lado, foram identificados 8 casos com síndrome depressiva e, por último, 5 pacientes com deterioração cognitiva, sem indicação de uma patologia concreta.

### **Consumo de psicotrópicos**

Encontrou-se consumo de psicotrópicos em 55,6% da amostra. Nesse grupo, 53,3% toma ansiolíticos, 4,4% antidepressivos e, além disso, 31,1% consumia antidepressivos e ansiolíticos juntos.

### **Avaliação da função intelectual**

O resultado obtido no Teste de Pfeiffer é uma mediana de 3 respostas erradas. Os dados extremos da

amostra correspondem a 52,4% do total. Dentre essas pessoas, 28% responderam equivocadamente todas as perguntas, enquanto 24,4% não cometeram nenhum erro. No grupo das pessoas com funcionamento intelectual normal, entre 0, 1 e 2 respostas equivocadas, 21,21% apresentava uma doença degenerativa ou um transtorno psicopatológico. Pelo contrário, em 79,2% dos casos, as pessoas que apresentavam deterioração cognitiva severa, de acordo com a escala usada, sofriam de algum tipo dessas doenças. Os maiores níveis de prevalência foram encontrados para as demências (54,55%), 40,74% das quais do tipo Alzheimer.

### **Avaliação da independência funcional**

O escore mediano, na Escala de Barthel, foi de 67,50 pontos; 35,36% da mostra corresponde a pessoas com dependência total, 86,20% das quais apresentam alguma doença degenerativa ou um transtorno psicopatológico. Exatamente ao contrário, entre os 14,63% de pessoas independentes, nenhuma sofria de alguma dessas patologias.

### **Avaliação familiar, social e estado emocional**

A avaliação familiar, social e emocional foi baseada nos 34 pacientes com funcionamento cognitivo adequado, avaliado mediante o Teste de Pfeiffer, 8 mulheres e 26 homens, 24 com menos e 10 com mais de 80 anos.

A pontuação média no Apgar familiar correspondeu a 9,15 ( $dp=1,617$ ), com 97,1% dos pacientes interpretados como pertencentes a família normofuncional. Somente uma mulher viúva, com menos de 80 anos e que vivia sozinha, apresentou disfunção familiar grave.

A pontuação média na escala de Gijón foi de 9,44 ( $dp=2,163$ ). Considerando que a avaliação dessa escala é elaborada em dois grupos: entre 5 e 9 pontos para uma situação social boa ou aceitável e entre 10 e 14 quando existe um risco social, a média alcançada encontra-se no limite entre ambos os grupos.

A pontuação média na Subescala de Ansiedade foi de 2,06 ( $dp=2,486$ ), com escores abaixo de quatro pontos, sendo interpretados como ausência de transtorno de ansiedade, e correspondeu a 73,5% da amostra estudada.

Na Subescala de Depressão, a nota média foi equivalente a 3,12 ( $dp=2,422$ ). Notas maiores de dois pontos correspondem à possibilidade de transtorno depressivo, o que não foi encontrado em 67,6% dos casos. Por último, a pontuação média na escala global foi de 5,29 ( $dp=4,145$ ), cuja interpretação representa a ausência de transtorno emocional, em 52,9% da amostra.

### Resultados relacionados à duração da hospitalização

Das pessoas admitidas e entrevistadas (11,5%), 9 indivíduos faleceram durante a hospitalização. A análise aprofundada desses casos revelou média de idade de 88,22 anos ( $dp=5,26$ ), com 4 mulheres e 5 homens. Finalmente, 6 dessas pessoas apresentavam alguma doença degenerativa ou algum transtorno psicopatológico e, além disso, destaca-se que nenhum dos falecidos apresentava adequado funcionamento intelectual e que todos eles mostravam dependência total ou grave. Devido ao fato do falecimento, esses pacientes não foram considerados na análise da duração da hospitalização.

A duração média da hospitalização foi de 14,56 dias ( $dp=10,344$ ), sem relação significativa, nem com o sexo dos pacientes, com a idade, nem com a presença de doenças degenerativas ou transtornos psicopatológicos. Tampouco foi encontrada relação entre essa variável e o estado civil ou o lugar de convivência.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre a duração da hospitalização e o resultado do Teste de Pfeiffer, isto é, as pessoas com déficit intelectual severo apresentam hospitalizações mais extensas, com média de nove dias a mais que os pacientes com nível cognitivo normal (Figura 1).

Não se encontrou nenhuma relação significativa entre as outras variáveis estudadas quando comparadas com a duração da hospitalização (Tabelas 1 e 2). Apesar disso, a análise dos dados revela que a duração média da hospitalização é maior entre as mulheres, pessoas com mais de 80 anos e que vivem sozinhas ou em lar de idosos. O mesmo ocorre com a dependência e a presença de problemas sociais. Quanto mais dependente for e quanto maior o risco social, mais dias o paciente permanece hospitalizado.

