

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Geriatria e Gerontologia
Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica
Dissertação de Mestrado

**CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE
GERIÁTRICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO NA
REGIÃO METROPOLITANA DE
PORTO ALEGRE / RS**

Márcia Welfer

Porto Alegre
2007

Márcia Welfer

**CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE GERIÁTRICA DE UM HOSPITAL
TERCIÁRIO NA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz da Costa Vieira

Co-orientador: Prof. Dr. Emílio Hideyuki Moriguchi

Porto Alegre

2007

Márcia Welfer

**CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE GERIÁTRICA DE UM HOSPITAL
TERCIÁRIO NA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/RS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Aprovada em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz da Costa Vieira
Orientador

Prof. Dr. Rodolfo H. Schneider (IGG/PUCRS)

Prof. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva (UFRGS)

Prof. Dra. Marion Creutzberg – Suplente (PUCRS)

***Dedico este trabalho, especialmente, a
duas pessoas responsáveis por tudo
aquilo que sou e adquiri em minha
caminhada: meus pais.
Fica meu eterno agradecimento e
orgulho.***

Agradecimento

À minha família pelo incentivo e presença constante em todas as horas.

À Deus, que esteve presente em todos os momentos especialmente nos mais difíceis e, tenho certeza, que sempre estará a conduzir-me.

Ao meu orientador, professor Dr. José Luiz da Costa Vieira, pela dedicação, paciência, apoio, disponibilidade e pela grande contribuição que teve na realização deste trabalho. Fica o meu infinito reconhecimento, gratidão e admiração.

Ao professor Dr. Emílio Hideyuki Moriguchi pela atenção, paciência, orientando-me ao longo desta caminhada.

Às minhas verdadeiras amigas por apoiar e compreender minha ausência para que esta etapa fosse concluída.

Ao professor João Feliz, pela paciência e disponibilidade para o auxílio com a análise estatística.

À todos os funcionários do SAME pela paciência, atenção e carisma.

Enfim, agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este trabalho se concretizasse. Aqui fica o meu muito obrigado.

***"A velhice, principalmente se for
vivida com honra, é algo tão
respeitado que nem todos os
prazeres da juventude conseguem
excedê-la em valor".***

(Cícero)

RESUMO

Introdução: O envelhecimento é caracterizado biologicamente por alterações estruturais e funcionais que ocorrem em todos os indivíduos. No entanto, alterações mais intensas podem provocar modificações nesse processo caracterizando as doenças, levando os idosos a utilizarem os serviços hospitalares com maior frequência. A melhor compreensão desse fenômeno poderia ajudar na sua prevenção. **Objetivo:** Caracterizar as causas de internação de idosos no Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul ao longo de um ano, relacionado os dados com estações do ano e faixas etárias. **População e Métodos:** Foram analisados prontuários de idosos de 60 anos ou mais internados no período de março/2005 a fevereiro/2006. A análise foi realizada utilizando o teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher com o programa SPSS 13.0, Chicago, Illinois, EUA. Foi adotada uma significância de 5% e o estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição. **Resultados:** O sexo predominante foi de mulheres. A faixa etária de maior frequência foi de idosos com 80-89 anos. Nessa faixa etária ocorreu uma significância maior de idosos provenientes de instituições geriátricas. Os principais sinais / sintomas na internação foram piora do estado geral, tosse e dispnéia, não ocorrendo diferenças relevantes entre as faixas etárias e as estações do ano. O motivo de internação mais freqüente foi por doenças respiratórias, seguido por doenças cardiovasculares e geniturinárias. As internações por doenças respiratórias foram mais freqüentes como causa de internação no outono e no inverno e na faixa etária ≥ 90 anos. As principais co-morbidades encontradas foram doenças cardiovasculares e doenças neurológicas e psiquiátricas, sendo essas últimas menos prevalentes abaixo de 70anos. Houve uma maior incidência de óbitos na faixa de idade ≥ 90 anos, sendo sepse a causa de óbito mais freqüente. **Conclusões:** Nessa unidade de internação geriátrica, a causa mais freqüente de internação foi doença respiratória e não cardiovascular como em geral é encontrado, talvez por esta unidade apresentar perfil diferenciado priorizando o atendimento de idosos frágeis e com demência do hospital. As doenças respiratórias tiveram uma participação ainda mais significativa durante o outono e inverno e naqueles com idade ≥ 90 anos.

Palavras Chaves: saúde do idoso, hospitalização, co-morbidades, morbidade, mortalidade.

ABSTRACT

Introduction: Aging is characterized by structural and functional modifications that occur in all individuals. However, more intense alterations may aggravate this process leading to diseases, taking the elderly to use hospital services more frequently. A best understanding of this phenomenon could help in its prevention.

Objective: To characterize the causes of elderly hospitalization in the Geriatrics Services of São Lucas Hospital of Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Brazil, during one year, relating the data with the seasons and with age groups.

Population and Methods: Hospital records of people 60 years old or older interned in the period of March/2005 to February/2006 were reviewed. The analysis was made using the test Qui-square or Fisher's Exact test with the SPSS 13.0 software, Chicago, Illinois, EUA. A significance level of 5% It was adopted. The study was approved by the ethics committee of the institution. **Results:** Female was the predominant sex of the hospitalized elderly. The most frequent age group was the 80-89 years old. Institutionalization In this age group was more frequent. The main signals / symptoms at the hospitalization were worsening of general status, cough and dyspnea, with no differences occurring between age groups and seasons. The most frequent direct cause of internment was respiratory diseases, followed for cardiovascular and genitourinary diseases. Internments due to respiratory diseases were more frequent during autumn and winter and in the age group ≥ 90 years. Cardiovascular disease was the main co-morbidity found. Neurological and psychiatric diseases were less prevalent in people below 70 years old. There was a bigger incidence of deaths in the age group ≥ 90 years, and sepsis was the more frequent direct cause of death. **Conclusions:** In this unit of geriatric internment, the most frequent cause of internment was respiratory disease and not cardiovascular as it is found in general, perhaps due to the medical attendance of fragile and demented elderly of the hospital are prioritized for this unit. The respiratory diseases had even a more significant contribution as cause of hospitalization during autumn and winter and in those with age ≥ 90 years.

Key-words: elderly health, hospitalization, co-morbidities, morbidity, mortality

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra estudada	33
Tabela 2 - Número de idosos institucionalizados por faixas etárias e sexo.....	33
Tabela 3 – Dez sinais e sintomas mais freqüentes dos pacientes na admissão relacionados com as faixas etárias	34
Tabela 4 - Dez sinais e sintomas mais freqüentes dos pacientes na admissão relacionados com as estações do ano	35
Tabela 5 - Dez motivos de internação mais freqüentes relacionados com as faixas de idade	36
Tabela 6 - Dez motivos de internação mais freqüentes relacionados com as estações do ano	37
Tabela 7 - Co-morbidades dos idosos internados por faixas etárias	38
Tabela 8 - Incidência e causas primárias ou secundárias de óbitos nos idosos internados por faixas etárias	39
Tabela 9 - Incidência e causas primárias ou secundárias de óbitos nos idosos internados por estações do ano	39

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CI – Cardiopatia Isquêmica

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

FA – Fibrilação Atrial

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV / AIDS – Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome

HSL – Hospital São Lucas

IGG – Instituto de Geriatria e Gerontologia

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

ITU – Infecção do Trato Urinário

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2.1	O processo de envelhecimento	14
2.2	Indicadores de saúde do idoso	16
2.3	Avaliação da saúde do idoso	18
2.4	Estudos referentes à avaliação de saúde da população idosa	21
2.5	Custos com a saúde	24
2.6	Internação hospitalar de idosos	27
2	OBJETIVO.....	28
2.1	Objetivo Geral	28
2.2	Objetivos Específicos.....	28
3	MATERIAL E MÉTODOS	29
3.1	Delineamento.....	29
3.2	População e amostra	29
3.3	Crítérios de inclusão	30
3.4	Variáveis	30
3.5	Análise Estatística	30
3.6	Ética.....	31
3.7	Estrutura e Redação da Dissertação	31
4	RESULTADOS	32
4.1	Caracterização da amostra	32
4.2	Taxa de institucionalização.....	32
4.3	Sinais e sintomas dos pacientes.....	33
4.4	Motivo da internação.....	35
4.5	Co-morbidades	37
4.6	Óbitos	38
5	DISCUSSÃO	40
6	CONCLUSÕES	46
7	BIBLIOGRAFIA	48
8	ANEXOS.....	56

1 INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa vem ocorrendo de maneira acentuada nas últimas décadas. Projeções da Organização Mundial de Saúde estimam que entre os dez países com maior população idosa em 2025, cinco serão países em desenvolvimento incluindo o Brasil. ¹

A população idosa brasileira está envelhecendo de forma acelerada, com um aumento do número de idosos três vezes acima do que vem ocorrendo em países desenvolvidos. Em 2025 o Brasil passará da 16^o para a 6^o posição no mundo em termos de números absolutos de pessoas acima de 60 anos de idade. ^{1,2,3}

O processo do envelhecimento caracteriza-se biologicamente como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível o qual inicia no nascimento e acompanha por todo o tempo de vida possível e só termina com a morte.⁴ Contudo, doenças podem acelerar o envelhecimento.

