

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ALESSANDRA TIEPPO

**SAÚDE DO IDOSO: INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO E
UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO PREDITIVO
DE RISCO DE INTERNAÇÃO**

**VITÓRIA
2016**

ALESSANDRA TIEPPO

**SAÚDE DO IDOSO: INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO E
UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO PREDITIVO
DE RISCO DE INTERNAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.
Orientadora: Prof. Dra. Maria Carlota de Rezende Coelho

VITÓRIA

2016

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

T563s Tieppo, Alessandra.
Saúde do idoso: integralidade na atenção e utilização de instrumento preditivo de risco de internação. / Alessandra Tieppo. - 2016.
88f.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016.

1. Idosos. 2. Hospitalização. 3. Estudo de validação. 4. Custos em saúde e fatores de risco. Coelho, Maria Carlota Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 364-053.9

ALESSANDRA TIEPPO

**SAÚDE DO IDOSO: INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO E
UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO PREDITIVO DE RISCO DE INTERNAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 20 de setembro de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Carlota de Rezende
Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória
Orientadora

Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória

Prof. Dr. Renato Lírio Morelato
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória
Suplente

Prof. Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme
Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo
Suplente

Com toda admiração do mundo, dedico esta pesquisa ao mestre Dr. Matheus Papaléo Netto que, com todo o seu “italianismo”, me ensinou a delicadeza de cuidar do envelhecer e a importância do trabalho interdisciplinar. Eternamente grata. (*In memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Meu Amado Deus, eu sou grata por este presente maravilhoso que é vida. Agradeço pelas pessoas que colocou em meu caminho. Algumas me inspiram, me ajudam, me desafiam e me encorajam, para que eu me torne uma pessoa melhor a cada dia. Agradeço as coisas boas e as más que me aconteceram ao longo da vida, visto que me fizeram ser quem eu sou. Agradeço a boa saúde, a segurança, o conforto, a paz e as alegrias; que minha gratidão chegue até o Senhor.

Agradeço ao meu esposo que, com apoio e carinho, me deu a tranquilidade para concluir esta fase da minha vida. Sou grata aos meus pais e à minha irmã que, mesmo longe, são fontes de motivação, minha torcida por toda a vida, meu porto seguro em qualquer tempestade.

Expresso meus agradecimentos à minha orientadora, Prof^a Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho, que com paciência, profissionalismo e dedicação tornou minha caminhada mais fácil e prazerosa. Além da minha admiração, pode contar com minha amizade.

Agradeço à minha família e aos meus amigos que tiveram que conviver com minha ausência e, porque não dizer, minha negligência nesses momentos de dedicação à pesquisa e ao estudo; a meus sobrinhos, Ricardinho, Rafael, Miguel, e a meus afilhados, Mariana, Vinícius e Giovanna, que tiveram que “abrir mão” da Tia Alê para que ela conquistasse mais este degrau na carreira acadêmica.

Sou grata aos amigos conquistados durante o Mestrado que fizeram essa jornada ser mais prazerosa. Viva a “Máfia do Mestrado”!

Manifesto minha gratidão a Yara Musiello Barcellos que, com sua dedicação ao trabalho, demonstra todo carinho aos alunos e que sempre tem uma palavra de apoio e incentivo para todos; aos doutores do corpo docente do Mestrado, que continuamente demonstraram estar dispostos a me auxiliarem no trajeto do curso; ao Prof^o. Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme, que sempre me estimulou a realizar pesquisa científica.

Agradeço à minha professora Maria Elisa Moreira e ao meu amigo Gilson Fernandes Ruivo, que me orientaram no minha primeira pesquisa e no meu primeiro artigo científico.

E, por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para minha jornada e minha conquista do Mestrado.

“O homem vive preocupado em viver muito e não em viver bem, quando na realidade não depende dele o viver muito, mas sim o viver bem.”

Sêneca

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade brasileira que acompanha a tendência mundial. Esse envelhecimento exige políticas de atenção à saúde, mais abrangentes para atender toda a demanda. Este estudo teve o objetivo de identificar o risco de internação, por meio de uma ferramenta de validade preditiva; a ocorrência de internação hospitalar; os custos com internação hospitalar e o perfil dessas internações de pessoas idosas. Também refletiu sobre a garantia de direitos na atenção à saúde e o impacto do envelhecimento sobre os serviços de saúde. Foi realizado um estudo analítico observacional transversal prospectivo com 260 pessoas idosas, com idade superior a 60 anos, de uma população de 2.901 pessoas idosas beneficiárias de uma operadora de saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória denominada Santa Casa Saúde (SCS) da cidade de Vitória/ES. O risco de internação foi avaliado através da utilização do instrumento de validade preditiva denominado *Probability Risk Assessment* (PRA). A ferramenta de estratificação de risco foi analisada pela ocorrência de internação hospitalar dos participantes do estudo. Dos 260 pacientes, 91(34,99%) apresentaram risco baixo de internação; 71(27,31%) apresentaram risco médio; 54(19,62%) apresentaram risco médio-alto e 44(18,08%) um risco alto para internação hospitalar. A pesquisa evidenciou que 47 beneficiários participantes do estudo apresentaram o evento internação hospitalar; que correspondeu a 12,38% de toda despesa com internação hospitalar da operadora de saúde. Os beneficiários que internaram apresentavam, na sua maioria, 39 (83,00%) risco de internação evidenciado pelo PRA. Foi encontrado um maior número de pessoas idosas do gênero feminino — 190(73,1%), principalmente, nas faixas etárias mais idosas, sendo compatível com o fenômeno de feminização do envelhecimento. Quanto à revisão bibliográfica e documental, ficou evidente que os estudos sobre o envelhecimento ainda focam o binômio saúde/doença e não enfatizam o envelhecimento como um fenômeno biopsicossocial, que tem como objetivo a manutenção da autonomia e independência da população idosa. Os resultados reforçam a importância da utilização de ferramentas de rastreio para caracterização da população, a identificação de demanda; e assim, ser utilizada para otimizar os recursos de atenção a saúde. Além disso, embora a população idosa tenha legal e formalmente assegurada a atenção à saúde por legislação vigente, as ações institucionais

mostram-se muito discretas, não atendendo as necessidades reais. As políticas e as ações relacionadas à atenção à saúde da população idosa devem ser implantadas na sua integralidade; de forma interdisciplinar e intersetorial, para minimizar ao máximo o impacto do envelhecimento populacional.

Palavras-chave: Idosos. Hospitalização. Estudo de validação. Custos em saúde e Fatores de risco.

ABSTRACT

Population aging is a Brazilian reality that follows the world trend. This aging requires the most comprehensive health care policies to meet the demand. This study aimed to identify the risk of hospitalization through a predictive validity tool, the occurrence of hospitalization costs the hospital and the profile of hospital admissions of older people. Also reflected on the rights guaranteed in the attention to health and the impact of aging on health services. A prospective cross-sectional observational analytical study with 260 elderly aged over 60 years a population of 2,901 beneficiary elderly of a health provider of the Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória called Santa Casa Saúde (SCS) in the city of Vitória/ES. The risk of hospitalization was assessed by using the predictive validity of instrument called Probability Risk Assessment (PRA). Risk stratification tool was analyzed for the occurrence of hospitalization of the study participants. Of the 260 patients, 91 (34.99 %) presented low risk of hospitalization; 71 (27.31 %) had average risk; 54 (19.62 %) had medium-high risk; and 44 (18.08%) a high risk for hospitalization. The research showed that 47 participants beneficiaries of the study showed the hospital event; corresponding to 12.38 % of all expenditure on hospitalization of the health provider. The beneficiaries who were hospitalized had mostly 39 (83.00 %) risk of hospitalization evidenced by the PRA. It found a greater number of elderly females 190 (73.1 %), mainly in older age groups and is compatible with the feminization phenomenon of aging. As for bibliographical and documentary review it became clear that the studies on aging still focus on the binomial health / disease and do not emphasize aging as a biopsychosocial phenomenon that aims to maintain the autonomy and independence of the elderly population. The results reinforce the importance of using to characterize the population screening tools, demand identification; and thus be used to optimize health care resources . Moreover, while the elderly population has legally and formally assured attention to health by current legislation, the institutional actions have been very discrete not meet the actual needs. The policies and actions attention to health of the elderly population should be deployed in its entirety; interdisciplinary and intersectoral way to minimize to the maximum the impact of population aging.

