

Avaliação de incapacidades em pacientes internados no Hospital Central da Santa Casa de São Paulo

Impairments evaluation in Santa Casa de São Paulo hospitalized patients

Sérgio Lianza¹, Eduardo de Melo Carvalho Rocha², Marcele Pescuma Capeletti Padula³, Maria Alice dos Santos Lelis³, Áurea Tamami Minagawa Toriyama⁴, Karina Pavan⁵, Ana Carolina dos Anjos Cabral⁶, Camila B. Vieira⁶, Daniela Magalhães dos Santos⁷, Evelyn Yamashita⁶, Elisângela Fernandez Previtali⁸, Fabiana Yassuko Rovari⁶, Iza Maria Ozaki⁶

Resumo

Introdução: A internação hospitalar não pode ser considerado fator incapacitante por si só, porém parcela significativa da população hospitalar desenvolve disfunções e incapacidades. Assim, há a necessidade de se conhecer esta população e suas incapacidades para permitir o tratamento mais específico e global. **Objetivo:** Este estudo deseja determinar a presença de incapacidades motoras, cognitivas, dolorosas e mistas entre a população de internados no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Métodos:** O trabalho consiste em estudo observacional transversal de busca ativa, no qual foram estudados pacientes internados no Hospital Central da Santa Casa de São Paulo. **Resultados:** Foram estudados 198 pacientes no total. Incapacidades foram encontradas em 70% dos pacientes es-

tudados. A mais freqüente foi a motora observada em 40% dos pacientes estudados, seguida pelas incapacidades dolorosas em 33% dos pacientes e pelas incapacidades cognitivas em 25% dos pacientes. **Conclusão:** A presença de incapacidades entre os pacientes estudados foi alta.

Descritores: Pessoas com deficiência/reabilitação, Avaliação da deficiência, Pacientes internados, Hospitais gerais

Abstract

Background: The hospitalization is not considered as incapacitating, but a significant part of patients does develop malfunctions or impairments. Thus, there is a need to acknowledge this population and its impairments, aiming at treating the patients on a more specific and global way. **Objective:** This study aims at determining the presence of motor, cognitive, painful and mixed impairments in the hospitalized inpatient population in the Main Hospital at Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Methods:** The survey herein consists of an observational study of transversal active search, in which we studied all the patients hospitalized in the Main Hospital at Santa Casa de São Paulo. The data collection for the survey herein was performed by means of an application form comprising items regarding the motor impairment, cognitive impairment. **Results:** Impairments were found in 70% of the patients studied. The most frequent impairment was motor impairments, observed in 40% of the patients, followed by pain, with 33%, and by cognitive impairments, found in 25% of the patients. **Conclusion:** There is a significant presence of impairments in the sample population studied.

Key words: Disabled people/rehabilitation; Disability evaluation; Inpatients; Hospitals, general

Introdução

Nas últimas décadas observa-se que a Medicina com suas novas técnicas de tratamento e diagnóstico

1. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Ortopedia e Traumatologia
2. Instrutor de Ensino da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Ortopedia e Traumatologia. Médico Fisiatra do Serviço de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
3. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Enfermagem
4. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Enfermagem
5. Fisioterapeuta do Serviço de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
6. Enfermeiras graduadas pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
7. Discente do 4º Ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
8. Mestranda em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL

Trabalho realizado: Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Endereço para correspondência: Eduardo Rocha. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Serviço de Reabilitação - Rua Dr. Cesário Mota Jr, 112 - Vila Buarque - CEP. 01221.020 - e-mail: giu.edu@ig.com.br

permitiu que número expressivo de pacientes com doenças graves conseguisse sobreviver, porém este aumento de sobrevida acompanha-se de significativo aumento do número de incapacidades, que interferem na reintegração plena do paciente à sua família, lar, atividades domiciliares e de trabalho, mesmo após a cura ou controle de sua doença principal¹. Atualmente, doenças crônicas e incapacitantes, constituem-se em grande desafio para as estruturas de saúde, uma vez que estas estão adaptadas tecnologicamente para o cuidado e solução de casos agudos. Por este motivo há a necessidade de se conhecer esta população em suas incapacidades, visando o tratamento do paciente de forma mais específica e global. Atualmente é preocupação da Medicina não apenas tratar estas incapacidades, mas também prevenir, adiar, minimizar e reduzi-las, por intermédio de diversas intervenções reabilitatórias².