Além disso, a transição demográfica expressa alteração no perfil de morbimortalidade em que doenças infecciosas são substituídas por doenças crônicas.^{5,6} As doenças crônicas acarretam incapacidades e alteram a qualidade de vida do idoso, levando-o a utilizar os serviços hospitalares com mais frequência. O tratamento das doenças crônicas é mais prolongado, a recuperação é mais lenta e complicada, o que eleva o custo da assistência à saúde na terceira idade. ^{7,3}

Ainda, a hospitalização em idosos permeia vários conflitos como confinamento no leito, cumprimento de normas e rotinas da instituição, dificultando a adaptação ao ambiente gerando estresse, isolamento, depressão, medo da morte entre outros, acarretando impacto negativo não só para o idoso, mas também para sua família e para a sociedade sociedade como um todo em termos de custos gerados. ⁸

Dessa forma, estudos referentes à causas de internação hospitalar em idosos relacionando-as com outros fatores no sentido de fornecer subsídios podem contribuir para montar estratégias com o intuito de minimizar o impacto da internação hospitalar ao idoso e para diminuir custos sociais e pessoais. Além disso, estudar o

perfil de morbi-mortalidade da população é importante para trazer parâmetros confiáveis na caracterização do perfil da saúde da população idosa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O processo de envelhecimento

O fenômeno do envelhecimento vem constituindo foco de discussão mundial. A partir da década de 70, uma série de conceitos relativos à saúde das populações passou a ser reavaliado diante de um novo fenômeno, o envelhecimento populacional.⁹

Em todo o mundo, a proporção de pessoas acima de 60 anos de idade está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Cronologicamente é considerado idoso todos aqueles indivíduos com 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos enquanto nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o ponto de corte etário adotado pela ONU (Organização das Nações Unidas) como a idade de transição para o segmento idoso da população é de 60 anos.¹⁰

Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223% de pessoas idosas. Em 2025, existirão aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos de idade, enquanto até 2050 são estimados 2 bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.¹¹ Além disto, a proporção da população "mais idosa", acima de 80 anos, tem aumentado, alterando a composição etária dentro do próprio grupo.¹²

O envelhecimento da população brasileira se evidencia por um aumento da participação do contingente de pessoas maiores de 60 anos de 4% em 1940 para 9% em 2000.¹² Nossa população vem envelhecendo rapidamente desde o início da década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou progressivamente a estreitar a base da pirâmide populacional. Além disso, a diminuição das taxas de mortalidade em resposta as ações médico-sanitárias do Estado também contribuiu para o envelhecimento da população brasileira.²

A migração é a outra variável que pode acelerar e/ou retardar o envelhecimento populacional. Na maioria dos casos quem migra são os mais jovens que vão à procura de melhores condições de vida. Quando migram deixam para trás os familiares mais velhos isto, leva a um aumento na proporção de idosos das

regiões de emigração e a diminuição na proporção de idosos das populações das regiões de imigração.¹³

O aumento da expectativa de vida registrado na primeira metade do século XX nos países desenvolvidos resultou de um rápido declínio das taxas de mortalidade, principalmente, materno-infantil e aquelas causadas por doenças infecciosas na infância e na primeira etapa da idade adulta. O acesso à moradia, saneamento, educação de melhor qualidade e as medidas de saúde pública (como imunizações contra doenças infecciosas) contribuíram para essa transição epidemiológica.¹⁴

O envelhecimento populacional esteve muito associado às regiões mais desenvolvidas do mundo. Se considerarmos os dez países do mundo com população acima do que 10 milhões de habitantes e com maior proporção de habitantes idosos, veremos que nove deles estão na Europa. Esperam-se poucas mudanças nessa ordem até 2025 quando pessoas de 60 anos ou mais irão formar aproximadamente um terço da população de países como Japão, Alemanha e Itália. À medida que a proporção de crianças e jovens diminui e a população acima de 60 anos de idade aumenta, a pirâmide triangular da população de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025.¹¹

Nos países em desenvolvimento, também, está ocorrendo um rápido envelhecimento da população. Em 2002, aproximadamente 400 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade viviam no mundo em desenvolvimento. Até 2025 este número terá aumentado para aproximadamente 840 milhões, rerepresentando 70% das pessoas idosas em todo o mundo. Em termos de regiões, mais da metade da população de pessoas mais velhas vive na Ásia. Nas próximas duas décadas, o percentual da Ásia aumentará ainda mais, enquanto a participação da Europa na população mundial mais velha diminuirá.¹¹

Comparando os países desenvolvidos com os países em desenvolvimento, esses não têm acompanhado o ritmo rápido de envelhecimento da população com concomitante desenvolvimento sócio-econômico. Enquanto a França levou 115 anos para dobrar a população de pessoas mais velhas de 7% para 14%, a China levará 27 anos para atingir o mesmo aumento.¹¹ A população brasileira, também, está envelhecendo de forma acelerada, com um aumento no número de idosos três vezes maior que o ocorrido nos países desenvolvidos.^{2,15}

Há projeções, para o ano de 2020, de um incremento na população de idosos no Brasil na ordem de 225% e de uma expectativa média de vida ao nascer de 75,5 anos. Dessa forma, o Brasil deverá passar, entre 1960 e 2025, da décima sexta para a sexta posição mundial em termos de número absoluto (cerca de 32 milhões) de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, sendo esperado que 13,8% da população brasileira seja composta por idosos.^{16,17,2}

Devido às diferenças étnicas, culturais e socioeconômicas, a evolução demográfica do Brasil é desigual, dependendo da região, estado e municípios avaliados.¹⁸ No Rio Grande do Sul o número de pessoas acima de 60 anos de idade vem aumentando de modo significativo, pois é um Estado que apresenta um perfil epidemiológico, demográfico e sanitário similar aos países industrializados, além de possuir o Índice de Desenvolvimento Humano mais elevado do país, da melhor média nacional referente à longevidade, padrões de vida e educação.^{2,17,19}

Dentro desse contexto, cabe a sociedade debater sobre a transição epidemiológica e suas inevitáveis conseqüências para o sistema de saúde. Alternativas que possibilitem minimizar o impacto do envelhecimento sobre a qualidade de vida da população deverão ser avaliadas, com implementação de políticas públicas direcionadas à manutenção de saúde da população idosa.²

A população idosa feminina possui uma taxa de crescimento mais elevada em relação ao gênero masculino. A maior longevidade da população feminina explica o diferencial na composição por gênero. Conseqüentemente, quanto "mais velho" for o contingente estudado, maior será a proporção de mulheres. Essa predominância de mulheres no envelhecimento tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Uma delas refere-se ao fato de que embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais do que seus parceiros masculinos.¹²

2.2 Indicadores de saúde do idoso

Com o aumento da população idosa aflora o interesse em conhecer os indicadores de saúde desta população, para que possamos melhor intervir em um indivíduo ou em uma comunidade.

Os indicadores de saúde referem-se ao estado de saúde global de um indivíduo ou de uma população, assim, faz-se necessário o seu conhecimento para usá-los tanto no intuito de mudar uma situação existente julgada insatisfatória quanto no objetivo de guiar os próximos passos.^{20,18}

Os principais indicadores de saúde utilizados, para a população geral, são:^{20,18}

Mortalidade: refere-se ao registro de óbito, expressando a relação entre o número de mortos e o número de habitantes; o nível de mortalidade de uma população permite fazer inferências sobre as condições de saúde dos grupos que a constituem;

Morbidade: é muito usado em epidemiologia e estatística para designar o conjunto de casos de uma dada afecção ou a soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos; seu índice mostra o número de casos de uma patologia e o número total de pessoas da comunidade;

Indicadores nutricionais: estimados através de avaliações dietéticas, clínicas e laboratoriais;

Indicadores demográficos: estimados através da composição da população em termos de idade e sexo, das taxas de mortalidade, fecundidade, natalidade e estimativas da expectativa de vida;

Indicadores sociais: estimados a partir da renda *per capita*, distribuição da renda e taxa de analfabetismo;

Indicadores ambientais: estimados pelas condições sanitárias (exemplo, abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo);

Serviços de saúde: avaliados a partir dos indicadores de insumo (recursos humanos, materiais, financeiros), indicadores de processo (para inferir a qualidade da assistência prestada à população), indicadores de resultados e de impacto (satisfação do usuário);

Indicadores positivos de saúde: obtidos pela aplicação de escalas de risco para classificar os doentes, mensuração da qualidade de vida entre sadios e doentes.

Conhecer a situação e as circunstâncias de vida da população como um todo é uma tarefa difícil decorrente das heterogeneidades existentes no grupo etário idoso. A estimativa da saúde através do conhecimento destes indicadores torna-se

ainda mais complexa, pois os idosos constituem um grupo populacional especial, com estilo de vida, rendimentos, condições sociais e necessidades bastante diversos do restante da população, além do aumento da expectativa de vida levar as condições de saúde que multiplicam o número de pacientes portadores de doenças crônicas.^{18,21}

2.3 Avaliação da saúde do idoso

Com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais, que embora variem de um indivíduo para outro, são encontrados em todos os idosos e são próprias do processo do envelhecimento normal. Contudo, doenças podem induzir maior intensidade em tais modificações, que conseqüentemente se manifestam clinicamente, exteriorizando-se de maneira a tornar possível sua caracterização.²² Porém, não é fácil estabelecer os limites entre a senescência e a senitude, isto é, entre as modificações peculiares do envelhecimento e as decorrentes de processos mórbidos mais comuns em idosos.²²

A transição demográfica também expressa alteração no perfil de morbimortalidade da população, devido ao fenômeno da transição epidemiológica, ou seja, a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Tais doenças podem acarretar incapacidades, e suas complicações contribuem para prejudicar a qualidade de vida do idoso.²³ Esses processos, decorrentes de múltiplos fatores, levam o idoso a apresentar doenças, como as cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas, cerebrovasculares, osteoarticulares e endócrinas, que podem ou não estar associadas, caracterizando as co-morbidades.^{23,24}

Além disso, condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo durante anos. Inclui-se na categoria de doenças crônicas as algumas doenças transmissíveis (como HIV / AIDS), mas principalmente as não transmissíveis (como doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas²⁵) e incapacidades estruturais (amputações, cegueira e transtornos das articulações).²⁶

No entanto, no momento em que doenças transmissíveis se tornam crônicas, essa delimitação entre transmissível e não transmissível se torna artificial e desnecessária, podendo não ser tão útil quanto os termos agudo e crônico para descrever o espectro dos problemas de saúde.²⁶

Não apenas as doenças DCNT são comuns em idosos, como, freqüentemente elas sobrepõem-se, sendo a presença de múltiplas enfermidades ou morbidades uma característica importante nos idosos que compromete a manutenção de sua saúde, qualidade de vida e sobrevida.^{18,27} Além disso, a falta de controle dessas moléstias poderá ocasionar seqüelas e incapacidades associadas.²⁸

As condições crônicas estão aumentando no mundo inteiro, persistindo e necessitando de um certo nível de cuidados permanentes. Além do mais, as doenças crônicas compartilham algumas características preocupantes tais como:

- estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas;
- representam um desafio para os sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e testam nossa capacidade em organizar sistemas que supram as demandas iminentes;
- causam sérias conseqüências econômicas e sociais em todas as regiões ameaçando os recursos da saúde em cada país.²⁶