Keywords: Elderly; Hospitalization; validation study; Costs health and risk factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Índices de taxa de fecundidade de 1940 – 2010 no Brasil.....	15
FIGURA 2 – Distribuição etária da população brasileira de 2000	17
FIGURA 3 – Principais causas de morbidade por faixa etária	18
FIGURA 4 – Estrutura da pesquisa	24
FIGURA 5 – Mapa do Estado do Espírito Santo	32
QUADRO 1 – Documentos legais relacionados à garantia à saúde da pessoa idosa	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição da frequência dos indivíduos e valor de p segundo fatores de risco para internação repetida.....	57
TABELA 2 – Valor de PRA da população estudada.....	58
TABELA 3 – PRA dos pacientes que apresentaram internação hospitalar	58

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAI	Centro de Referência de Atendimento ao Idoso
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes mellitus
GM	Gabinete do Ministro
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
LILACS	Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIR	Probabilidade de Internação Repetida
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PRA	Probability Risk Assessment
PSF	Programa de Saúde da Família
PubMed	Publicações Médicas
S I A	Sistema de Informação Ambulatorial
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SCS	Santa Casa Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2. OBJETIVOS	22
1.2.1 Objetivos gerais	22
1.2.2 Objetivos específicos	22
1.3. ESTRUTURA DA PESQUISA	23
2 METODOLOGIA	25
2.1 TIPO DE ESTUDO	25
2.2 LOCAL.....	26
2.3. PARTICIPANTES.....	26
2.3.1 Critérios de inclusão	26
2.3.2 Critérios de exclusão	26
2.4 COLETA DE DADOS	27
2.4.1 Instrumento para coleta de dados	27
2.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
2.6 CRITÉRIOS ÉTICOS.....	29
3 A GARANTIA DE DIREITOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	30
4 O IMPACTO DO ENVELHECIMENTO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE	43
5 ARTIGO DE PESQUISA	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A	75
APÊNDICE B	78
APÊNDICE C	79
ANEXO A	80
ANEXO B	81
ANEXO C	82
ANEXO D	83
ANEXO E	84

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo versa sobre a confirmação na utilização de um instrumento que revela a probabilidade de risco de internação repetida na pessoa idosa. A relevância na utilização desse instrumento se dá em função de que, ao identificar idosos em risco de internação, a equipe de saúde pode intervir de maneira precoce, evitando o evento.

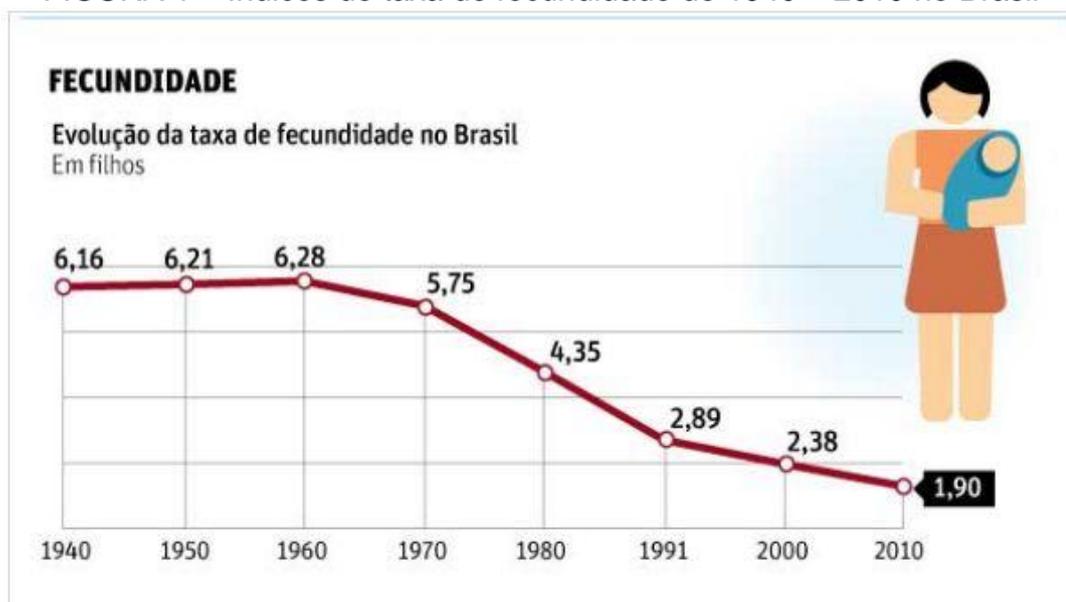
O envelhecimento da população mundial já é uma realidade. O processo de envelhecimento populacional corresponde à alteração na estrutura etária da população, resultando em uma maior proporção de idosos em relação ao total da população (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Esse fenômeno ocorre devido à redução da fecundidade, ocasionando uma não representatividade dos grupos etários mais jovens perante a população total. No mundo, a taxa de fecundidade passou de 4,91 filhos por mulher em 1960 para 2,45 filhos em 2010; em países desenvolvidos, a taxa de fecundidade passou de 2,99 filhos por mulher, em 1960, para 1,75 filhos, em 2010, e em países em desenvolvimento passou de 6,46 filhos por mulher, em 1960, para 4,08 filhos, em 2010. O declínio da fecundidade teve início nas últimas décadas do século XIX nos países desenvolvidos; já nos países em desenvolvimento tal fenômeno só teve início no final do século XX (LEE, 2003).

No Brasil, a fecundidade reduziu aproximadamente 70%: passou de uma taxa de fecundidade de 6,28 filhos, em 1960, para 1,90 filhos por mulher, em 2010, como demonstrado na Figura 1 (IBGE, 2010). Na Inglaterra, para que a taxa de fecundidade reduzisse em 50 %, foram necessárias três décadas (INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013)

O declínio da taxa de fecundidade está ligado ao acesso aos meios contraceptivos, maior participação da mulher no mercado de trabalho, mudança no perfil das famílias, entre outros fatores (BLOOM, 2011).

FIGURA 1 – Índices de taxa de fecundidade de 1940 – 2010 no Brasil



Fonte: IBGE (2010).

O envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica isto é, do declínio da taxa de fecundidade demonstrada anteriormente e do declínio da taxa de mortalidade (BLOOM, 2011). O declínio da mortalidade está diretamente relacionado aos avanços da medicina e da saúde pública, das melhores condições de alimentação, do melhor controle de vetores de doenças infecciosas e do aumento da capacidade financeira, entre outros fatores (LEE, 2003; BLOOM, 2011), ou seja, primeiramente deparamos com uma diminuição de mortalidade infantil, gerando aumento na base da pirâmide etária, mas, em paralelo a esse fenômeno, temos a diminuição da fecundidade, causando estreitamento da base da pirâmide (CARVALHO; GARCIA, 2003).

A diminuição progressiva da taxa de fecundidade causa estreitamento constante da base da pirâmide etária e, conseqüentemente, os grupos etários mais velhos passam a ser proporcionalmente maiores em relação à população geral. Podemos considerar que a diminuição da fecundidade é o principal fator responsável pelo envelhecimento populacional, e o aumento da longevidade em idades mais avançadas tem contribuído de forma secundária para o envelhecimento populacional (CARVALHO; GARCIA, 2003).