Segundo dados do censo do IBGE (2000) 14,5% da população brasileira (aproximadamente 27 milhões de pessoas) apresentam algum grau de deficiência que interfere na vida cotidiana³. Em pacientes hospitalizados espera-se encontrar frequências mais altas de incapacidades devido a própria necessidade de internação^{4,5,6,7,8,9}.

O uso apropriado de determinada forma de reabilitação exige conhecimento claro das causas de incapacidade. É comum na avaliação de determinada doença, dar-se mais ênfase a seus aspectos etiológicos, patológicos e clínicos, o que é de certa forma incompleto, pois com isso, não se analisa a total consequência da doença na realidade do paciente, tanto pessoal como coletivamente, sendo então necessária análise complementar para buscar a justificativa da alteração da função pessoal do paciente causada pela doença, que seria demonstrada pelo seguinte raciocínio: doença causa defeito, que gera incapacidade, que se traduz em invalidez¹. Lesão é definida como toda alteração funcional ou anatômica secundária a doença ou trauma; incapacidade como consequência da lesão que acarreta dificuldades ou mesmo impede o desempenho de determinada função; e invalidez como sendo a desvantagem resultante da incapacidade que dificulta ou impede a auto-suficiência nas atividades da vida diária, no trabalho ou no lazer¹.

As incapacidades podem atingir várias áreas da saúde e ser didaticamente subdividida em motoras, cognitivas, dolorosas e mistas, sendo as motoras aquelas relacionadas com o sistema neuro-músculo-esquelético, as cognitivas relacionadas com as funções corticais superiores e as dolorosas com a presença da dor. Para avaliar estas incapacidades são usados escalas, avaliações clínicas e exames complementares^{1,2}.

A utilização conjunta desses testes permite visão funcional global do paciente avaliado, fato este im-

portante para determinar não só o diagnóstico funcional, mas também para programar o tratamento reabilitacional a ser instituído^{10,11,12,13,14}.

Objetivos

Avaliar a presença de incapacidades nos pacientes internados no Hospital Central da Santa Casa de São Paulo.

Casuística e Métodos

Realizou-se estudo observacional de busca ativa transversal no qual foram estudados todos os pacientes internados no Hospital Central da Santa Casa de São Paulo, nos Departamentos de Medicina, Ginecologia, Cirurgia e Ortopedia e Traumatologia, e que podiam se comunicar ou tinham os dados seletivos à pesquisa contidos no prontuário, durante um período que correspondeu aos meses de setembro e outubro de 2007.

Nesta casuística foram excluídos pacientes internados em unidades de Pronto Socorro, e Terapia Intensiva, devido aos quadros clínicos instáveis e indefinidos, e os internados no Departamento de Pediatria por exigirem metodologia diversa na avaliação de incapacidades.

A coleta de dados foi obtida por formulário constituído por itens referentes à incapacidade motora, cognitiva e dolorosa e pesquisa de fatores associados.

Cada enfermaria recebeu apenas uma visita para busca dos pacientes, para que se evitasse distorções da amostra por enfermarias com maior rotatividade de pacientes e sazonalidades.

No total foram avaliados 196 pacientes que preenchiam os critérios citados acima.