Para explicar esse aumento exponencial, podemos citar como exemplo as condições não transmissíveis e os distúrbios mentais que representam 59% do total de óbitos no mundo e, em 2000, constituíram 46% da carga global de doenças.²⁶ Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, depressão e câncer.²⁶ No Brasil, em 2001, as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no SUS (Sistema Único de Saúde – OPAS / OMS, 2004).²⁵

Países de renda baixa e média são os que mais contribuem para o aumento na carga global de DCNT. Em 1998, 85% da carga global de doença bem como 77% do total de óbitos em decorrência de condições não transmissíveis ocorreram em regiões de baixa e média renda. Além disso, esses países enfrentam o grande

impacto das doenças crônicas enquanto continuam a lidar com doenças infecciosas agudas, desnutrição e problemas relacionados à saúde materna.²⁶

Se compararmos o número de mortalidade por DCNT no Brasil e nos Estados Unidos da América (EUA) observamos que em nosso país a taxa de mortalidade é menor. Mesmo a população dos EUA sendo praticamente do mesmo tamanho que a do Brasil até a faixa dos 15 aos 24 anos de idade, ela é quatro vezes maior referente à população acima de 75 anos de idade. Esta diferença explica por que o nosso número de mortes por DCNT é sensivelmente mais baixo se comparado com o dos EUA. Nossa população é mais jovem e morre antes, por causas diversas. Mas a medida em que o processo de envelhecimento avançar no Brasil aumentará a prevalência das DCNT e sua repercussão na seguridade social.²⁵

As doenças cardiovasculares (DCV) como hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência coronariana e a insuficiência cardíaca apresentam alta prevalência na população idosa.²⁹ No Brasil, entre o ano de 1930 e 1985 o aumento da mortalidade por DCV e de neoplasias foi na ordem de 208% e 322%, respectivamente.³⁰ Na década de 80 a mortalidade por DCV aumentou 13% e, nos primeiros anos da década de 90, estas representavam a primeira causa de morte, sendo responsáveis por, aproximadamente, 34% dos óbitos no país.³¹

O aumento da incidência de diabetes em países em desenvolvimento é particularmente preocupante. Essa condição crônica é um dos principais fatores de risco para cardiopatia isquêmica e doença cérebro-vascular e, normalmente, ocorre associada à hipertensão e dislipidemia - outros importantes fatores de risco para problemas crônicos. Os países em desenvolvimento contribuem com $\frac{3}{4}$ da carga global de diabetes. Em 1995, havia no mundo 135 milhões de diabéticos; as projeções indicam que esse número irá atingir 300 milhões no ano 2025.²⁶

Os distúrbios mentais são um dos maiores causadores de incapacidades do mundo. Em decorrência do processo de envelhecimento e de problemas sociais atualmente 400 milhões de pessoas são acometidas por problemas de saúde mental.²⁶

2.4 Estudos referentes à avaliação de saúde da população idosa

O primeiro estudo populacional com avaliação multidimensional de idosos residentes na comunidade brasileira foi realizado em 1984 na cidade de São Paulo. Os dados dessa pesquisa mostraram que os idosos residentes em um grande centro urbano latino-americano apresentavam um perfil muito semelhante ao que se esperaria de uma população de idosos residentes em um país desenvolvido, embora com algumas idiosincrasias marcantes.³²

Em geral, a população de idosos apresentou uma alta prevalência de DCNT, com aproximadamente 90% referindo pelo menos uma DCNT, principalmente hipertensão arterial, dores articulares e varizes. Quase a metade referiu precisar de ajuda para realizar pelo menos uma das atividades instrumentais da vida diária ou pessoal e cerca de um quarto teve um *screening* positivo para distúrbio emocional tipo distímia. Dessa forma, esses dados poderiam ser comparados a uma população urbana européia.³²

Outro dado mostrado pela pesquisa foi que o nível de renda mostrou-se fortemente associado com a saúde física e mental. A proporção de idosos com DCNT, depressão ou dependência física no dia-a-dia foi significativamente mais alta entre idosos de baixa renda.³²

Um inquérito realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, em uma amostra aleatória de 625 pessoas com 60 anos ou mais demonstrou freqüência das seguintes queixas: “coluna” (48%), “pressão alta” (47%), “insônia” (41%), “visão” (38%), “reumatismo” (38%), “circulação” (37%), “angústia” (34%), “estresse” (33%), “depressão” (32%), “coração” (30%) e “varizes” (26%), reafirmando a freqüência de queixas relacionadas às DCNT e revelando proporção de transtornos afetivos, todos provavelmente refletindo na qualidade de vida dessa população.²

Em uma pesquisa realizada com pacientes com 60 anos ou mais de idade internados em uma enfermaria geriátrica de um hospital-escola geral do município de São Paulo, no período de julho de 2000 a agosto de 2001, foram identificados os diagnósticos principais no momento da internação e dos 94 indivíduos estudados 61% apresentaram doenças do aparelho circulatório, 39% transtornos mentais e 33% afecções respiratórias.⁷

Outro estudo foi realizado para observar as causas de internação hospitalar em idosos com mais de 80 anos de idade no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL/PUCRS) de janeiro a dezembro de 2001. De 1.128 pacientes as principais causas de internação por sistema foram cardiovasculares (37%), respiratórias (18%), gastrointestinais (12%), neoplasias (11%), geniturinárias (7%), osteomuscular (5%) e neurológicas (5%). As maiores causas de internação foram pneumonias (14%), acidente vascular encefálico (8%) e insuficiência cardíaca (7%). Não se observou diferença significativa em relação às causas de internação hospitalar e os meses do ano.³³

Ao analisar a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH / SUS) referentes à morbidade hospitalar – por local de internação do Brasil, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), na faixa etária de 60 anos ou mais de idade no período de março 2005 a fevereiro de 2006 observa-se que de 2.230.992 internações a patologia de maior frequência são das doenças do aparelho circulatório (638.848 – 29%), aparelho respiratório (391.950 – 18%), aparelho digestivo (227.993 - 10%), neoplasias (180.083 – 8%) e doenças infecciosas e parasitárias (161.771 – 7%).³⁴

Analisando a mesma base de dados, no mesmo período, mas referente à morbidade hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul (RGS) constatou-se 194.747 internações hospitalares das pessoas de 60 anos ou mais de idade e dessas internações, 55.468 (28%) correspondem a doenças do aparelho circulatório, 46.547 (24%) a doenças do aparelho respiratório, 18.865 (10%) a neoplasias, 18.429 (9%) a doenças do aparelho digestivo e 11.074 (6%) a doenças do aparelho geniturinário.³⁴

No município do Porto Alegre / RS, as maiores causas de internação na população idosa foram às doenças do aparelho circulatório (19.632 - 31%), do aparelho respiratório (11.188 - 17%), neoplasias (7.599 - 12%), doenças do aparelho digestório (5.926 – 9%) e do aparelho geniturinário (4.203 – 7%) de um total de 64.150 internações no período de março de 2005 a fevereiro de 2006.³⁴

O perfil de morbi-mortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes.³⁵ Estudos de morbidade trazem hoje parâmetros mais confiáveis para caracterizar o perfil de saúde da população idosa no Brasil, devido às

limitações da análise da mortalidade isolada. Além disso, os estudos de morbidade abordam conjuntamente as incapacidades, refletindo de modo mais adequado o impacto da doença sobre as famílias, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos.²

No Brasil, em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 46% do total de óbitos, enquanto em 1985 elas representavam 7%. De forma equivalente, as doenças do aparelho circulatório representavam 12% em 1930 e chegaram a 33% em 1985. As neoplasias tiveram um aumento proporcional de 3% para 12%.³⁵

Contudo, as diferenças regionais são substanciais: enquanto as doenças infecciosas e parasitárias representaram à quinta causa de morte nas regiões Sul e Sudeste em 1981, no Nordeste representaram a segunda causa no mesmo ano e a terceira em 1991. A soma das principais doenças do aparelho circulatório representava 29% do total de óbitos na região Sul e menos de 16% na região Norte.²

De modo geral, a queda da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Estes “sobreviventes” passam a conviver com fatores de risco para DCNT e, com o aumento populacional do número de idosos e da expectativa de vida, torna-se mais freqüentes as complicações decorrentes dessas patologias.²

Envelhecer mantendo o funcionamento orgânico e psicossocial íntegros não significa problema, quer para o indivíduo, para a família e/ou comunidade. No entanto, se tais funções começam a deteriorar-se de modo a desafiar a reserva funcional do idoso e atingir seu limiar, os problemas e as queixas quanto à saúde começam a surgir.⁷

Estudos referentes à avaliação sazonal mostram que muitas doenças infecciosas apresentam fortes variações com as estações, com períodos de maior incidência dependendo, geralmente, da via de disseminação.³⁶

Doenças infecciosas que se disseminam pela via respiratória (ex: influenza, resfriado, sarampo) tem uma incidência muito maior nos meses de inverno ou no início da primavera no hemisfério norte. Acredita-se que esse padrão é decorrente das pessoas passarem maior parte do seu tempo juntas em ambientes fechados, onde as trocas de ar são lentas. Além disso, o ressecamento das mucosas, o qual

também ocorre no inverno devido à baixa umidade e à calefação interna pode ter um papel importante na promoção de infecções respiratórias.³²

Doenças infecciosas que se disseminam pela via fecal-oral são mais comuns no verão, parcialmente devido à capacidade de multiplicação mais rápida dos microrganismos em alimentos e águas durante o período de calor. Um estudo realizado nos EUA mostrou que doenças gastrointestinais originadas da ingestão de água de fontes contaminadas ocorrem de maio a agosto, enquanto que para as fontes de águas recreacionais (como lagos, rios e piscinas) o pico é de junho a outubro. A presença de moscas durante o verão, também contribui para a disseminação de doenças entéricas.^{32,37}

Por razões ainda obscuras, algumas doenças não-infecciosas têm sua maior incidência durante certas estações. Como por exemplo, a úlcera péptica apresenta uma maior incidência na primavera e no outono.^{32,38} Apesar da úlcera péptica costumar ser considerada uma doença não infecciosa, a mais nova hipótese é de que ela é freqüentemente causada pela bactéria *Helicobacter pylori*, o que tornaria parte das úlceras pépticas doença infecciosa. As razões para esse padrão sazonal ainda permanecem desconhecidas.³²