A esperança de vida ao nascer, que em 1960 era de 52,61 anos, passou para 69,93 anos em 2010. Nos países de baixa renda, em 2010 a esperança de vida ao nascer era de 58,84 e nos países de alta renda atingiu 79,76 anos. As projeções

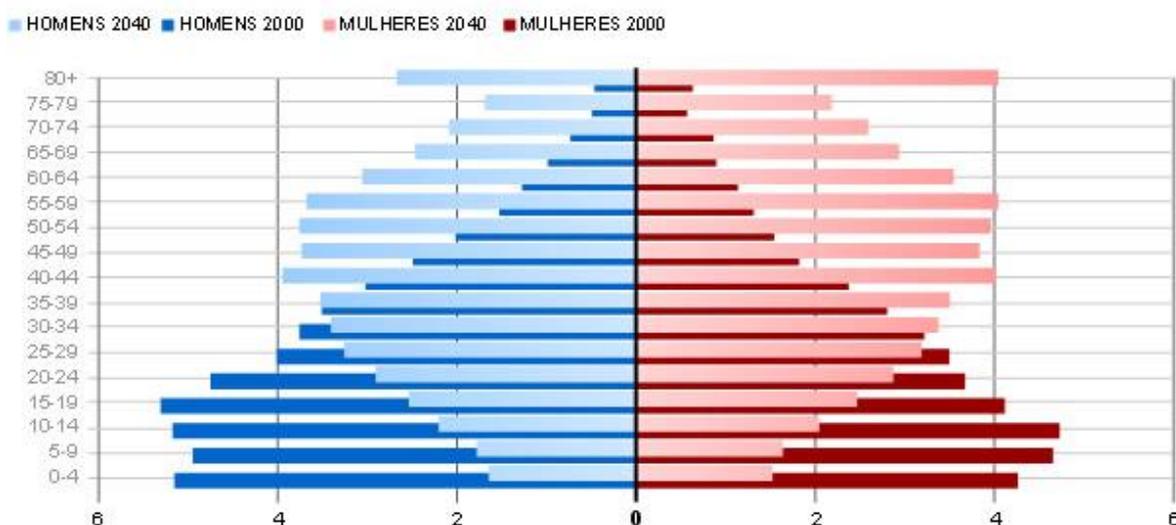
populacionais indicam que a média da esperança de vida ao nascer será de 76 anos entre 2045-2050, sendo que nas regiões menos desenvolvidas chegará a 74 anos e nas regiões mais desenvolvidas pode chegar a 83 anos (BANCO MUNDIAL, 2011).

A diminuição da mortalidade é uma variável que influencia diretamente o aumento da longevidade brasileira. Em 1980, a cada mil brasileiros que atingiam os 60 anos; 656 não completariam 80 anos. Em 2013, a cada mil brasileiros com 60 anos, 427 não completariam os 80 anos, o que representa 229 óbitos a menos. A expectativa de vida de um brasileiro de 60 anos que, em 1980, era de 16,4 anos, passou para 21,8 anos em 2013, um aumento de 33%. Então, em 2013 um brasileiro com 60 anos de idade viveria; em média 81,8 anos, sendo 79,9 anos a média para os homens e 83,5 anos para mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). Devido a esse processo de transição demográfica, a participação da população idosa passou de 8% da população mundial, em 1950, para 11% em 2010 e tem uma projeção de ser 17% em 2030 e 22% em 2050 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

A população geral do Estado do Espírito Santo passou de 3.514.952, em 2010, para uma população estimada de 3.929.911 em 2015, da qual a população idosa, que em 2010 era de 364.861 habitantes, tem uma projeção de 455.180 em 2015 e de 862.004 em 2030, correspondendo a 19,2% da população capixaba. O Estado ocupa o 3º lugar em unidade federativa com maior taxa de expectativa de vida, empatando com o Estado de São Paulo e perdendo apenas para o Estado de Santa Catarina e o Distrito Federal (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Na Figura 2, apresentamos a distribuição etária da população brasileira de 2000 com projeções até 2040 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011)

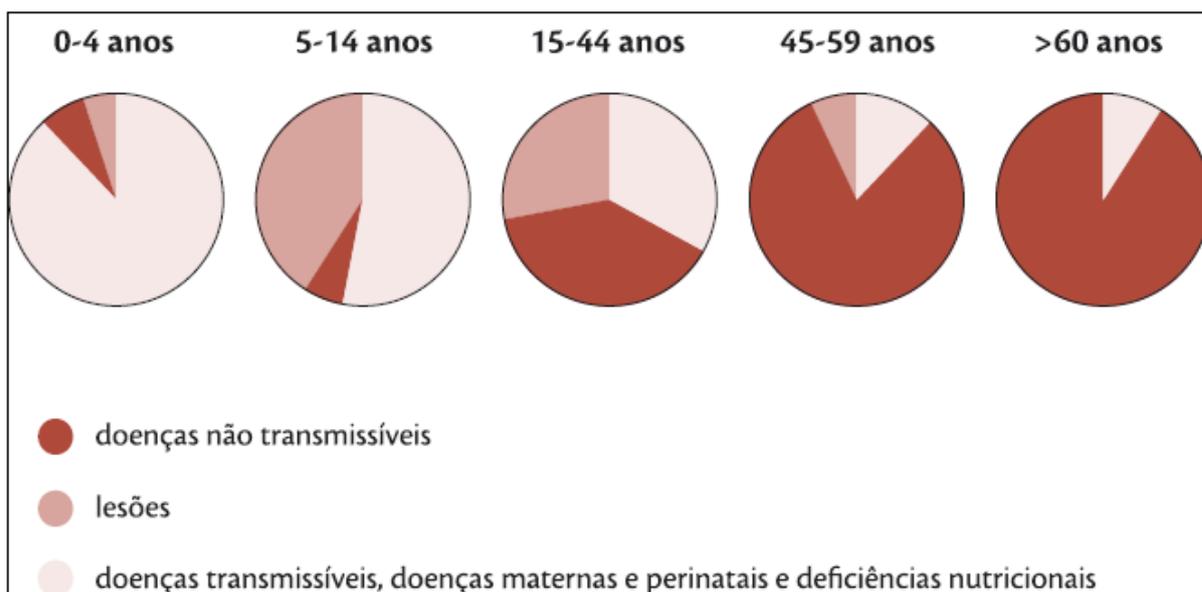
FIGURA 2 – Distribuição etária da população brasileira de 2000 com projeções até 2040



Fonte: IBGE (2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a população idosa como aquela composta por pessoas acima de 60 anos de idade no mundo em desenvolvimento e acima de 65 anos de idade no mundo desenvolvido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). Mesmo que a população de idosos seja superior nos países desenvolvidos, os países em desenvolvimento têm observado um processo de transição demográfica mais acelerada do que nos países europeus (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). Conseqüentemente, essa população demanda um grande número de serviços em saúde que exige a elaboração de políticas públicas de saúde com otimização de recursos e viabilidade operacional. (PEREZ, 2008). Com a transição demográfica, ocorre uma transição epidemiológica que apresenta um declínio da prevalência das doenças infectocontagiosas e um aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, tornando-se as principais causas de morbimortalidade. (PEREZ, 2008). (Figura 3).

FIGURA 3 – Principais causas de morbidade por faixa etária



Fonte: Relatório Mundial de Saúde (1999).

Cerca de 33% dos idosos apresenta de três a quatro doenças crônicas, característica que configura uma complexidade e determina especialização dos serviços de saúde. Lebrão relata como doença de maior prevalência, no grupo idoso, a hipertensão arterial (53.3%), seguida pelo conjunto de doenças reumáticas (31.7%), problema cardíaco (19.5%) e diabetes (17.9%) (LEBRÃO, 2005).