Este trabalho foi previamente enviado e submetido à aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Protocolo de avaliação

O seguinte protocolo foi utilizado nesta pesquisa:

1.1) Identificação

- 1.1.1) Iniciais do nome e registro hospitalar
- 1.1.2) Data de nascimento
- 1.1.3) Sexo
- 1.1.4) Tempo de internação

1.2) Antecedentes Pessoais

- 1.2.1) Capacidade funcional anterior à internação classificada pelo índice de Barthel¹⁵.

1.3) Avaliação de incapacidade motora:

1.3.1) Limitação da amplitude de movimento articular - detectada pela goniometria, e considerada:

- leve: < 20% do normal,
- moderada: 20 a 50 % do normal,
- grave: > 50% do normal,

Com descrição de deformidades estruturadas.

As amplitudes pesquisadas e seus valores normais foram as utilizadas por Hoppenfeld (1980)¹⁶. A classificação nos diferentes graus foi definida pelos autores.

1.3.2) Diminuição da força muscular - baseada no teste de Lovett (1983)¹⁶ para força muscular.

O teste de Lovett consiste na realização da contração muscular voluntária, onde:

grau 0 - sem contração

grau I - esboço de contração muscular

grau II - contração muscular que não vence a gravidade

grau III - contração muscular vence a gravidade, mas não vence a resistência do examinador

grau IV - contração muscular vence a resistência, mas está subnormal

grau V - contração normal

A diminuição da força muscular foi considerada leve se grau IV na escala de Lovett, moderada se grau III, e grave se I ou II.

1.4) Avaliação cognitiva:

1.4.1) Presença ou não de comunicação verbal ou gestual pela escala de coma de Glasgow¹⁷ em anexo para avaliar a possibilidade de resposta verbal dos pacientes, sendo que para valores abaixo de 13 não foram realizados os outros testes que exigiam informação do paciente. Apesar da escala ser descrita para pacientes com quadro de coma, foi utilizada neste trabalho devido sua facilidade de uso.

1.4.2) Teste do mini exame do estado mental de Folstein et al (1975): Considerado normal escore de 30 a maior ou igual a 24 para pacientes com mais de oito anos de ensino escolar, de 30 a maior ou igual a 18 para pacientes com menos de oito anos de escolaridade, e de 30 a maior ou igual a 14 para pacientes analfabetos e sem escolaridade. A versão em português do teste e sua divisão pela escolaridade é validada^{18,19,20}. São avaliadas as orientações temporal, a orientação espacial, a memória imediata, a memória de evocação, atenção e cálculo, e a linguagem, como o esquema no em anexo.

1.5) Avaliação dolorosa:

1.5.1) Uso da escala verbal descritiva de dor de 0-10^{11,21,22}, onde o zero traduz ausência de dor e a nota

dez representa a dor de mais forte intensidade possível. A dor é perguntada diretamente ao paciente que responde qual número inteiro entre um a dez que melhor representa sua dor, e quando a resposta não é possível por incapacidade cognitiva o paciente é excluído da avaliação.

Foi considerada dor de forte intensidade aquela com nota de valor entre sete a dez; de moderada intensidade nota com valor entre cinco a seis; e de baixa intensidade a com escores compreendidos entre um a quatro²³.

Como incapacidade motora consideram-se limitações graves de amplitudes articulares, perda de força muscular moderadas a graves. Considerou-se as incapacidades algicas aquelas em que o paciente referir dor de moderada a forte intensidade e incapacidade cognitiva como a não apresentação de resposta verbal, ou mini exame do estado mental abaixo dos valores considerados normais.

1.6 Avaliação funcional

Os pacientes foram avaliados funcionalmente pela escala de Barthel para determinação de seu *status* funcional. A pontuação mínima é zero e traduz dependência completa, porém valores menores que 70 também refletem quadros de dependência funcional.

Resultados

No total foram avaliados 198 pacientes com distribuição por sexo de 52,5% homens e 47,5 % mulheres. A idade média dos pacientes era de 48 +/- 18,5 anos, sendo que 26,5% dos pacientes eram idosos.