Dessa maneira, os caminhos necessários para minimizar o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde são os que possibilitam a obtenção de compreensão de morbidade. Essa significa o adiamento do surgimento de doenças e seqüelas, reduzindo o intervalo de tempo vivido entre o início das doenças ou incapacidade e a morte.^{2,39}

2.5 Custos com a saúde

Os idosos utilizam os serviços hospitalares com maior freqüência que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando em tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada.⁷ O custo elevado da assistência à saúde na terceira idade, que é de três a sete vezes mais caro que o custo médio da população, vem inibindo iniciativas do poder público dirigidas ao idoso. A redução de morbidade através do investimento na saúde e educação da população jovem poderia ser apresentada como alternativa capaz de

minimizar, em um país com recursos financeiros escassos, o impacto do envelhecimento populacional sobre a qualidade de vida.⁴⁰

Além disso, com a mudança do perfil de saúde, a população torna-se predominantemente vulnerável a doenças crônicas e suas complicações, que implicam em muitos anos de utilização dos serviços de saúde, no lugar de processos agudos que eram rapidamente “resolvidos” através de cura ou óbito.² Dentre as categorias dos serviços de saúde a hospitalização é a que acarreta maiores custos, sendo que a sua utilização aumenta com a idade e a presença de doenças crônicas.⁴¹ Reduzindo o longo período de hospitalização de idosos, se reduziria custos médicos e hospitalares, não somente por razões administrativas mas também por questões clínicas, pois uma hospitalização longa e desnecessária pode resultar em um declínio da habilidade do idoso em executar atividades de vida diária ou levá-lo a contrair doenças infecciosas.⁴²

No Brasil, no ano de 2000, os idosos, embora representassem 8,6% da população geral do país, foram responsáveis por 28% do gasto da verba do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada a internações hospitalares, sendo considerado o grupo que utilizou mais intensivamente esse tipo de serviço, devido tanto ao número de dias de permanência quanto a uma frequência maior de internações. Essa situação que vem se mantendo nos últimos anos.^{2,39}

Ainda, estudos mostram que o coeficiente de hospitalização (número de hospitalização / número de habitantes), o índice de hospitalização (número de dias de hospitalização / habitante / ano) e o índice de custos de hospitalização do SUS (custo de hospitalização / habitante) são mais altos para a faixa de 60 anos ou mais.^{39,43}

Neste contexto, observa-se que as doenças infecto-contagiosas são substituídas por doenças crônicas como principal causa de mortalidade. Essas enfermidades, comuns no envelhecimento e com longo curso evolutivo, vão se tornando progressivamente mais prevalentes num país como o Brasil, onde a resposta a essa mudança é via de regra ineficiente. Sem o devido controle complicações graves dessas moléstias são inevitáveis, superlotando os hospitais.¹³

Como são doenças crônicas não podem ser resolvidas rapidamente e na maioria dos casos não apresentam cura possível, os portadores são obrigados a

procurarem serviços de saúde com grande frequência, havendo necessidade aumentada de recursos humanos e materiais e muitas vezes com tecnologia complexa elevando com isso, os custos financeiros.⁴⁴

Os custos relacionados aos cuidados com doença cardiovasculares nas pessoas idosas estão aumentando principalmente em países desenvolvidos. Dessa forma, devemos compreender melhor as mudanças que ocorrem no sistema cardiovascular do idoso e desenvolver estratégias que possam melhorar ou impedir que doenças cardiovasculares prejudiquem o envelhecimento com qualidade de vida.^{45,46}

Todavia, o impacto dos problemas crônicos de saúde vai muito além dos gastos normais relacionados ao tratamento médico. Pacientes e famílias pagam os custos econômicos mensuráveis com despesas relacionados aos serviços médicos, redução da atividade laboral, perda do emprego e redução da qualidade de vida. Organizações de assistência à saúde pagam a maior parte das obrigações referentes ao atendimento médico, além de cobrir diversas despesas embutidas no custo do tratamento. Profissionais da saúde sentem-se frustrados em relação à sua atividade profissional e ao trabalho de gerenciamento das condições crônicas, e os administradores dos serviços de saúde mantêm-se insatisfeitos com os resultados dos serviços e o desperdício de recursos. Governos, empregadores e sociedades padecem em virtude da perda de mão-de-obra devido a óbitos, incapacidade e morbidade relacionada às condições crônicas.²⁶

Além do mais, o indivíduo portador de doença crônica é afetado negativamente em relação à sua situação financeira decorrente da perda da renda e dos custos do tratamento. As despesas com o tratamento das condições crônicas podem se tornar exorbitantes quando esses problemas não são bem gerenciados ou prevenidos oportunamente.²⁶ Ainda, a hospitalização tende a tornar-se desagradável para o idoso uma vez que ela exige mudanças nos seus hábitos de vida, bem como o distanciamento de familiares, amigos e objetos pessoais.⁴⁷

Estudos clínicos mostram benefícios de cuidados interdisciplinares, composta principalmente por médico, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social, para o cuidado do paciente, analisando problemas e desenvolvendo planos de cuidados preventivos e/ou mantendo a capacidade funcional dos idosos. Ainda, estudos demonstram que idosos atendidos por uma equipe multidisciplinar têm

atividades básicas de vida diária melhor e são menos admitidos em instituições de cuidados prolongados Além disso, estabelecer confiança entre o paciente e a equipe interdisciplinar é um fator de suma importância para que o cuidado seja eficiente. e bem-sucedido.^{48,49}

2.6 Internação hospitalar de idosos

Alguns estudos apontam conflitos que permeiam a hospitalização de idosos, dentre os quais se destacam confinamento no leito, falta de estímulo para atividades físicas e mentais, dificuldade de adaptação ao novo ambiente por alterações visuais e auditivas, estresse produzido por procedimentos diagnósticos e terapêuticos, afastamento dos laços religiosos ou culturais, sensação de proximidade da morte e medo da doença, carência afetiva, isolamento, depressão e sentimento de inutilidade.^{50,51} Na verdade, o ambiente hospitalar muitas vezes constitui-se em um espaço traumático e hostil que podem afetar no processo terapêutico.⁵²

Entende-se assim que por a internação hospitalar acarretar um grande impacto negativo não só para o próprio idoso e sua família, pelo sofrimento e perda de qualidade de vida por ela imposta, mas também para a sociedade como um todo em termos de custos por ela gerados, faz-se necessário uma melhor compreensão do contexto em que ela ocorre. Assim, estudos que verifiquem as causas de internamento hospitalar de idosos, relacionando-as com outros fatores no sentido de fornecer subsídios que possam ajudar a montar estratégias para minimizar seu ônus social e pessoal poderiam ser de extrema utilidade.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar as causas de internação de idosos no Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul HSL / PUCRS ao longo de um ano, relacionando os dados com as estações do ano e com faixas etárias.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população internada no serviço de geriatria do HSL/PUCRS;
- Identificar os motivos de hospitalização dos idosos no Serviço de Geriatria do HSL/PUCRS ao longo de um ano, verificando sinais e sintomas e comorbidades apresentadas pelos pacientes;
- Identificar a incidência e os motivos de óbito dos pacientes internados;
- Associar os dados encontrados com as estações do ano e com faixas etárias.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento

Foi realizado um estudo de incidência retrospectivo.⁵³

3.2 População e amostra

No presente estudo, foram analisados prontuários no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de todos os pacientes que internaram na unidade de internação geriátrica do HSL/PUCRS no período de março de 2005 a fevereiro de 2006.

A unidade de internação geriátrica está localizada no terceiro andar do HSL/PUCRS, fazendo parte do Instituto de Geriatria e Gerontologia o qual foi fundado em 1973. Esta internação iniciou os seus serviços em 1978 e, atualmente, consta com 16 leitos (oito destinados ao SUS e oito para convênios) e interna, preferencialmente, pessoas acima de 60 anos de idade. Também, conta com o serviço de enfermagem, nutrição, fisioterapia.e residência médica.

O total de pacientes internados na unidade e no período de tempo referido foi de 360. Mas o estudo constituiu-se de 321 indivíduos devido a alguns fatores tais como: pacientes com idade inferior a 60 anos, número do registro do prontuário inválido e indisponibilidade do prontuário no SAME.

O nome do paciente e seu respectivo número do prontuário foram obtidos através do “livro de registro de alta” disponível na unidade de internação geriátrica. A partir de então, era preenchida uma solicitação de prontuários para estudo. (Anexo 1)

Na análise dos prontuários, foram averiguados o sumário de internação (para obter dados pessoais do paciente), sumário de alta (observando os motivos da internação, a evolução clínica, as queixas e co-morbidades dos pacientes), a evolução (para informações complementares) e declaração de óbito (observando causas primárias e secundárias de óbitos).

3.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os idosos com 60 anos ou mais de idade internados na unidade de internação geriátrica do HSL/PUCRS no período de março de 2005 a fevereiro de 2006, cujo nome e número de registro estavam no “livro de registro de alta”. Não foram incluídos 39 pacientes internados no setor no período, 08 por apresentarem menos de 60 anos de idade e 31 por apresentarem número de registro inválido ou indisponibilidade do prontuário no SAME.

3.4 Variáveis

Para a descrição da amostra, foram estudadas a variável idade, gênero, procedência, religião, sinais / sintomas dos pacientes no momento da admissão, motivos da internação, co-morbidades, óbitos e a relação das patologias com as estações do ano e com faixas etárias.

3.5 Análise Estatística

Os dados coletados foram organizados em uma planilha no Microsoft Office Excel 2003 e posteriormente importados pelo o programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 13.0 for Windows, Chicago, Illinois, EUA. Realizou-se uma análise dos dados por meio das técnicas da estatística descritiva: distribuição de freqüências, medidas de tendência e de dispersão. Para análise da relação da idade com várias características, os participantes foram agrupados em faixas etárias de 60 a 69 anos, de 70 a 79 anos; de 80 a 89 anos e igual ou acima a 90 anos. Utilizou-se o teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher para testar a associação entre as variáveis do estudo com as faixas etárias e estações do ano, adotando um nível de significância de 5%.

Para a comparação do número de co-morbidades entre as diversas faixas etárias foi utilizado ANOVA.