Essa mudança demográfica e epidemiológica exige mudanças no modo de olhar e cuidar da saúde da população idosa (VERAS et al., 2002). As condições de saúde da população idosa podem ser avaliadas por meio do perfil de morbimortalidade, das limitações cognitivas, das limitações físicas e por meio da utilização dos serviços de saúde (NUNES, 2010). Toda essa heterogeneidade torna grande o desafio de desenvolver políticas públicas de saúde voltadas ao idoso que apresentem eficácia e eficiência em abordar toda a demanda.

Embora a população idosa represente apenas 12,3% da população brasileira, ela é responsável por um terço dos gastos em saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Os tradicionais modelos de promoção de saúde, de prevenção de agravos, de assistência e de reabilitação não apresentam resultados esperados quando aplicados à população idosa (DUTRA, 2011). A Organização Mundial de Saúde enfatiza a necessidade de fortalecer políticas de

prevenção e promoção à saúde; especialmente elaboradas para a população idosa visando à manutenção e/ou melhora na qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento. (VERAS, 2008).

A internação de pessoas idosas apresenta taxas de média de permanência maiores que as demais faixas etárias com o mesmo diagnóstico e são internações com maior custo por diária devido às comorbidades apresentadas por essa população. Também o tempo de reabilitação e o declínio funcional são maiores nessa população (PEIXOTO, 2004). A capacidade funcional surge como um novo paradigma para o planejamento de saúde da pessoa idosa, sendo o envelhecimento saudável uma resultante da interação de saúde física, saúde mental, independência para as atividades de vida diária, adequado suporte familiar e estrutura econômica. Neste sentido, ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde devem melhorar ou manter a capacidade funcional do indivíduo idoso (RAMOS, 2003).

É nesse contexto que a estratificação de risco no idoso torna-se essencial para o estabelecimento de diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados, que servirão de base para o planejamento das ações voltadas à atenção a saúde da pessoa idosa (VERAS et al., 2002). A ferramenta denominada *Probability Risk Assessment* (PRA), que no Brasil recebeu o nome de Probabilidade de Internações Repetidas (PIR), é um instrumento criado por Boulton e colaboradores em 1993, com o objetivo de identificar, entre um grande número de idosos, aqueles que apresentam maior risco de fragilização e, conseqüentemente, risco de internação hospitalar. Trata-se de uma ferramenta muito utilizada para organização e hierarquização da demanda, para sustentação na elaboração de programas de prevenção e otimização de recursos físicos, humanos e financeiros (VERAS, 2003; ESTRELLA, 2009), porém não tem comprovação; no Brasil, de que realmente esse paciente com fragilização com alto índice de probabilidade de internação desenvolva o desfecho de internação. Se essa correlação for comprovada pelo presente estudo, podemos justificar a sua utilização nas portas de entrada dos serviços públicos e privados de atenção à saúde de idosos.

Na medicina suplementar, o cenário ainda é mais preocupante, visto que a população idosa sempre se mostrou como sendo um problema de difícil solução e ações de prevenção foram muito recentemente implantadas, mesmo assim muito

tímidas com a intenção apenas de cumprir a legislação da Agência Nacional de Saúde (ANS). (INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013). Uma maneira de viabilizar, avaliar e aperfeiçoar ações de prevenção é o desenvolvimento de instrumentos de fácil aplicação, baixo custo de rastreamento de idosos com risco de internação hospitalar (VERAS et al., 2002). Por isso há a necessidade de validar sua mensuração para poder ser utilizado na ordenação de prioridade de atendimento, intervenção de prevenção e promoção de saúde de idosos e otimização de leitos hospitalares (NUNES, 2004).

A população idosa tem o direito à saúde, assegurado por várias leis que reforçam os direitos já consolidados, desde a Lei de Implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) — Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Porém, a população idosa apresenta uma demanda muito além da oferta apresentada; conseqüentemente, seus direitos são violados (BRASIL, 1990). A internação hospitalar de pessoas idosas sempre é tema de discussão de médicos e gestores de saúde; pois habitualmente é de longa permanência e alto custo (PEIXOTO, 2004). Além do custo direto da internação subsidiado pelas fontes pagadoras públicas ou privadas, há o custo indireto subsidiado pelo núcleo familiar (PEIXOTO, 2004)

Sendo assim, o estudo pretende confirmar a validação do instrumento PRA, que identifica idosos em risco de internação hospitalar, em uma população idosa de uma operadora de saúde de Vitória, no Espírito Santo. Sabendo-se que a internação hospitalar também leva a um declínio funcional do idoso, fica evidenciada a importância da utilização de um instrumento de validade preditiva de fácil aplicabilidade que pode ser usado na atenção primária à saúde da população idosa. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Neste estudo, parte-se do pressuposto de que a ocorrência da internação hospitalar entre os idosos de uma operadora de saúde de Vitória está diretamente relacionada com aqueles que apresentam riscos, avaliados através do PRA.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse em desenvolver o presente estudo deve-se à vivência profissional da pesquisadora, que tem experiência, no seu currículo profissional, com a gestão de pacientes idosos em operadoras de saúde e, mais recentemente, trabalha com

pacientes idosos no sistema de saúde pública, onde sempre o desafio é a gestão da saúde das pessoas idosas, na atenção primária, secundária ou terciária de saúde. É recorrente o discurso de que pacientes idosos utilizam mais recursos de saúde e que apresentam os maiores custos, porém a escassez de estudo gera a curiosidade da veracidade dessas afirmações. Por outro lado, se uma ferramenta elaborada para avaliar o risco de internação de uma população idosa for validada, pode servir como grande apoio para a gestão de saúde dessa população.

Identificar as características dessa população idosa e a demanda que ela gera é uma importante informação que pode auxiliar na elaboração de programas de atenção à saúde da população idosa. Tanto na experiência no sistema de saúde suplementar, quanto no sistema público, a pesquisadora observa que a pessoa idosa recebe a mesma atenção da população geral, o que demonstra o despreparo dos profissionais e a deficiência da implantação das políticas públicas e da legislação vigente; na saúde pública e na saúde suplementar, respectivamente. A opção de utilizar uma população idosa de uma operadora de saúde deve-se à facilidade de obter informações quanto à ocorrência ou não do evento “internação hospitalar” em período posterior à entrevista, pois esse dado pode ser obtido por meio de relatório das autorizações de internação e/ou faturamento de contas hospitalares; sendo que, no caso do SUS, dependeria da avaliação do faturamento que pode ocorrer até 180 dias após a ocorrência do evento da internação.

Optou-se pela utilização de uma ferramenta de rastreamento da população idosa com risco de internação por ser de fácil aplicabilidade por qualquer profissional da área de saúde em todas as portas de entrada do sistema e até mesmo por contato telefônico. Sua confirmação de validade pode esclarecer o seu papel de contribuição, para que sejam cumpridas as características de acessibilidade; prioridade e equidade das leis que garantem os direitos da população idosa à saúde.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivos gerais

Esta pesquisa dispõe-se a analisar a validade preditiva do *Probability Risk Assessment* (PRA) ou Probabilidade de Internações Repetidas (PIR) como instrumento de identificação de risco de internação de pacientes idosos atendidos pelo plano de saúde Santa Casa Saúde (SCS), como também avaliar a ocorrência do evento “internação hospitalar” junto ao grupo de risco determinado pelo PRA, a fim de que, com sua validação, essa ferramenta possa ser utilizada como apoio para elaboração de programas de atenção à saúde do idoso.