As incapacidades estavam presentes em 70,4% pacientes, e a mais comum era a incapacidade motora (39,8%), seguida pela dolorosa (33,2%) e cognitiva (25%). Destes pacientes 67,4% apresentavam mais de uma incapacidade.

O tempo médio de internação foi de 8,4 +/- 7,4 dias sendo que internações superiores a cinco dias foram observadas em 53,5% dos casos.

Entre os pacientes da casuística estudada 45,4% apresentavam alterações funcionais pela escala de Barthel.

Segundo as divisões de enfermarias encontrou-se presença de incapacidades em 93% dos pacientes do Departamento de Ortopedia (22% cognitivas, 54% dolorosa, 81% motoras), 66% dos pacientes do Departamento de Cirurgia (26% cognitivas, 29% motoras, 33% dolorosa), 65% dos pacientes do Departamento de Ginecologia (24% cognitivas, 48% dolorosa, 21% motoras) e 58% dos pacientes do Departamento de Medicina (28% cognitivas, 28% dolorosas, 14% motoras) (Figura 1)

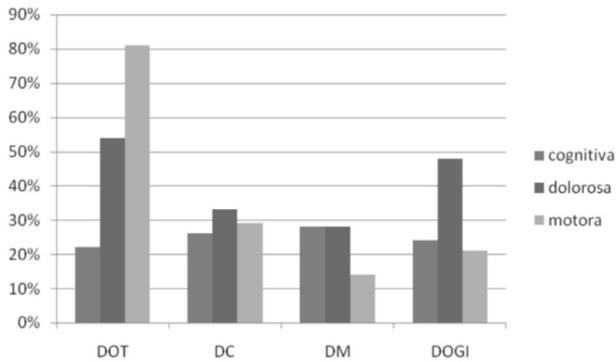


Figura 1 - Distribuição das incapacidades dos pacientes pelos diferentes departamentos do Hospital Central da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (DOGI); Departamento de Ortopedia e Traumatologia (DOT); Departamento de Cirurgia (DC); Departamento de Medicina (DM)

Discussão

Entre a população de pacientes hospitalizados há aumento na incidência de transtornos cognitivos e incapacidades. As incapacidades na população de um hospital, principalmente se já existe incapacidade prévia, são geralmente multifatoriais e interligadas. Pacientes com três ou mais deficiências apresentam 60% de chance de apresentar alguma incapacidade no período de um ano, enquanto pacientes sem deficiências conhecidas têm chance de 7% de adquirirem alguma incapacidade. Neste estudo observa-se a semelhança destes dados com a presença de incapacidades associadas em 67% dos pacientes^{1,2,3,8,9}.

Segundo alguns autores a hospitalização aguda cria aumento das incapacidades, por vários fatores como mudança da rotina, alteração no ciclo do sono vigília, aumento no consumo de medicamentos com diversos efeitos colaterais, além de que durante as internações são reforçados hábitos que levam a maior incapacidade, como as circunstâncias de o paciente permanecer mais tempo acamado e de os funcionários do hospital realizarem suas atividades. Também quadros algícos não controlados adequadamente ocasionam incapacidades isoladamente ou em associação com quadros de diminuição cognitiva e da função motora. No paciente que se encontra sob internação hospitalar deve-se procurar conhecer suas incapacidades potenciais, para que estas possam ser prevenidas e quando existirem tratadas precocemente. Neste trabalho observou-se alta frequência de incapacidades em todos os grupos de pacientes (70,4%), principalmente relacionada com a dor, o que mostra a importância destes dados para a realização de programas de reabilitação por toda equipe profissional que lida diretamente com os pacientes^{8,9}.

Quanto ao gênero dos pacientes encontrou-se

maioria de pacientes do sexo masculino, apesar da população brasileira ter predomínio feminino. Esta divergência parece ser resultado da alta casuística de pacientes traumatizados tratados no Hospital, pacientes estes que são geralmente do sexo masculino.