3.6 Ética

O estudo foi realizado após apreciação pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – IGG/PUCRS e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – PUCRS (ofício nº 1087/05-CEP). A documentação encontra-se no Anexo 2.

3.7 Estrutura e Redação da Dissertação

Para a estrutura e redação da dissertação foram utilizadas as recomendações do Manual para Redação de Teses, Projetos de Pesquisa e Artigos Científicos de Nelson Spector.^{54,55}

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

A amostra estudada constituiu-se de 321 idosos, 42% (n=136) do gênero masculino e 58% (n=185) do feminino. A média de idade foi de 80,0 anos, com um desvio padrão de 8,6 anos, idade mínima de 60 e máxima de 102 anos. No gênero masculino, a média de idade foi de 78,6 anos, com idade mínima de 60 e máxima de 97 anos, enquanto no gênero feminino a média foi de 81,0 anos, com 60 anos de idade mínima e 102 de idade máxima. Observamos que a religião de maior frequência foi católica, com 90% (n=289) da população estudada, com outras religiões cristãs incluindo evangélicos, protestantes, luteranos, episcopal e adventista correspondendo a 6% (n=20). A caracterização da amostra é apresentada na tabela 1.

Quanto à procedência dos pacientes internados na unidade, observamos que existiu uma maior prevalência de indivíduos procedentes de Porto Alegre e região metropolitana. Referente à região metropolitana, a cidade de Viamão foi a que teve maior número de idosos hospitalizados. Houve também indivíduos oriundos de outras regiões do Rio Grande do Sul e de outros estados como Santa Catarina e Rio de Janeiro.

4.2 Taxa de institucionalização

Dos 321 idosos estudados 11% (n=35) eram provenientes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Observou-se um percentual maior de institucionalização entre as faixas etárias acima de 80, e principalmente ≥ 90 anos quando comparadas com os mais jovens ($p=0,01$) e entre as mulheres quando comparadas com os homens ($p=0,005$). (Tabela 2)

Tabela 1 – Características da amostra estudada (n= 321.)

Idade, média ±DP	80,0 ±8,6
Faixas etárias, n (%)	
60-69 anos	45 (14)
70-79 anos	91 (28)
80-89 anos	142 (44)
≥ 90 anos	43 (13)
Sexo, n (%)	
Masculino	136 (42)
Feminino	185 (57)
Religião, n (%)	
Católica	289 (90)
Outras religiões cristãs	20 (6)
Outras	8 (2)
Procedência, n (%)	
Porto Alegre	234 (72)
Região metropolitana	62 (19)
Interior do RS	22 (6)
Outros estados	2 (1)

DP- desvio padrão.

Tabela 2 – Número de idosos institucionalizados por faixas etárias e sexo.

Institucionalizados n (%)	Todas idades (n=321)	Faixas Etárias			
		60-69 n=45	70-79 n=91	80-89 n=142	≥ 90 n=43
Ambos gêneros (n=321)*	35 (11)	1 (2)	6 (7)	19 (13)	9 (21)
Homens (n=136)	7 (5)	1 (4)	1 (2)	3 (6)	2 (14)
Mulheres (n=185)	28 (15)**	0 (0)	5 (11)	16 (18)	7 (24)

* p = 0,01 na comparação entre faixas etárias; ** p=0,005 na comparação entre gêneros.

4.3 Sinais e sintomas dos pacientes

Na análise, quanto aos sinais / sintomas dos pacientes no momento da admissão, observamos que estes apresentavam, em maior proporção, piora do estado geral, tosse, dispnéia e febre como é apresentado na Tabela 3.

Ressaltamos que grande parte dos idosos estudados apresentam mais de um

sinal / sintomas concomitantemente e de todos os sinais / sintomas encontrados, ressaltamos os dez mais freqüentes.

Relacionando os sinais / sintomas dos pacientes com as faixas etárias, apenas a febre apresentou relação significativa com as faixas etárias, estando menos presente na faixa entre 70 a 79 anos.

Tabela 3 - Dez sinais e sintomas mais freqüentes dos pacientes na admissão relacionados com as faixas de idade.

Sinais / sintomas n (%)	Todas idades n=321	Faixas Etárias			
		60-69 n=45	70-79 n=91	80-89 n=142	≥ 90 n=43
Piora do estado geral	59 (18)	8 (18)	14 (15)	29 (20)	8 (19)
Tosse	57 (18)	10 (22)	14 (15)	28 (20)	5 (12)
Dispnéia	54 (17)	11 (24)	17 (19)	23 (16)	3 (7)
Febre*	48 (15)	12 (27)	7 (8)	21 (15)	8 (19)
Desconforto / dor abdominal	34 (11)	6 (13)	9 (10)	16 (11)	3 (7)
Náuseas / vômitos	32 (10)	3 (7)	11 (12)	16 (11)	2 (5)
Inapetência	28 (9)	3 (7)	3 (3)	17 (12)	5 (12)
Emagrecimento	25 (8)	4 (9)	8 (9)	8 (6)	5 (12)
Alteração do hábito intestinal	24 (7)	6 (13)	8 (9)	9 (6)	1 (2)
Desidratação	22 (7)	4 (9)	4 (4)	10 (7)	4 (9)

* $p=0,02$ para comparação entre as faixas etárias; todos demais comparações entre faixas etárias: $p>0,05$.

Outros sinais / sintomas encontrados com menor freqüência foram incontinência urinária, oligúria, disúria, hematúria; prostração, dores musculares, calafrios, delirium, agitação, dificuldade de deambulação, edema, desnutrição, icterícia, disfagia, dor pré-cordial, cianose, palpitações, piora do quadro cognitivo entre outros.

Ao relacionar os dez sinais / sintomas mais freqüentes com as estações do ano observa-se que não houve nenhuma relação significativa. (Tabela 4)

Tabela 4 - Dez sinais e sintomas mais freqüentes dos pacientes na admissão relacionados com as estações do ano.

Sinais / sintomas n (%)	Todas estações n=321	Estações do ano			
		Inverno n=80	Primavera n=70	Verão n=92	Outono n=79
Piora do estado geral	59 (18)	12 (15)	13 (19)	22 (24)	12 (15)
Tosse	57 (18)	17 (21)	15 (21)	10 (11)	15 (19)
Dispnéia	54 (17)	14 (18)	14 (20)	13 (14)	13 (17)
Febre	48 (15)	8 (10)	10 (14)	16 (17)	14 (18)
Desconforto / dor abdominal	34 (11)	9 (11)	4 (6)	13 (14)	8 (10)
Náuseas / vômitos	32 (10)	9 (11)	6 (9)	9 (10)	8 (10)
Inapetência	28 (9)	7 (9)	6 (9)	12 (13)	3 (4)
Emagrecimento	25 (8)	5 (6)	4 (6)	8 (9)	8 (10)
Alteração do hábito intestinal	24 (7)	3 (4)	4 (6)	9 (10)	8 (10)
Desidratação	22 (7)	4 (5)	4 (6)	11 (12)	3 (4)

p>0,05 para todas comparações entre estações do ano.

4.4 Motivo da internação

Analisando os dez mais freqüentes motivos de internação observamos que as doenças relacionadas ao sistema respiratório foram as mais freqüentes, seguidas pelas doenças cardiovasculares, geniturinárias, gastrointestinais, neoplasias, metabólicas e endócrinas, neurológicas / psiquiátricas, hematológicas, osteomusculares e doenças gastrointestinais com indicação cirúrgica. (Tabela 5)

Das 91 ocorrências de enfermidades respiratórias, a mais freqüente foi à broncopneumonia, seguida por insuficiência respiratória.

Do sistema cardiovascular os motivos mais freqüentes de internação foram insuficiência cardíaca, HAS de difícil controle e fibrilação atrial (FA). As principais doenças relacionadas ao sistema geniturinário foram infecções do trato urinário (ITU), insuficiência renal e afecções da próstata. Do sistema gastrointestinal as de maior ocorrência foram a diverticulite, hérnia e gastroenterite. As neoplasias mais freqüentes foram de intestino, pulmão e estômago.

Com relação às afecções metabólicas e endócrinas as mais presentes como motivo de internações foram hipoglicemia, hipocalemia e hiponatremia. Do sistema nervoso as mais freqüentes foram demências, acidente vascular encefálico (AVE) e

encefalopatia; em relação ao sistema hematológico a anemia foi a de maior destaque e das osteomusculares as mais comuns foram fraturas, osteopenia e osteoartrose.

Em relação à prevalência dos diferentes motivos de internação nas diferentes faixas etárias, houve diferença significativa nas internações por doenças respiratórias, que foram mais freqüentes na faixa etária dos 90 anos ou mais e idade e menos freqüentes abaixo dos 70 anos.

Tabela 5 - Dez motivos de internação mais freqüentes relacionados com as faixas de idade.

Motivo da Internação n (%)	Todas idades n=321	Faixas Etárias			
		60-69 n=45	70-79 n=91	80-89 n=142	≥ 90 n=43
Doenças do sistema respiratório*	91 (28)	7 (16)	26 (29)	36 (25)	22 (51)
Doenças cardiovasculares	54 (17)	9 (20)	16 (18)	26 (18)	3 (7)
Doenças geniturinárias	49 (15)	6 (13)	9 (10)	24 (17)	10 (23)
Doenças gastrointestinais	41 (13)	6 (13)	14 (15)	15 (11)	6 (14)
Neoplasias	30 (9)	3 (7)	11 (12)	14 (10)	2 (5)
Doenças metabólicas e endócrinas	25 (8)	4 (9)	7 (8)	10 (7)	4 (9)
Doenças neurológicas e psiquiátricas	22 (7)	1 (2)	11 (12)	9 (6)	1 (2)
Doenças hematológicas	22 (7)	2 (4)	8 (9)	9 (6)	3 (7)
Doenças osteomusculares	7 (2)	0 (0)	0 (0)	6 (4)	1 (2)
Cirurgia gastrointestinal	4 (1)	1 (2)	0 (0)	2 (1)	1 (2)

* $p < 0,01$ para comparação entre as faixas etárias; todas demais comparações entre faixas etárias com $p > 0,05$.