1.2.2 Objetivos específicos

São traçados os seguintes objetivos:

- a) identificar acesso a serviços de saúde dessa população; para assim verificar a utilização dos serviços ambulatoriais e hospitalares no período de observação posterior à entrevista;
- b) definir o perfil dos pacientes que se internam; para que possa ser planejada posteriormente a oferta necessária de serviços;
- c) verificar o sexo de idosos que mais internam dessa população, para assim comparar ao perfil da população idosa geral;
- d) especificar o perfil etário dos que mais se internam nessa população;
- e) apontar a Instituição onde essa população se interna; tendo assim uma informação sobre a utilização da rede credenciada.

É importante caracterizar o perfil da população idosa atendida nos seus mais diversos aspectos; bem como traçar o perfil de acesso aos serviços de saúde e o perfil de internação hospitalar para entender a demanda dessa população. No caso do presente estudo, beneficiários de uma operadora de saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES, denominada Santa Casa Saúde (SCS)

1.3. ESTRUTURA DA PESQUISA

A pesquisa foi estruturada em seis Seções, como demonstrado na Figura 4, sendo que a primeira apresenta as considerações iniciais sobre a pesquisa e seus objetivos.

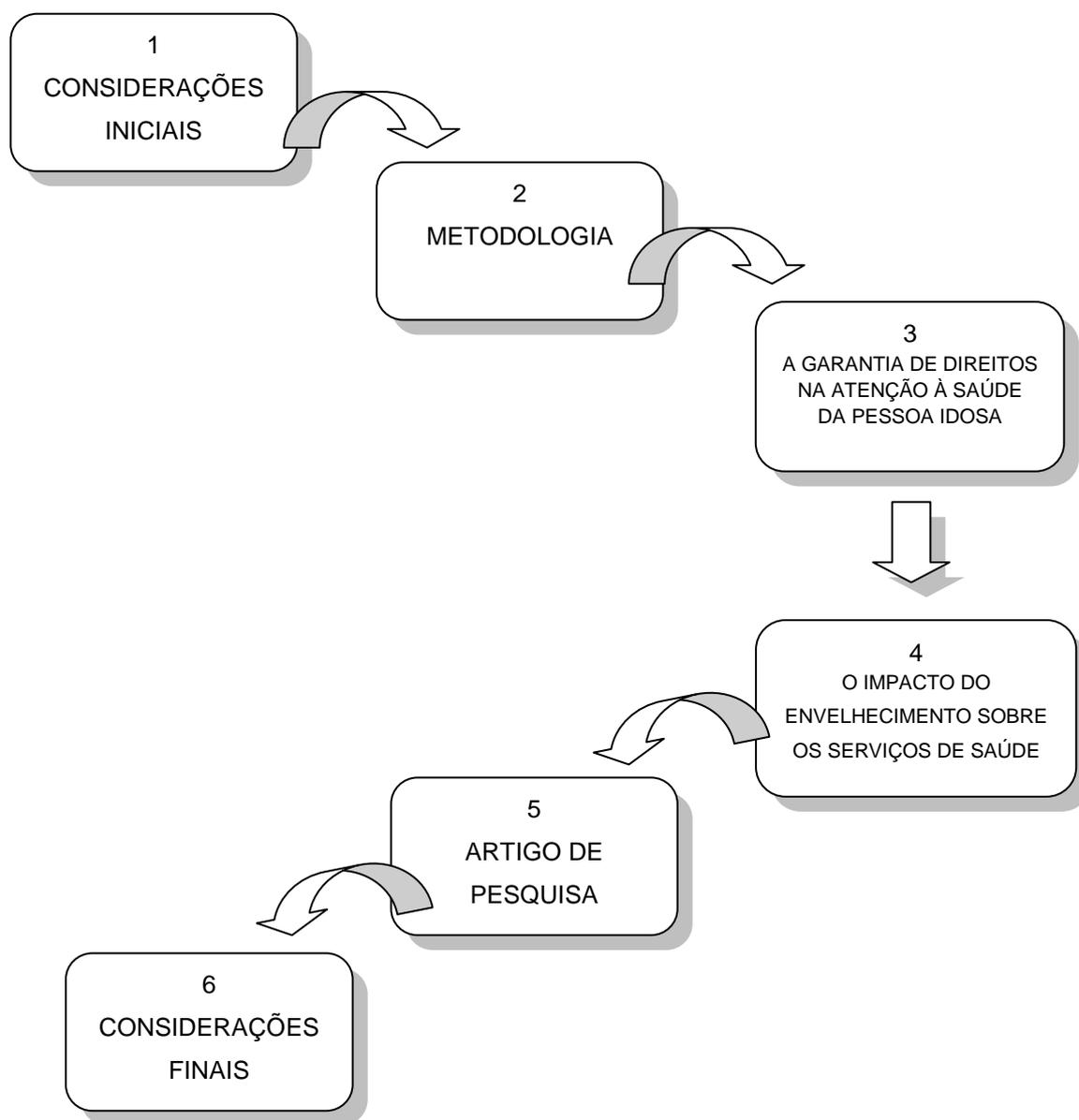
Na segunda Seção foi apresentada a metodologia aplicada e a descrição dos instrumentos utilizados.

Em seguida, na Seção 3, foi realizada uma reflexão sobre a evolução da Política Pública de Saúde do Idoso, por meio de revisão bibliográfica, demonstrando a garantia de direitos na atenção à saúde dos idosos descrita na legislação vigente no Brasil.

Na quarta seção, a ênfase recaiu no impacto do envelhecimento sobre os serviços de saúde, o processo de internação e suas consequências no idoso. A Seção 5 apresenta os resultados da pesquisa em forma de artigo científico.

Na última Seção, foram apresentadas as considerações finais relacionadas aos resultados da pesquisa com as políticas públicas de saúde do idoso, precedendo as referências bibliográficas, apêndices e anexos pertencentes ao estudo, sendo apresentados conforme regras da Associação Brasileira de Normas Técnica (ABNT).

FIGURA 4 – Estrutura da pesquisa



Fonte: Elaboração da autora (2016).

2 METODOLOGIA

Abaixo foram descritos a organização sistemática e os procedimentos realizados para a elaboração do estudo.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico observacional transversal prospectivo, com pessoas idosas acima de 60 anos, beneficiários de uma operadora de saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES, denominada Santa Casa Saúde (SCS). É um estudo observacional, pois o pesquisador observa o paciente, a característica da doença ou do transtorno e sua evolução, sem intervir ou modificar qualquer aspecto que esteja estudando (CAMPANA et al., 2001). Apresenta-se como estudo transversal, pois a exposição ao fator ou à causa está presente ao efeito no momento ou no intervalo de tempo analisado (CAMPANA et al., 2001). É prospectivo porque é montado no tempo presente e é projetado para o futuro. (FLETCHER et al., 2003).

O estudo foi realizado em três tempos distintos. Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema, nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), das Publicações Médicas (Pubmed), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), levantados no período entre 1993 e 2016, utilizando-se os descritores “idosos”, “hospitalização”, “estudo de validação”, “gastos em saúde” e “fatores de risco”, tanto em língua portuguesa quanto inglesa. Foram identificados 852 artigos e selecionados, para fichamento, 99 artigos, dos quais 50 foram utilizados na revisão bibliográfica. Também se buscou a classificação dos principais documentos nacionais e internacionais (leis, decretos, portarias e normativas), como também a seleção de dissertações, teses e livros relacionados ao tema da pesquisa. Essa revisão bibliográfica teve o objetivo de contribuir com todo o embasamento teórico sobre os direitos à saúde da população idosa, do impacto do envelhecimento sobre os serviços de saúde e dos demais pontos abordados por este estudo.

No segundo momento, foi realizada a pesquisa de campo com a coleta dos dados dos pacientes idosos, por meio de entrevista e aplicação de ferramenta de rastreio

PRA. No terceiro tempo, foi realizado levantamento da utilização dos serviços de saúde por parte dessa população por meio da catalogação das autorizações prévias de internação hospitalar e do faturamento de contas hospitalares da referida operadora de saúde.