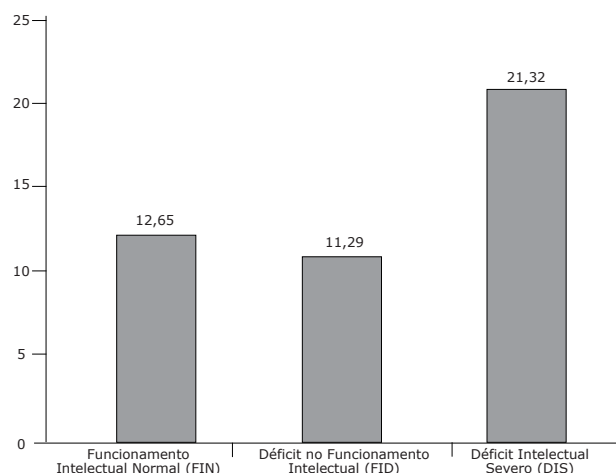


Figura 1- Duração da hospitalização de acordo com o nível cognitivo dos pacientes, em média de dias

Tabela 1- Análise estatística bivariada entre as diferentes variáveis e a duração da hospitalização

Variáveis	Duração da hospitalização				
	n	x	dp	p	
Sexo	Mulher	37	15,03	10,35	0,943
	Homem	44	14,16	10,45	
Idade	<80 anos	33	12,76	4,64	0,977
	>80 anos	48	15,76	12,79	
Doença neurológica ou emocional	Sim	41	14,22	9,42	0,666
	Não	40	14,9	11,33	
Estado civil	Casada/o	39	14,26	7,59	0,834
	Viúvo ou solteiro ou divorciado	38	14,95	12,58	
Domicílio	Esposa/o	36	14,03	7,3	0,998
	Filhas/os ou irmãos	21	13	6,25	
	Lar de idosos ou sozinhas/os	19	17,79	16,84	

n=número de pessoas; x=média; dp=desvio padrão

Tabela 2 - Análise estatística bivariada entre as diferentes escalas e a duração da hospitalização

Variáveis	Duração da hospitalização				
	n	x	dp	p	
Teste de Pfeiffer	Funcionamento intelectual normal	34	12,65	5,9	<0,05
	Déficit no funcionamento intelectual	25	11,2	4,74	
	Déficit cognitivo severo	22	21,32	16,13	
Índice de Barthel	D. total ou grave	32	17,91	14,44	0,424
	D. moderado ou leve	36	12,58	5,75	
	Independente	13	11,77	5,29	
Apgar familiar	Normofuncional	33	12,67	5,99	-
	Disfunção grave	1	-	-	
Escala de Gijón	Boa situação	16	11,44	4,91	0,224
	Risco ou problema social	18	13,72	6,61	

n=número de pessoas; x=média; dp=desvio padrão

## Discussão

O objetivo inicial do presente estudo era investigar quais variáveis afetavam a duração da hospitalização. Para isso, foram coletadas variáveis pessoais, familiares e sociais e foi utilizada, mediante o uso de escalas validadas, o estado cognitivo dos pacientes, o grau de dependência funcional, o apoio familiar e social com que contavam e seu estado emocional.

A média de idade dos pacientes no presente estudo, 81,24 anos, é maior que em outros trabalhos publicados<sup>(16-17)</sup>, o que poderia ser devido ao fato de a amostra ser proveniente do contexto hospitalar, assim também foi mostrado em estudo que comparou os contextos comunitário e hospitalar<sup>(18)</sup>. Além disso, nos estudos desenvolvidos na comunidade, existe menor deterioração cognitiva do que nas pesquisas com amostra composta por pacientes institucionalizados<sup>(19)</sup>. Por esse motivo, o lugar do qual provém a amostra deve ser tomado em consideração para não se chegar a conclusões errôneas.

Por outro lado, é necessário comprovar se a hospitalização é fator de risco para maior deterioração cognitiva e maior dependência funcional, ou se esse tipo de pacientes apresenta maior fragilidade e, por isso, a hospitalização é mais frequente.

Cabe uma observação sobre as escalas habitualmente utilizadas para avaliar o estado emocional e o risco social e familiar, já que a impossibilidade de usar escalas subjetivas em pacientes com deterioração cognitiva representa uma limitação. Por isso, deveriam ser ajustadas ou criadas escalas para estudar o estado emocional e o conceito familiar e social, para que se possa avaliar pacientes com deterioração cognitiva que não conseguem preencher as escalas da Avaliação Geriátrica Ampla, o que impede a avaliação de alguns aspectos e o estabelecimento de plano de cuidados completo para elas.