Relacionando os dez mais freqüentes motivos de internação com as estações do ano, verificamos que apenas a prevalência de internações por doenças do sistema respiratório foi significativamente maior no outono e inverno. (Tabela 6)

Tabela 6 - Dez motivos de internação mais freqüentes relacionados com as estações do ano.

Motivo da Internação n (%)	Todas estações n=321	Estações do ano			
		Inverno n=80	Primavera n=70	Verão n=92	Outono n=79
Doenças do sistema respiratório*	91 (28)	25 (31)	13 (19)	21 (23)	32 (41)
Doenças cardiovasculares	54 (17)	12 (15)	10 (14)	14 (15)	18 (23)
Doenças geniturinárias	49 (15)	16 (20)	9 (12)	13 (14)	11 (14)
Doenças gastrointestinais	41 (13)	11 (13)	11 (16)	12 (13)	7 (9)
Neoplasias	30 (9)	5 (6)	3 (4)	13 (14)	9 (11)
Doenças metabólicas e endócrinas	25 (8)	8 (10)	4 (6)	7 (8)	6 (8)
Doenças neurológicas e psiquiátricas	22 (7)	3 (4)	3 (4)	5 (5)	11 (14)
Doenças hematológicas	22 (7)	4 (5)	3 (4)	8 (9)	7 (9)
Doenças osteomusculares	7 (2)	2 (3)	1 (1)	2 (2)	2 (3)
Cirurgia gastrointestinal	4 (1)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	2 (3)

* $p < 0,01$ para comparação entre as estações do ano; todas demais comparações entre as estações do ano com $p > 0,05$

4.5 Co-morbidades

As co-morbidades encontradas com maior prevalência foram as doenças cardiovasculares, sendo que dessas a HAS, a cardiopatia isquêmica (CI) e a FA foram as mais freqüentes. (Tabela 7).

Dentre as doenças neurológicas / psiquiátricas, seqüela de AVE foi a co-morbidade mais encontrada. Esse foi o único grupo de co-morbidades com diferente distribuição entre as faixas etárias, sendo menos prevalente abaixo dos 70 anos ($p=0,03$), das enfermidades metabólicas e endócrinas diabetes melito e dislipidemia foram as mais encontradas; das enfermidades do sistema geniturinário, insuficiência renal e ITU; das moléstias gastrointestinais, constipação e hérnia; das doenças do sistema osteomuscular, fraturas e osteoporose; das neoplasias, as localizados no colón, fígado, estômago e pulmões; das moléstias do sistema respiratório, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia; das hematológicas, anemia e das oftalmológicas, catarata e glaucoma.

A média de co-morbidades por paciente foi de 3,7, com um desvio padrão de 2,18 e mediana de 3 variando de nenhuma co-morbidade à 11. A maioria dos idosos

tinha de duas a cinco co-morbidades. Não houve relação significativa entre o número de co-morbidades com as faixas etárias ($p=0,62$).

Tabela 7 - Co-morbidades dos idosos internados por faixas etárias

Co-morbidades n (%)	Todas idades n=321	Internações por Faixas Etárias			
		60-69 n=45	70-79 n=91	80-89 n=142	≥ 90 n=43
Doenças cardiovasculares	224 (70)	30 (67)	57 (63)	107 (75)	30 (70)
Doenças neurológicas/psiquiátricas*	189 (59)	19 (42)	53 (58)	94 (66)	23 (54)
Doenças metabólicas e endócrinas	133 (41)	24 (53)	38 (42)	56 (39)	15 (35)
Doenças geniturinárias	62 (19)	10 (22)	12 (13)	32 (23)	8 (19)
Doenças gastrointestinais	54 (17)	7 (16)	15 (17)	24 (17)	8 (19)
Doenças osteomusculares	52 (16)	6 (13)	14 (15)	27 (19)	5 (12)
Neoplasias	43 (13)	10 (22)	11 (12)	17 (12)	5 (12)
Doenças respiratórias	41 (13)	2 (4)	16 (18)	18 (13)	5 (12)
Doenças hematológicas	35 (11)	3 (7)	9 (10)	17 (12)	6 (14)
Doenças oftálmicas	6 (2)	0 (0)	1 (1)	4 (3)	1 (2)

* $p=0,03$ para comparação entre as faixas etárias; todas demais comparações entre as faixas etárias com $p>0,05$.

4.6 Óbitos

Durante o período do estudo ocorreram 40 óbitos. Os dez principais motivos de morte estão apresentados na Tabela 8. A sepse foi causa mais freqüente, estando presente na morte de 15 idosos. Observa-se também que as faixas etárias ≥ 90 anos de idade tiveram uma maior percentual de óbitos por internação.

Ao relacionar as dez principais causas de óbitos com as estações do ano observamos que não houve diferença entre o percentual de óbitos por internação nas quatro estações, assim como não houve diferença entre as causas de óbitos nos quatro períodos (Tabela 9).

Tabela 8 - Incidência e causas primárias ou secundárias de óbitos nos idosos internados por faixas etárias

Óbitos	Todas idades n=321	Internações por Faixas Etárias			
		60-69 n=45	70-79 n=91	80-89 n=142	≥ 90 n=43
Total, n (% ¹)*	40 (12)	1 (2)	12 (13)	13 (9)	14 (33)
Causas específicas ² , n (% ³)					
Sepse	15 (38)	1 (100)	3 (25)	4 (31)	7 (50)
Insuficiência Respiratória	14 (35)	0 (0)	3 (25)	6 (46)	5 (36)
Demência	10 (25)	0 (0)	2 (17)	5 (39)	3 (21)
Broncopneumonia	9 (23)	0 (0)	2 (17)	2 (15)	5 (36)
Hipertensão arterial	9 (23)	0 (0)	3 (25)	3 (23)	3 (21)
Pneumonia	7 (18)	0 (0)	1 (8)	1 (8)	0 (0)
Acidente vascular encefálico	6 (15)	0 (0)	3 (25)	2 (15)	1 (7)
Parada cardíaco-respiratória	6 (15)	0 (0)	1 (8)	4 (31)	1 (7)
Neoplasias	6 (15)	1 (100)	2 (17)	3 (23)	0 (0)
Falência de múltiplos órgãos	5 (13)	0 (0)	2 (17)	1 (8)	2 (14)

* p<0,001 para comparação entre as faixas etárias; todas demais comparações entre as faixas etárias com p>0,05. ¹ em relação ao total de internações; ² causas primárias ou secundárias de óbito. ³ - em relação ao total de óbitos;

Tabela 9 - Incidência e causas primárias ou secundárias de óbitos nos idosos internados por estações do ano

Óbitos	Todas idades n=321	Internações pelas estações do ano			
		Inverno n=80	Primavera n=70	Verão n=92	Outono n=79
Total, n (%*)	40 (12)	9 (11)	8 (11)	15 (16)	8 (10)
Causas específicas**, n (%***)					
Sepse	15 (38)	3 (33)	3 (38)	8 (54)	1 (13)
Insuficiência Respiratória	14 (35)	1(11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Demência	10 (25)	1 (11)	2 (25)	4 (27)	3 (38)
Broncopneumonia	9 (23)	4 (44)	1 (13)	2 (13)	2 (25)
Hipertensão arterial	9 (23)	1 (11)	0 (0)	5 (33)	3 (38)
Pneumonia	7 (18)	0 (0)	3 (38)	2 (13)	2 (25)
Acidente vascular encefálico	6 (15)	2 (22)	1 (12)	2 (13)	1 (12)
Parada cardíaco-respiratória	6 (15)	3 (33)	0 (0)	2 (13)	1 (12)
Neoplasias	6 (15)	0 (0)	2 (25)	3 (20)	1 (12)
Falência de múltiplos órgãos	5 (13)	1 (11)	0 (0)	4 (27)	0 (0)

p>0,05 para todas comparações de causas específicas de óbito entre as estações do ano;

* - em relação ao total de internações; ** causas primárias ou secundárias de óbito. *** - em relação ao total de óbitos;

5 DISCUSSÃO

É universalmente observado que a população idosa feminina possui uma taxa de crescimento mais elevada que a do gênero masculino, o que é explicado pela maior longevidade dessa população. Conseqüentemente, quanto "mais velho" for o contingente estudado, maior será a proporção de mulheres. Essa predominância de mulheres no envelhecimento tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Uma delas refere-se ao fato de que as mulheres vivendo mais do que os homens, estão mais sujeitas a apresentarem deficiências físicas e mentais.¹²

Após internação hospitalar, idosos apresentam alta prevalência de fatores de risco para institucionalização: doenças crônico-degenerativas e suas seqüelas, hospitalização recente e dependência para realizar atividades da vida diária. A internação do idoso em uma ILPI é uma alternativa em certas situações: necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados.⁵⁶ Para aquelas famílias que não possuem disponibilidade para cuidarem integralmente de seus idosos os serviços de *Home Care* são uma alternativa para cuidados integrais, possuindo uma equipe treinada. Este serviço também aumenta o tempo do idoso em seu domicílio reduzindo internações hospitalares.^{49,57}

Em um estudo realizado nas instituições de idosos em Belo Horizonte, Brasil, foi demonstrado que na faixa etária de 60 anos ou mais de idade, 0,46% dos idosos residiam em asilos, de 65 anos ou mais era 0,64%, aumentando o número de idosos asilados na faixa etária acima de 70 anos. A proporção de idosas institucionalizadas era significativamente maior que a de idosos: o dobro na faixa etária de 65 a 69 anos, e mais que o triplo na faixa etária de 70 anos ou mais.⁵⁶

Ainda, a institucionalização parece ser uma questão feminina, com as mulheres constituindo a maior parte da população dos asilos. No Canadá e Israel as mulheres representam 70% dos residentes idosos. Nos EUA a proporção de mulheres dentre os idosos institucionalizados aumenta de acordo com a idade e tem crescido nos últimos 30 anos.⁵⁸

Nossos resultados, em que há uma crescente prevalência de institucionalização com o aumento da faixa etária e com a maioria dos idosos institucionalizados nas faixas etárias acima dos 80 anos de idade, corroboram esse estudo. Da mesma forma, a percentagem de mulheres institucionalizadas no total foi cerca de três vezes maior que a de homens, embora essa diferença entre os sexos não ter sido verificada nas faixas etárias mais baixas em virtude de uma amostra pequena.