2.2 LOCAL

Os pacientes participantes foram abordados pela própria pesquisadora na sala de espera do ambulatório de especialidades médicas próprio da operadora de saúde, situado no bairro da Vila Rubim na cidade de Vitória/ES.

2.3. PARTICIPANTES

O total de beneficiários idosos da operadora de saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória — SCS — era de 2.901, no período da coleta de dados. Participaram da pesquisa 260 pacientes, número que foi calculado levando-se em conta um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%. Apesar de ser uma amostra por conveniência, correspondeu aproximadamente a 9% da população idosa beneficiária da operadora de saúde em questão.

2.3.1 Critérios de inclusão

Os participantes consistiram em idosos com idade igual ou superior a 60 anos, beneficiários de uma operadora de saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES, de ambos os sexos, que são atendidos no ambulatório próprio da SCS na cidade de Vitória/ES.

2.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos idosos acima de 60 anos, beneficiários da SCS, de ambos os sexos, que estivessem internados no momento da coleta de dados e as pessoas que não aceitaram participar da pesquisa ou que optaram por desistir de sua participação durante a entrevista.

2.4 COLETA DE DADOS

Os idosos foram abordados exclusivamente pela pesquisadora principal no ambulatório de especialidades da SCS, no bairro Vila Rubim, mas que atende também os beneficiários de toda a região da Grande Vitória e do interior do Estado. Por respeito aos aspectos éticos e por serem os idosos uma população vulnerável, a pesquisadora leu o Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) que, após a compreensão, foi assinado pelos participantes. Aos participantes que tiveram o aceite confirmado com a assinatura do TCLE, foi aplicado o instrumento PRA ou PIR (ANEXO A).

Após 10 meses da coleta de dados, foi realizado um levantamento do prontuário na busca ativa da autorização de internação hospitalar ou faturamento de conta hospitalar para evidenciar a ocorrência do evento “internação”; o motivo dessa internação, a Instituição em que ocorreu o evento e os custos com saúde desses beneficiários. O cronograma foi cumprido como descrito no APÊNDICE B.

2.4.1 Instrumento para coleta de dados

O PRA, instrumento elaborado por Boulton e outros (1993), tem como objetivo identificar, junto a um grande número de idosos, aqueles que têm maior risco de fragilização. Inicialmente, esses pesquisadores realizaram um estudo de coorte longitudinal, quando analisaram 28 fatores que poderiam estar relacionados com maior morbidade e mortalidade; no entanto, os fatores de risco que se mostraram como bons indicadores de maior poder de predição para admissão hospitalar foram: autopercepção do estado de saúde, número de pernoites hospitalares e número de consultas médicas nos últimos 12 meses; presença de diabetes *mellitus*; presença de doença cardiovascular; sexo; presença de cuidador e idade. Esses oito fatores resultaram em um questionário, cujas respostas são aplicadas em uma fórmula de regressão logística (KLEINBAUM, 1994), que ocasionam um coeficiente que varia de zero (0) a um (1), indicando a probabilidade de internação repetida (ANEXO B). Para cada opção de resposta, há um valor de B_x — coeficiente de regressão — correspondente, que será incluído na fórmula de regressão logística (ANEXO C) (BOULT et. al., 1993).

Vale ressaltar que tal instrumento foi validado para triagem e estratificação de idosos de risco em outros países, já tendo sido, inclusive, avaliado no Brasil, porém sem fazer a apreciação posterior de intervenção se o evento “internação” ocorreu ou não. Ao final da fase de aplicação do questionário, os dados foram importados para novo arquivo, em planilha Excel, para realização do cálculo de coeficiente de risco de cada idoso, segundo aplicação de regressão logística (BOULT, C. et. al.,1993; BOULT, L. B. et al.,1994; PACALA,1997) (ANEXO D). No estudo denominado Rede Fibra, o instrumento recebeu o nome em português, Probabilidade de Internações Repetidas (PIR) (PEREZ, 2013). O risco é estratificado em baixo, médio, médio-alto e alto. O risco é considerado baixo quando o PRA ou PIR apresenta índice menor do que 0,30; médio, de 0,30 a 0,39; médio-alto, de 0,40 a 0,49, e alto, maior ou igual a 0,50 (VERAS et al., 2002). A decisão de adotar essa classificação de risco deu-se fundamentalmente pela intenção de divulgar uma ferramenta de fácil aplicação como norteadora de utilização de recursos de saúde, a fim de estabelecer uma equidade na sua utilização (ESTRELLA, 2009).

2.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Este estudo propôs-se a verificar a relação do risco de internação de idosos, encontrado em pessoas idosas beneficiárias de uma operadora de saúde. com o evento “internação hospitalar” após 10 meses de observação a partir da realização de entrevista inicial. As respostas do questionário sofreram uma análise multivariada. por meio de regressão logística, aplicando-se a fórmula do PRA ou PIR e utilizando-se os coeficientes B_x , bem como os indicadores x utilizados no trabalho previamente publicado de Pacala e outros (1995).

Os resultados foram analisados através de análise descritiva resumindo as principais características da população participante e análise inferencial univariada através de Testes Qui-quadrado (χ^2) para avaliar quantitativamente a relação entre os resultados encontrados, utilizando-se o *Software Statistical Package for Social Science/IBM (SPSS) Statistics*, versão 23.

2.6 CRITÉRIOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM), em agosto de 2015, sob o número de CAAE 46140015.5.0000.5065 (ANEXO E). e autorizada pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e a operadora de saúde (APÊNDICE C). Todos os dados contidos na pesquisa têm seu sigilo garantido pela não identificação nominal dos seus participantes e são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Foram observadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Científica da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; onde os dados serão mantidos em sigilos e arquivados por um período de 5 (cinco) anos em local seguro.

3 A GARANTIA DE DIREITOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O envelhecimento populacional pode ser considerado uma conquista da sociedade e deve ser comemorada, porém gera outros fenômenos associados, que são o grande desafio, principalmente do setor saúde. O que chama atenção no envelhecimento da população nos países da América Latina, incluindo o Brasil, é a velocidade em que esse fenômeno está correndo e acarretando novas demandas que são encaradas como problemas pelos gestores em saúde. Nos países desenvolvidos, ocorreu o enriquecimento da nação e, posteriormente, o envelhecimento da população, o que não se observa nos países da América Latina, como é o caso do Brasil. (KALACHE, 2008)

Outro ponto que vale salientar é a heterogeneidade do envelhecimento, pois não existe uma única forma de envelhecer. O envelhecimento tem determinantes sociais que influenciam diretamente nesse fenômeno, não só pelos riscos que as pessoas se submetem ao longo da vida; mas também pelas oportunidades. Fatores como sexo, etnia, nível de escolaridade e classe social são determinantes sociais que intervêm diretamente no resultado do envelhecimento da pessoa e da população. Então, essas formas de envelhecer podem apresentar variados níveis de dependência, assim como doenças com maior ou menor grau de vulnerabilidade e fragilidade (CAMARANO, 2002).

Devemos lembrar outro fenômeno que acompanha o envelhecimento da população brasileira, conhecido como feminização da velhice, que ocorre devido ao aumento da mortalidade masculina e ao crescimento da população feminina mais idosa, ou seja, aumento da população de 80 anos ou mais de idade do sexo feminino, o que altera a própria composição por sexo dentro do próprio grupo etário (LAURENTI, 2005).