A análise dos resultados revela a percepção dos pacientes participantes sobre a própria família (Apgar familiar), com 97,1% apresentando padrão familiar normal. Em outras pesquisas foram obtidos resultados semelhantes, com 84,3% considerando o funcionamento da própria família adequado<sup>(20)</sup>. Em outros trabalhos, porém, os resultados alcançados mostraram-se muito diferentes, com somente 12% de funcionalidade familiar normal<sup>(21)</sup>, apesar de que deve ser considerada que essa investigação envolveu pacientes com hospitalizações mais prolongadas, superiores a 20 dias.

Na presente investigação, a grande maioria das pessoas se sente querida, diante disso pode-se dizer que continua em vigor a importância da família tradicional em nossa sociedade, principalmente nessa faixa etária.

A principal queixa dos pacientes foi a falta de tempo que passam com seus familiares. Essa é a premissa com maior grau de insatisfação de toda a escala. Em outros estudos, destaca-se a importância dada à família como o principal cuidador e também acrescenta-se a relevância das atividades grupais, em família, para manter o papel social do idoso e fortalecer seus vínculos familiares<sup>(20,22)</sup>.

A pontuação média da escala de Gijón varia entre uma situação boa ou aceitável e um risco social, resultados esses discordantes de outras investigações que encontraram 88% de risco social moderado<sup>(21)</sup>. Essa porcentagem maior pode ser devida ao fato de que seus participantes foram hospitalizados por mais tempo e o risco social pode estar implicado na maior duração da hospitalização.

Observou-se nível de ansiedade menor que em outros estudos, onde se encontrou 52%<sup>(21)</sup>. Essa diferença pode ser devida ao fato de o presente trabalho ter envolvido pacientes com longa hospitalização, o que talvez provoque maior ansiedade nos indivíduos.

No instrumento utilizado, as perguntas respondidas, afirmativamente, com maior frequência, são o aparecimento de sintomas vegetativos e a preocupação com a saúde. É possível que a própria escala esteja mascarando os resultados já que, quando se fala de pessoas hospitalizadas em uma instituição terciária, os sintomas vegetativos podem ser devidos à própria patologia e a preocupação ao mero fato de estarem hospitalizados. Por outro lado, o alto consumo de psicotrópicos pode diminuir o verdadeiro nível de ansiedade dos pacientes na amostra, o que não foi avaliado no artigo citado anteriormente<sup>(21)</sup>.

Também foram observadas discrepâncias na avaliação do nível de depressão, já que mais da metade das pessoas entrevistadas parece ter algum tipo de transtorno depressivo, contra somente 23% naquele estudo<sup>(15)</sup>. Considera-se importante destacar que um terço da presente amostra estava tomando medicamentos antidepressivos, aspecto que não foi levado em conta no estudo citado. Por outro lado, ponto muito importante que deve ser considerado na avaliação da depressão nos idosos é a dinâmica familiar e o ambiente em que convivem, sendo modificados no contexto hospitalar, conforme outros estudos<sup>(23-24)</sup>. No presente estudo, a maioria dos pacientes responde que se sente lento e com pouca energia, o que poderia ser devido aos próprios sintomas que motivaram a hospitalização.

Com base nas observações acima sobre as Subescalas de Ansiedade e Depressão da Escala de Goldberg, chega-se à conclusão que outra escala deveria ser utilizada que avaliasse melhor o estado emocional das pessoas idosas hospitalizadas em instituições de cuidados agudos.

A análise destes resultados mostra que existem variáveis como a idade superior a 80 anos, viver só ou em lar de idosos, nível de dependência alto e presença de risco social que poderiam estar influenciando a permanência mais prolongada da hospitalização. Em um estudo publicado com características semelhantes à presente investigação, encontrou-se associação entre a dependência física e a duração da hospitalização<sup>(25)</sup>. A análise das variáveis na presente investigação revela, para algumas delas, tendência à maior duração da hospitalização, sem alcançar significância estatística. Por isso, identificou-se que seria interessante realizar mais estudos para esclarecer essa possível associação.

Por último, são observadas diferenças, estatisticamente significantes, entre o estado cognitivo e a duração da hospitalização, possivelmente devido à maior colaboração do paciente para sua recuperação e à própria vontade de superar o estado agudo da patologia que motivou a hospitalização.

## Conclusão

Estado cognitivo alterado aumenta a duração da hospitalização de pessoas idosas em hospitais de cuidados agudos.