Segundo dados do I.B.G.E. (2000), o número de idosos representa oito por cento da população brasileira. É descrito que os idosos, em média, apresentam uma taxa de internação duas vezes maior que a da população não idosa. Esses dados coincidem com dados brasileiros e da região de São Paulo segundo o DATASUS (2005). Dessa forma, baseado nos dados do último censo populacional do I.B.G.E. (2000), espera-se que aproximadamente 16% dos leitos sejam ocupados por idosos, o que está abaixo do encontrado neste estudo (26%). Infere-se a importância desta faixa etária para as atuais estruturas de saúde e reabilitação, visto que esta taxa deve aumentar progressivamente com o decorrer dos próximos anos associado a internações por doenças mais graves, com maiores gastos para o sistema de saúde, mais complicações, períodos mais prolongados de internação e maiores incidências de incapacidades graves^{3,4,24-30}.

Com a internação é esperado aumento nas incapacidades funcionais e secundariamente piora nos níveis funcionais^{5,6}, o que foi observado de maneira discreta. Este aumento nas incapacidades com decréscimo da capacidade funcional que pode atingir até 50% dos pacientes internados³¹ foi expressivo nesta casuística, chegando a 74% da população estudada. Importante ressaltar que os dados analisados nesta pesquisa ocorreram em hospital geral de características terciárias de atendimento à saúde, onde se encontram pacientes internados com doenças de natureza mais complexa, e possível maior grau de incapacidades presentes.

Em relação a distribuição das incapacidades pelos diferentes Departamentos encontrou-se predomínio de incapacidades motoras na Ortopedia onde são esperadas com maior frequência, enquanto as incapacidades cognitivas são mais frequentes entre os paciente de atendimento clínico, coincidindo com os achados. Chama atenção na casuística a alta frequência de quadros dolorosos em todos os departamentos principalmente nos cirúrgicos, apesar de estarem de acordo com o esperado para hospitais terciários¹³. Destacamos a alta presença de incapacidades na Ginecologia/Obstetrícia onde não esperávamos encontrá-las devido a média etária deste departamento ser mais jovem (37 anos) e as pacientes internarem geralmente para cirurgias e procedimentos de rotina. Porém neste Departamento há alta presença de incapacidades dolorosas, cognitivas e também motoras, mostrando necessidade de acompanhamento reabilitacional específico. Estes dados traduzem a necessidade de sistematização para o atendimento das enfermarias atra-

vés de pesquisa precoce dos diferentes tipos de incapacidades associado ao tratamento global, interdisciplinar e preventivo destas. Na literatura pesquisada encontra-se a prevalência de dor entre 25 a 30% na população comunitária¹¹ e 45 a 65% entre pacientes hospitalizados¹³, concordando com os dados encontrados neste trabalho. A dor associa-se positivamente com as outras incapacidades. Os pacientes com incapacidades cognitivas e motoras também eram os que apresentavam mais dor, o que mostra a associação entre a dor e a gênese de outras incapacidades, concordando com dados de literatura^{2,11}.

Por ser uma unidade de nível de atenção terciária, a presença de pacientes portadores de incapacidades em nosso Hospital é alta sendo superior a população geral³². A constatação desta alta frequência de incapacidades pode sugerir a necessidade de ampliação das equipes interdisciplinares de reabilitação nas enfermarias do Hospital Central da Santa Casa de São Paulo, assim como uma mudança no foco de atenção, através de uma avaliação ativa mais precoce de todos os profissionais que coordenam as unidades de internação.