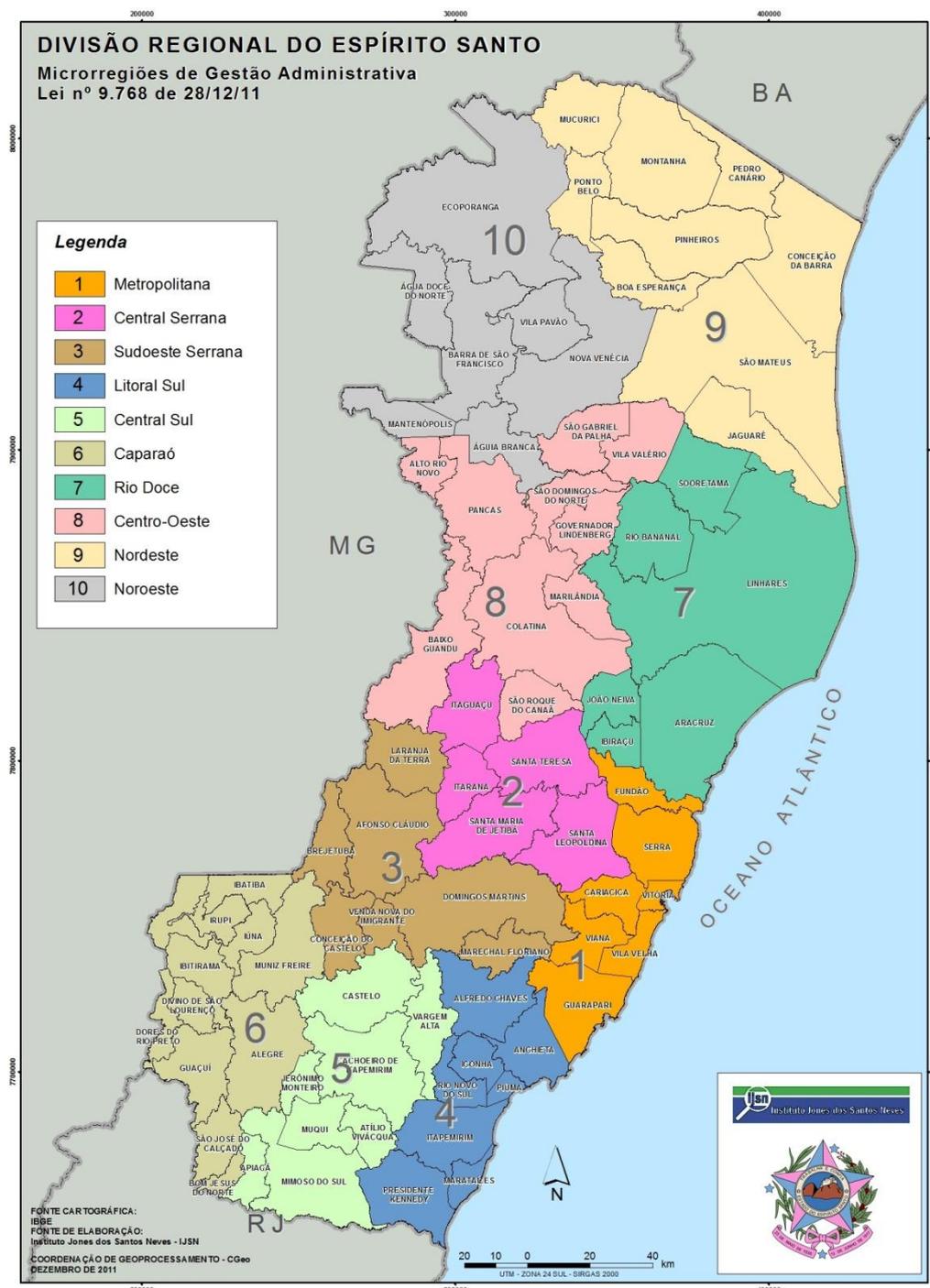
Com o envelhecimento da população cresce também a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; que são doenças associadas a diferentes condições não transmissíveis de caráter crônico e afetam a qualidade de vida e a participação social de seus portadores; conseqüentemente, surge a necessidade de maior utilização dos serviços de saúde, do nível primário ao terciário (VERAS et al., 2002). No entanto, o sistema de saúde atual está orientado a dar ênfase aos cuidados

agudos e não à prevenção de doenças e à promoção da saúde, embora cerca de 80 % dos idosos apresente pelo menos uma doença crônica, sendo que a hipertensão arterial é a doença mais prevalente. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Isso exige reestruturação e reorganização no modelo e na rede de atenção à saúde das pessoas idosas; o que certamente refletirá em elevação dos custos do sistema de saúde. Então, a realidade é uma população idosa composta de diferentes perfis, que traz demandas e desafios às políticas públicas de atenção à saúde da população idosa. Estudos populacionais também têm demonstrado diminuição da dependência das pessoas idosas de seus familiares (BRASIL, 2009); mas apontam o fraco nível educacional, o que pode causar reduzido nível socioeconômico dessa população (LEBRÃO; DUARTE, 2003; RAMOS et al., 1993).

Por tudo, até aqui relatado fica claro que essa população necessita de políticas de proteção que alcancem na integralidade as suas demandas, levando em considerações suas necessidades e vulnerabilidades (VERAS et al., 2002). O objetivo do texto foi refletir sobre a garantia de direitos na atenção à saúde dos idosos ao descrever os principais aspectos dos direitos sociais constitucionais da pessoa idosa. Nas últimas décadas, o Brasil, acompanhando a tendência mundial, passou por mudanças acentuadas na sua estrutura demográfica. Deixou de ser um país jovem para tornar-se um país maduro.

O Estado do Espírito Santo também acompanha essa tendência. O Espírito Santo está localizado na região sudeste do país, em uma área de 46.096.925 Km² divididos em 78 municípios com uma densidade demográfica de 76,25 hab./km², como demonstrado na Figura 5. A população geral do Estado passou de 3.514.952 em 2010 para uma população estimada de 3.929.911 em 2015. A população idosa, que em 2010 era de 364.861 habitantes, tem uma projeção de 455.180 em 2015 e de 862.004 em 2030, correspondendo a 19,2% da população capixaba (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

FIGURA 5 – Mapa do Estado do Espírito Santo



Fonte: Portal do Governo do Estado do Espírito Santo (2016).¹

Para países em desenvolvimento, como o Brasil, a OMS define como pessoa idosa aquela com idade superior a 60 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE,

¹ Disponível em: <<http://www.es.gov.br/>>. Acesso em: 6 mar. 2016.

2011). Essa tendência ascendente da população idosa está relacionada com a redução dos níveis de fecundidade e com o aumento da esperança de vida ao nascer. O aumento dessa população ocasiona um impacto direto nos serviços de saúde e traz consequência para a educação profissional em saúde (MOTTA; AGUIAR, 2007). Dessa forma, a mudança demográfica fez com que a pessoa idosa saísse da responsabilidade do núcleo familiar e exigiu ações da comunidade e do Estado para sua proteção. As suas demandas devem ser conhecidas e necessitam que sejam atendidas; sendo isso considerado o maior problema para os gestores na área da saúde (VERAS et al., 2002).

Embora o fenômeno do envelhecimento populacional tenha início na década de 60, apenas após duas décadas uma agenda internacional de políticas públicas pela primeira vez deu ênfase a esse assunto. O evento foi a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Viena, que resultou em um plano de ação global — o Plano de Viena de 1982. No entanto, esse plano tinha enfoque nos países desenvolvidos. As recomendações visavam promover a independência dos idosos, sendo na sua grande maioria elaboradas com base em políticas associadas ao mundo do trabalho (CAMARANO; PASINATO, 2004). Essa Assembleia acabou influenciando aos países desenvolvidos incorporarem o assunto envelhecimento populacional em suas agendas políticas.