Taxas de institucionalização não dependem somente da estrutura etária ou desenvolvimento de um país, mas de fatores culturais, suporte familiar, disponibilidade de serviços alternativos, de cobertura dos sistemas de seguridade social e mesmo da definição de “asilos” (exemplo: com ou sem cuidados médicos).⁵⁹

Taxas mais elevadas (4% a 11%) de países em fases avançadas da transição demográfica são consideradas ainda baixas diante da proporção de idosos recebendo outros tipos de assistência domiciliar como auxílio técnico e financeiro para adaptações arquitetônicas, fornecimento de refeições ou cuidados de enfermagem.^{56,59} A maioria dos idosos residindo em asilos na Europa tem mais de 80 anos e, nos EUA e Canadá, 4/5 da população institucionalizada tem pelo menos 75 anos de idade.^{56,58}

Há ainda a possibilidade de brasileiros com 65 anos apresentarem taxas de dependência e demanda por ILPI similares às de idosos europeus com 75 anos ou mais. Ainda, estimativas apontam para demanda maior de ILPI no futuro face ao crescimento rápido da população de idosos no Brasil.⁵⁶

Apesar da possibilidade de laços afetivos e familiares possam evitar ou retardar a institucionalização do idoso, a elevada taxa de ocupação dos asilos indica que a dificuldade de acesso pode ser um fator limitante, assim como as condições exigidas para a admissão nas ILPI. A maioria das instituições filantrópicas não aceitava idosos demenciados, acamados, ou com doenças orgânicas. Dados preliminares de um levantamento realizado em 1998 indicam a existência de longas listas de espera para a admissão nos asilos filantrópicos.⁵⁶

Referente às queixas dos pacientes, um estudo realizado com 278 idosos acima de 60 anos de idade em uma cidade rural e outra urbana de Zimbábue

levantou dados sobre os sintomas que estes idosos sentiam dentro de 12 meses precedentes. Os autores verificaram que 97% dos idosos referiram algum tipo de dor, com 72% referindo cefaléia e 69% dores articulares, sintomas de maior prevalência tanto na população rural quanto na urbana. Os sintomas gastrointestinais corresponderam a 77% das queixas, sendo a diarréia (40%) e a perda de peso (39%) as mais freqüentes. Referentes ao sistema respiratório e cardiovascular as queixas foram de 69%, com 51% queixando-se de tosse e 25% de dispnéia nos últimos 12 meses.⁶⁰

Um inquérito realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, em uma amostra aleatória de 625 pessoas com 60 anos ou mais demonstrou freqüência das seguintes queixas: “coluna” (48%), “pressão alta” (47%), “insônia” (41%), “visão” (38%), “reumatismo” (38%), “circulação” (37%), “angústia” (34%), “estresse” (33%), “depressão” (32%), “coração” (30%) e “varizes” (26%) reafirmando a freqüência de queixas relacionadas às DCNT e revelando proporção de transtornos afetivos, ambos, provavelmente, refletindo na qualidade de vida dessa população.⁶¹

Em nossa pesquisa, os dez principais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes no momento da internação foram por piora do estado geral, tosse, dispnéia, febre, desconforto/dor abdominal, náuseas / vômitos, inapetência, emagrecimento, alterações do hábito intestinal e desidratação. Houve significância na análise da incidência de febre com faixas etárias, mas não há motivo plausível para explicar porque este sintoma ser menos freqüente na faixa etária de 70-79 anos do que nas demais faixas de idade, podendo ser erro aleatório dentro das múltiplas comparações que foram realizadas.

Através de exame clínico os pacientes idosos freqüentemente apresentam vários sinais e sintomas que muitas vezes não são específicos e nem estão relacionados a doenças. Exames hematológicos e bioquímicos são necessários para uma avaliação mais precisa da condição e do diagnóstico do paciente. Mas, também é difícil avaliar os parâmetros bioquímicos e hematológicos, pois estes variam para com freqüência para cada idoso individualmente, muitas vezes em decorrência de co-morbidades, nutrição inadequada, sedentarismo ou por efeito direto do envelhecimento.⁶²

Doenças infecciosas como influenza e resfriado que se disseminam pela via respiratória tem uma incidência maior nos meses de inverno ou no início da

primavera no hemisfério norte. Acredita-se que esse padrão é decorrente das pessoas passarem maior parte do seu tempo juntas em ambientes fechados, onde as trocas de ar são lentas. Além disso, o ressecamento das mucosas, o qual também ocorre no inverno devido à baixa umidade e à calefação interna pode ter um papel importante na promoção de infecções respiratórias.⁴⁴

Embora em nosso meio as condições climáticas não sejam exatamente as mesmas, encontramos uma maior proporção de internações por doenças respiratórias durante o outono e o inverno.

Ao analisar a base de dados do SIH/SUS referentes à morbidade hospitalar – por local de internação do Brasil, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), por faixa etária, no período de março 2005 a fevereiro de 2006 observa-se que de 2.230.992 internações as patologias de maior frequência são das doenças do aparelho circulatório (faixa etária de maior prevalência foi dos 60-69 anos), aparelho respiratório (mais prevalente aos 70-79 anos), aparelho digestivo (60-69 anos), neoplasias (70-79 anos) e doenças infecciosas e parasitárias (60-69 anos).⁶³

Analisando a mesma base de dados, no mesmo período, mas referente à morbidade hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul (RS) constatou-se 194.747 internações hospitalares das pessoas de 60 anos ou mais de idade e destas internações, as mais frequentes foram as referentes às doenças do aparelho circulatório (faixa etária de maior prevalência dos 60-69 anos), doenças do aparelho respiratório (70-79 anos), neoplasias (60-69 anos), doenças do aparelho digestivo (60-69 anos) e por doenças do aparelho geniturinárias (faixa etária de maior prevalência dos 60-69 anos).⁶³

E, no município do Porto Alegre / RS, as mais frequentes causas de internação na população idosa referem-se às doenças do aparelho circulatório (com faixa etária de maior prevalência dos 60-69 anos), aparelho respiratório (60-69 anos), neoplasias (60-69 anos), doenças do aparelho digestivo (60-69 anos) e doenças do aparelho geniturinário (60-69 anos).⁶³

Uma pesquisa realizada com pacientes com 60 anos ou mais de idade internados em uma enfermaria geriátrica de um hospital-escola geral do município de São Paulo, no período de julho de 2000 a agosto de 2001, foi identificado o diagnóstico principal no momento da internação, com 61% dos 94 indivíduos

estudados apresentando doenças do aparelho circulatório, 39% transtornos mentais e 33% afecções respiratórias.⁷

Outro estudo foi realizado para observar as causas de internação hospitalar em idosos com mais de 80 anos de idade no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL/PUCRS) de janeiro a dezembro de 2001. De 1.128 pacientes as principais causas de internação por sistema foram cardiovasculares (37%), respiratórias (18%), gastrointestinais (12%), neoplasias (11%), geniturinárias (7%), osteomuscular (5%) e neurológicas (5%). As maiores causas internação foram pneumonias (14%), acidente vascular encefálico (8%) e insuficiência cardíaca (7%). Não se observou diferença significativa em relação às causas de internação hospitalar e os meses do ano.³³

Em nosso estudo, observamos que o maior motivo de internação foi referente às afecções do sistema respiratório, com as doenças do sistema cardiovasculares ficando em segundo lugar. Essa diferença dos demais estudos e em especial de outro envolvendo todas as internações de idosos acima de 80 anos do mesmo hospital do presente trabalho, pode dever-se a peculiaridade do setor de emergência do hospital dar prioridade de internação dos idosos frágeis e com demência na internação geriátrica por nós avaliada. Essa concentração maior de idosos frágeis e demenciados podem ter levado a um viés com maior concentração de internações por enfermidades respiratórias, mais freqüentes neste perfil de pacientes.

Em um estudo realizado com 275 pacientes nonagenários que procuram a emergência do hospital de Nagoya Ekisaikai no período de abril/2002 à março/2005 mostrou que a principal queixa referida por esses idosos foi a febre seguida por alteração do estado mental, anorexia, déficits neurológicos focais e piora do estado geral. O diagnóstico principal foi de problemas respiratórios, seguida por doenças neurológicas, gastrointestinais e cardiovasculares.⁶⁴

Em relação aos óbitos, observamos que além das DCNT, as doenças infecciosas foram as causas mais freqüentes de morte nos idosos. Um estudo com idosos autopsiados também encontrou como causas de morte mais freqüentes as cardiovasculares (44%) e infecciosas (31%),⁶⁵ números não muito diferentes dos por nós encontrados, mesmo em uma unidade que recebe triagem de pacientes com peculiaridades específicas.

As DCNT podem ser resultantes em parte, de fatores de risco à saúde acumulados ao longo dos anos, como, por exemplo, fumo, sedentarismo, álcool, e alimentação inadequada.⁶⁶ Devemos considerar, também, as condições de vida em países subdesenvolvidos, determinantes de um envelhecimento “funcional” mais veloz que o “cronológico”. A mortalidade por AVE no Canadá na faixa etária dos 65-74 anos equivale à observada em indivíduos de 55-64 anos em países da América do Sul.⁵⁶ Além disso, o risco de desenvolver DCNT aumenta conforme as pessoas envelhecem.¹¹

No Brasil, em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 46% do total de óbitos, enquanto em 1985 elas representavam 7%. De forma equivalente, as doenças do aparelho circulatório representavam 12% em 1930 e chegaram a 33% em 1985. As neoplasias tiveram um aumento proporcional de 3% para 12%.⁵⁶

Analisando o Anuário Estatístico de Saúde do Brasil do DATASUS (2001) a principal causa de mortalidade no Brasil foi referente ao sistema circulatório (188.689; com faixa etária de maior prevalência dos 70-79 anos com 68.489 casos), seguindo das neoplasias (71.877; com faixa etária de maior prevalência dos 60-69 anos com 28.365 casos) e causas respiratórias (62.653; com faixa etária de maior prevalência dos \geq 80 anos com 26.633 casos).⁶⁷

Quando se prioriza o atendimento a idosos frágeis de um hospital em uma unidade específica, altera-se a proporção de causas de internação e as doenças cardiovasculares que são a principal causa de internação no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre são substituídas por doenças mais freqüentes em idosos frágeis e com demência. Além disso, em um setor em que internam grande número pacientes com esse perfil, entende-se que infecções sejam a principal causa de óbito.