## Referências


1. Tarrés Chamorro S. Vejez y sociedad multicultural. *Gac Antropol.* [periódico na Internet]. 2002; 18. [acesso 26 nov 2010]. Disponível em: [http://www.ugr.es/~pwlac/G18\\_05Sol\\_Tarres\\_Chamorro.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G18_05Sol_Tarres_Chamorro.html)
2. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Libro Blanco de la Dependencia. 2004. [acesso 26 nov 2010]. Disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.html>
3. United Nations Population Division. World Population Prospects: the 2002 revision. [acesso 10 nov 2010]. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/>
4. United Nations. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision. [acesso 8 Oct 2010]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp>
5. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Gobierno de Aragón. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007: Aragón. [acesso 10 Oct 2010]. Disponível em: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>
6. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. Hombres, envejecimiento y salud. 2001. [acesso 26 nov 2010]. Disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/psicologia/vejez/documentos.html>
7. Gallud J, Guirao Goris JA. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004. [acesso 26 nov 2010]. Disponível em: <http://www.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3785-2004.pdf>
8. Servicio Andaluz de Salud (ES). Consejería de Salud. [acesso 26 nov 2010]. Disponível em: [www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/)
9. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Gobierno de Aragón: departamento de salud y consumo. 2006.
10. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Cross-cultural adaptation and validation of Pfeiffer's test (Short Portable Mental Status Questionnaire [SPMSQ]) to screen cognitive impairment in general population aged 65 or older. *Med Clin.* 2001;117(4):129-34.
11. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:32-40.
12. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A y GMPZ (Grupo de Morbilidad Psíquica y Psicossomática de Zaragoza). Goldberg's anxiety and depression scales (E.A.D.G.): a useful interview guideline for detection of psychological distress. *Aten Primaria.* 1993;12:345-9.
13. Lobo A, Montón A, Campos R, García-Campayo J, Pérez, Echevarría MJ. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán; 1993.
14. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna de Castillo J de D, Lardelli Claret P. Validity and reliability of the Appgar-family questionnaire on family function. *Aten Primaria* 1996;18(6):289-96.
15. Cabrera González A, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V, García González JV, Díaz Palacios A, Salamea García D. Evaluation of the reliability and validity of a scale of social evaluation of the elderly. *Aten Primaria.* 1999;23(7):434-40.
16. Navarro Pardo E, Meléndez Moral JC, Tomás Miguel JM. Relationship between psychological and physical dimensions of life quality in elderly persons. *Gerokomos.* 2008;19(2):63-7.
17. Cuesta Antelo MI. Implementation of a socio-medical assessment unit (UVASS) located in a hospital for acute patients (Fundation Hospital Son Llatzer: FHSLL). *Gerokomos.* 2008;1(1):16-20.

18. Martínez-Martín P, Fernández Mayoralas G, Frades-Payo B, Rojo-Pérez F, Petidier R, Rodríguez-Rodríguez V, et al. Validation of the Functional Independence Scale. *Gac Sanit.* 2009;23(1):49-54.
19. Hervas A, García de Jalón E. Cognitive state as a conditioner of frailty in the elderly. Perspective from a health centre. *An Sist Sanit Navar.* 2005;28(1):35-47.
20. Mercedes Zavala G, Daisy Vidal G, Manuel Castros S, Quiroga P, Gonzalo Klassen P. Social functioning of elderly. *Cienc Enferm.* 2006;12(2):53-62.
21. Gómez González R, Sánchez Carrasco G, Rodríguez Aguilar GA. Vulnerabilidad de los pacientes mayores de 64 años a través de una valoración multidimensional. *Invest Cuid.* 2004;2(3):16-23.
22. Rojas Ocaña MJ, Toronjo Gómez A, Rodríguez Ponce C, Rodríguez Rodríguez JB. Autonomy and health status perceived by elderly institutionalised people. *Gerokomos.* 2006;17(1):6-23.
23. García Lozano L, Mérida Quiñones F, Mestre Reoyo I, Gallego Parrilla MD, Duarte Romero AJ, Mesa Ramos RG, et al. La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar. *Aten Primaria.* 2000;25(4):62-9.
24. Bocchi SCM, Silva L, Juliani CMCM, Spiri WC. Nurses' behaviours and their impacts on elderly hospitalized patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(2):1-7.
25. Blanca Gutiérrez JJ, Caraballo Núñez MA, Luque Pérez M, Muñoz Segura R. The increase of patient independence in hospital. *Enferm. Global.* 2009; 16. [acesso 28 ago 2010]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0104-116920070002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-116920070002&lng=en&nrm=iso)

Recebido: 13.1.2011

Aceito: 11.10.2011

### *Como citar este artigo:*

Lorén Guerrero L, Gascón Catalán A. Variáveis biopsicossociais relacionadas à duração de hospitalização em idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dez. 2011 [acesso em: ];19(6):[08 telas]. Disponível em:

URL



dia ano  
mês abreviado com ponto