Conclusão

A presença de incapacidades é alta nos pacientes internados no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Referências Bibliográficas

1. Lianza S. Medicina de reabilitação. In: Lianza S. Medicina de reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007a. p.1-10.
2. Clark GS, Siebens HC. Rehabilitation of the geriatric patient. In: Delisa JA, Gans BM, editors. Rehabilitation medicine: principles and practice. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1998. p.1013-48
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: características da população e dos domicílios: resultados do universo. 2000 [on line] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>. [02 de julho de 2007]
4. Clark LP, Dion DM, Barker WH. Taking to bed. Rapid functional decline in an independently mobile older population living in an intermediate care facility. J Am Geriatr Soc. 1990; 38:967-72.
5. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. [Review] J Am Geriatr Soc. 1990; 38:1296-303.
6. Sager MA, Franke TF, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996; 156:645-52.
7. Hall WJ. Update in geriatrics. [Review] Ann Intern Med 1997; 127: 557-64.
8. Molaschi M, Ponzetto M, D'Agostino E, Francisetti F, Maero B, Maina P, et al. Valutazione dello stato cognitivo e funzionale in anziani ospedalizzati. Recenti Prog Med. 2001; 92:327-31.
9. Weitzel T, Robinson SB. A model of nurse assistant care to promote functional status in hospitalized elders. J Nurses Staff Dev. 2004; 20:181-6.
10. White PF. Patient controlled analgesia: a new approach to the management of postoperative pain. Semin Anesth. 1985; 4:255-66.
11. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Symptom Manage. 1995; 10:591-8.
12. Santos EMM, Pimenta CAM. Contradições entre o relato de dor no pós-operatório e a satisfação do doente com a analgesia. Rev Bras Cancerol. 2000; 46:93-104.
13. Rainfray M, Brochet B, de Sarasqueta AM, Michel P. Evaluation de la douleur des personnes âgées hospitalisées. Enquête descriptive transversale. Presse Med. 2003; 32:924-9.
14. Nikolaus T, Zeyfang A. Pharmacological treatments for persistent non malignant pain in older persons. [Review] Drugs Aging. 2004; 21:19-41.
15. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965; 14:56-61.
16. Lianza S. Avaliação clínica da incapacidade. In: Lianza S. Medicina de reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007b. p.11-21.
17. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet. 1974; 2:81-4.
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini mental state". A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatry Res. 1975; 12:189-98.
19. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. 1994; 52:17.
20. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH; Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61:777-81.
21. Melzack R. The puzzle of pain. New York: Basic Books; 1973.
22. Dalton JA, McNaull F. A call for standardizing the clinical rating of pain intensity using a 0 to 10 rating scale. [Review] Cancer Nurs. 1998; 21:46-9.
23. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. Pain. 1995; 61:277-84.
24. Chiovatto J. Reabilitação em geriatria. In: Papaleo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 324-30.
25. DATASUS – Rede interagencial de informações para saúde. Indicadores e dados básicos do Brasil. 2004 2000 [on line]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?> (22 de agosto de 2007).
26. Kunkel SR, Applebaum RA. Estimating the prevalence of long term disability for an aging society. J Gerontol. 1992; 47:S253-60.
27. Rocha EMC, Forte, G. Princípios de reabilitação geriátrica. In: Lianza S. Medicina de reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.410-9
28. Fitzpatrick JJ, Stier L, Eichorn A, Dlugacz YD, O'Connor LJ, Salinas TK, et al. Hospitalized elders: changes in functional and mental status. Outcomes Manag. 2004; 8:52-6.
29. Manten KG. The future of old age. In: Tallis R, Fillit H, Brocklehurst JC. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology. London: Churchill Livingstone; 1998. p.35-44.
30. Kirby RL. Impairments, disabilities and handicaps. In: Delisa JA, Gans BM, editors. Rehabilitation medicine: principles and practice. Philadelphia: Lippincott; 1998. p.3-33.
31. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saude Publica. 2004; 38:687-94.
32. Rocha EMC, Lianza S. Evaluación del deterioro presentado em personas de la tercera edad en un hospital general. Rev Mex Med Fis Rehab. 2007 19:8-15.

Trabalho recebido: 20/05/2008

Trabalho aprovado: 30/07/2008