6 CONCLUSÕES

A pesquisa investigou os sinais / sintomas, co-morbidades e os motivos de óbitos de 321 pacientes internados na unidade de internação geriátrica do HSL / PUCRS no período de março de 2005 à fevereiro de 2006 relacionando os dados com as faixas etárias e com as estações do ano.

Tendo como base os objetivos propostos para o estudo, na análise dos idosos internados na Unidade de Geriatria do HSL da PUCRS, estabelecemos as seguintes conclusões:

- Caracterização dos pacientes internados:
 - quanto ao sexo houve predominância de mulheres;
 - em relação à faixa etária a maior frequência foi de idosos com 80-89 anos de idade;
 - entre os pacientes com ≥ 90 anos de idade o percentual de institucionalizados foi significativamente maior.

- Motivos de internação, sinais e sintomas e co-morbidades apresentados pelos pacientes e correlação com faixas etárias e estações do ano:
 - os dez principais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes no momento da internação foram piora do estado geral, tosse, dispnéia, febre, desconforto / dor abdominal, náuseas / vômitos, inapetência, emagrecimento, alterações do hábito intestinal e desidratação. Não houve diferença relevante dos os sinais e sintomas no momento da internação entre as faixas etárias e as estações do ano;
 - em relação aos motivos de internações, os quatro principais foram decorrentes de doenças do sistema respiratório, cardiovascular, geniturinárias e gastrointestinais;
 - houve diferença significativa na incidência de internações por doenças do aparelho respiratório nas diferentes faixas etárias e estações do ano, sendo mais freqüente nos idosos na faixa etária de 90 anos ou mais de idade e menos freqüentes abaixo dos 70 anos de idade, assim como mais freqüentes no outono e no inverno.

-as quatro principais co-morbidades apresentadas pelos idosos do estudo foram doenças cardiovasculares, neurológicas e psiquiátricas, metabólicas e endócrinas e geniturinárias. Houve diferença relevante entre as doenças neurológicas e psiquiátricas entre as faixas etárias, sendo mais freqüentes nas faixas ≥ 80 anos.

- Incidência e motivos de óbitos dos pacientes internados:

- Os pacientes da faixa etária ≥ 90 anos tiveram maior incidência de morte durante a internação;
- os quatro principais motivos de óbito nos idosos estudados foram por sepse, insuficiência respiratória, demência e broncopneumonia.

7 BIBLIOGRAFIA

-
1. Costa MFFL et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000;9:23-41.
 2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública 1997 Abr; 31(2):184-200.
 - 3 Lampert MA. Avaliação multidimensional de idosos com preditora de risco de resultados adversos de saúde. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002. 102 p.
 4. Santos SS. Enfermagem geronto-geriátrica: da reflexão a ação cuidativa. João Pessoa: Universitária/UFPB 2000.
 5. World Health Organization. The world health report: shaping the future. Geneva; 2003.
 - 6 . Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social Ciência & Saúde Coletiva 2004;9(4):833-40.
 7. Siqueira AB et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública 2004; 38(5):687-94.
 8. Jannuzzi FF, Cintra FA. Atividades de lazer durante a hospitalização. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(2):179-87.
 9. Papaléo Netto MP. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.2-12.
 10. Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2005. p.3-12.

-
11. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília; 2005.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Nacional sobre Envelhecimento da População Brasileira, 2000.
 13. Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2005. p.26-43.
 14. World Health Organization. The world health report: shaping the future. Geneva; 2003.
 15. Silvestre JA et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde. Arq Geriatr Gerontol 1996; 1: 81-9.
 16. World Health Organization. The use of epidemiology in the study of the elderly. Technical Report Series 706. Geneva: WHO; 1984.
 17. Da Cruz IBM. Envelhecimento populacional: panorama epidemiológico do Brasil e do Rio Grande do Sul. In: Jeckel EA, Da Cruz IBM. Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento II. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000. p.175-92.
 18. Schwanke CHA. Associação do polimorfismo genético do receptor 2^a da serotonina (5-HT_{2A}) com indicadores de saúde geriátrica. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2003. 178 p.
 19. Sant'anna da Silva MC. Associação entre autopercepção da saúde e perfil bio-psico-social de idosos socialmente ativos [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2001.
 20. Pereira MG. Indicadores de saúde. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.p.49-75.
 21. Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.609-17.

22. Papaléo Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio da transição do século. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2005. p.3-12.

23. Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2004 maio/jun;12(3): 525-32.

24. Hayflick L. Como e porque envelhecemos. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 1996.

25. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social Ciência & Saúde Coletiva; 2004;9(4):833-40.

26. Brasil. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

27. Veras RP. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: Veras RP (org.). Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1999.p.35-50.

28. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública 2003 mai/jun;19(3):793-798.

29. Machado LB, Chiaroni S, Vasconcellos Filho PO, Auler Júnior JOC, Tsa MJCC. Incidência de cirurgia cardíaca em octagenários: estudo retrospectivo. Rev. Bras. Anestesiol 2003 set/out;53(5):646-53.

30. Lessa I. Doenças não-transmissíveis. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. 4ªed. São Paulo: MEDSI; 1994.p. 269-79.

31. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares no Brasil – Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Coordenação de doenças cardiovasculares; 1993. 36p.

32. Ramos LB. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.72-8.

-
33. Rigo JC. Causas de internação hospitalar em idosos com mais de 80 anos no HSL/PUCRS. Rev Med PUCRS 2003 jul/set;13(3):316.
34. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação - Brasil. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em: 13 de junho 2006.
35. Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. Cad. Saúde Pública 1992 abr/jun;8(2):168-75.
36. Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. Medicina preventiva e saúde pública. In: Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 1999.p.203-209.
37. Center for Disease Control and Prevention. Surveillance for waterborne disease outbreaks, Unidet States, 1991-1992. Mortality and Mortality Weekly Report 1993.42(5): 1-22.
38. Harrison TR, et al. Principles of Internal Medicine, 3^o ed. New York: McHill Book Company; 1958.
39. Lampert MA. Avaliação multidimensional de idosos com preditora de risco de resultados adversos de saúde. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002. 102 p.
40. Amaral ACS et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad. Saúde Pública 2004 nov/dez;20(6):1617-26.
41. Rubenstein LZ. Contexts of care. In: Geriatric Medicine. New York: Springer 1996. p.73-80.
- 42 Umegaki H et al. Factors associated with long hospital stay in geriatrics wards in Japan. Geriatrics and Gerontology International 2003; 3:120-7.
43. Costa MFFL et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe epidemiológico do SUS 2000; 9:23-41.

-
44. Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. Medicina preventiva e saúde pública. In: Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.203-9.
45. Mathew ST, Gottdiener JS, Kitzman D, Aurigemma G. Congestive heart failure in the elderly: the Cardiovascular Health Study. *Am J Geriatr Cardiol* 2004; 13:61–8.
46. Wein JY. Understanding the aging cardiovascular system. *Geriatrics and Gerontology International* 2004; 4:298-303.
47. Marin MJS. Preparando o idoso para a alta hospitalar [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.
48. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995; 332:1338–44.
49. Tanaka M. Multidisciplinary team approach for elderly patients. *Geriatrics and Gerontology International* 2003; 3:69-72.
50. Marin MJS, Barbosa PMK, Takitane MT. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes entre idosas hospitalizadas em unidade de clínica médica e cirúrgica. *Rev Bras Enferm.* 2000;53(4):513-23.
51. Pelzer MT, Silva VP. Relato de experiência: o uso da recreação no processo de cuidar de idosos internados em uma unidade de clínica médica do hospital universitário. *Texto Contexto Enferm.* 1997;6(2):407.
52. Jannuzzi FF, Cintra FA. Atividades de lazer durante a hospitalização. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2):179-87.
53. Fletcher RW, Fletcher SE. Epidemiologia clínica- elementos essenciais. 4ªed. Porto Alegre: Artmed; 2006
54. Spector N. Manual para a redação de teses, projetos de pesquisa e artigos científicos. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
55. Referências bibliográficas conforme Vancouver. Versão em português do International Commite of Medical Journal Editors: uniform requirements for

manuscripts submitted to biomedical journal 2000 may. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/biblioteca/vancouver.htm>>. Acessado em: novembro de 2006.

56. Chaimowics F, Greco DB. Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1999; 33(5):454-60.

57 Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356 : 888– 93.

58. National Institute on Aging. U.S. Department of Commerce. *Aging in the United States: Past, present and future*. Washington (DC); 1998.

59. Rubenstein LZ, Nasr SZ. Health service use in physical illness. In: Ebrahim S, Kalache A. *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publishing Group; 1996. p.106-25.

60. Allain TJ. Et al. Morbidity and disability in elderly Zimbabweans. *Age and Ageing* 1997; 26: 115-21.

61. Fundação João Pinheiro. *População Idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento*. Belo Horizonte, 1993, v1: Perfil da População idosa e políticas de atendimento na região metropolitana de Belo Horizonte [versão preliminar].

62. Yamamoto R, Miura S, Kimata T, Ando F, Iguchi A. Comparison of hematologic or biochemical parameters among elderly hospital patient, institution – dwelling residents, and health check-up examinees. *Geriatrics and Gerontology International* 2003; 3:137-144.

63. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Nacional sobre Envelhecimento da População Brasileira*, 2000.

64. Iwata M, Kuzuya M, Kitagawa Y, Iguchi A. Emergency department use by nonagenarian patients. *Geriatrics and Gerontology International* 2006; 6:25-31.

65. Oliveira FA, Reis MA, Castro ECC, Cunha SFC, Teixeira VPA. Doenças infecciosas como causa de morte em idosos autopsiados. *Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2004; 37:33-6.

66. Guimarães RM. Prevenção das doenças associadas ao envelhecimento. Arquivos de Geriatria e Gerontologia; 1996. p. 9-14.

67. Brasil. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil- Mortalidade, 2001

ANEXOS

Anexo 2

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 1087/05-CEP

Porto Alegre, 07 de novembro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Caracterização sazonal das causas de hospitalização em idosos na Unidade de Internação Geriátrica de um Hospital terciário na região Metropolitana de Porto Alegre".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Caio Coelho Marques
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

Ilmo(a) Sr(a)
Mest Marcia Welfer
N/Universidade