Nesse mesmo ano, no Brasil foi decretado o Ano Nacional do Idoso, o que gerou interesse da comunidade pelo assunto. A mobilização social resultou na criação do primeiro Conselho Estadual do Idoso no Estado de São Paulo, em 1986. No mesmo período, o Brasil estava prestes a ter uma grande mudança com a formação da Assembleia Nacional Constituinte, que elaborou a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988; em que a saúde passou a ser compreendida como “um dever de Estado e um direito de cidadão”, a ser assegurado mediante adoção de políticas públicas, com a garantia do acesso universal igualitário às ações e serviços disponibilizados, conforme o art.196. A Carta Magna apresenta o conceito ampliado de saúde como direito à cidadania, visa à redução do risco de doenças e de seus agravos, com acesso universal aos serviços e às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2012).

O idoso se tornou alvo de muitas políticas, mas a implementação efetiva esbarrou na inadequada captação de recursos, ao difícil sistema de informações e de análise sobre a saúde dos idosos e ao inadequado uso de recursos financeiros. Somente a legislação considerou a proteção a essa população, como descrito na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), que destaca a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa, a integralidade da assistência e a fixação de prioridades com base na epidemiologia (BRASIL, 2015). Anteriormente, em 1989, o Ministério da Saúde já normatizava o funcionamento das casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento ao idoso, com a Portaria GM/MS nº 810/89, de 22 de setembro de 1989 (BRASIL, 1989).

Somente em 1994 foi promulgada, por meio da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 13 de julho de 1996, a Política Nacional do Idoso, que fundamenta a ação do setor de saúde na atenção integral à população idosa, tendo como propósitos: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças; a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida e a necessidade de capacitação profissional para alcançar as metas propostas; reafirma o direito à saúde dessa população a ser atendida nos diversos níveis de atenção do SUS (BRASIL, 1994).

Em 1998, foram instauradas as Portarias GM/MS nº 2.413, SAS/MS nº 2.414 e GM/MS nº 2.416/98, de 23 de março de 1998, que demonstram uma atenção específica pelo SUS com a relação à saúde da população idosa, sendo incluídos, na tabela do Sistema de Informações do Hospitalares (SIH/SUS), os grupos de procedimentos de internação em hospital-dia geriátrico, internação domiciliar e atendimento a pacientes sob cuidados prolongados. Evidencia-se o fortalecimento das garantias na atenção à saúde dos idosos no Brasil, embora seja um fato muito recente (BRASIL, 1998). Para a concretização do direito à saúde do idoso foi editada a Portaria GM/MS nº 280/1999, de 7 de abril de 1999, que “torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados” (BRASIL, 1999).

No fim da década de 90 a Organização Mundial de Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo”, que corresponde ao processo de otimização das oportunidades de saúde, de participação e de segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, acompanhando o envelhecimento. Sendo assim, a promoção do envelhecimento saudável necessita de mudanças de paradigma e ações realizadas por equipe multidisciplinar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A Lei nº 10.048/2000, de 08 de novembro de 2000, que foi posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, estabelece normas gerais e critérios básicos para a prioridade de atendimento a idosos e para a promoção da acessibilidade das pessoas aos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Em 17 de abril de 2002 foi promulgada a Portaria GM/MS nº 703/2002, que cria o Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer (BRASIL, 2002). O Estatuto do Idoso — Lei nº 10.741/2003 — apresenta a ligação entre intersetorialidade e direito à saúde: O Estatuto dedica os artigos 15 a 19 do Capítulo IV ao direito à saúde. No art. 15, assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Nesse Estatuto (art. 15, § 1º), garante-se que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

[...]

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

[...] (BRASIL, 2003).

Essa é a primeira ação para conhecimento da população idosa local. Assim, cada esfera de governo estabelecerá procedimento próprio para o cadastro de idosos em sua base territorial.

A portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002, obriga que nos Estados exista um Centro de Referência de Atenção ao Idoso (CRAI), que por sua vez é definido como um hospital com, no mínimo, cem leitos, apresentando quatro modalidades

assistenciais: internação hospitalar, hospital-dia geriátrico, ambulatório especializado em saúde do idoso e assistência domiciliar (BRASIL, 2003).

O art. 15, § 1º da Lei 10.741 estabelece ainda:

[...]

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

[...] (BRASIL, 2003).

Esse dispositivo indica a necessidade de que o atendimento ocorra por equipe interdisciplinar especializada, quando a pessoa idosa irá receber atendimento individual de consultas médicas e de enfermagem; fisioterapia; psicoterapia; terapia ocupacional; apoio; educação e orientação dietética; reabilitação da fala e deglutição. Também receberá atendimento em grupo, em forma de atividades socioterápicas; grupos de orientação, atividades de sala de espera e atividades educativas em saúde, de forma geral (BRASIL, 2003).

Ainda continua o referido parágrafo do art. 15.

[...]

III – unidades geriátricas de referência, com recursos humanos especializados nas áreas de geriatria e gerontologia social;

[...] (BRASIL, 2003)

São atendimentos em unidades especializadas para recuperação ou manutenção da saúde do idoso; entende-se também que os atendimentos devem ser realizados por equipes multidisciplinares voltadas à saúde do idoso.

[...]

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbanos e rural;

[...] (BRASIL, 2003).

Nesse ponto, o dispositivo legal apresenta o atendimento domiciliar como um precioso resgate da dignidade da pessoa idosa; pois não são raros os fatores que

dificultam o deslocamento e a locomoção para que a pessoa consiga ter acesso aos cuidados à saúde.

Nessa mesma linha de pensamento, a Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, define “internação hospitalar”:

[...]

Art. 2º Definir como Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim.

[...] (BRASIL, 2006).

Esse atendimento domiciliar inclui um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para aumento da autonomia e otimiza a qualidade de vida da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso ainda prevê ainda no art. 15:

[...]

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes ao agravo da saúde.

[...] (BRASIL, 2003).

A reabilitação visa à recuperação física e psicológica do idoso, de forma a reintegrá-lo socialmente também, superando a ideia de bem-estar físico. A medicina de reabilitação indica que a equipe deve ser capaz de levar o paciente a um estado de melhor funcionalidade e deve ser constituída por equipe interdisciplinar

A Lei nº 10.741, em seu art. 15, § 2º, incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 2003). Esse parágrafo estabelece, além da relevância econômica, a questão social, que inclui o controle do Estado sobre políticas de acesso à medicação, à distribuição, à fiscalização e ao controle de preço. Por sua vez, o § 3º deixa claro que é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (BRASIL, 2003). Com o crescimento da população idosa e a escassez dos serviços públicos de saúde,

houve maior procura por serviços privados de saúde. Com o aumento dessa demanda, houve um crescimento indiscriminado de valores de mensalidades; o que excluía a população idosa do sistema de saúde suplementar. Esse parágrafo do Estatuto do Idoso obrigou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) elaborasse uma regra para se adaptar à lei. Assim, desde 2004, os planos de saúde contemplam 10 faixas etárias passíveis de reajustes por idade; sendo a primeira faixa etária de 0 -18 anos e a última de 59 anos ou mais; entre essas duas faixas etárias o valor da mensalidade não pode ser superior a 500%, conforme a Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998 (BRASIL, 1998).

O quarto parágrafo do art. 15 da Lei 10.741 trata da garantia de direito dos idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante que terão atendimento especializado, nos termos da lei (BRASIL, 2003). A pessoa idosa em situação incapacitante tem evidente dificuldade de acesso aos direitos individuais e sociais, havendo assim prejuízo do exercício da cidadania e exigindo intervenção do Estado.

O Estatuto do Idoso ainda destaca, no art. 2º, o conceito de integralidade da atenção:

[...]

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

[...] (BRASIL, 2003).

Também aborda a questão referente à capacitação de recursos humanos: as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda, conforme o Art. 18 (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso ainda determina, no art. 22, a necessidade da inserção, nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social dos idosos (BRASIL, 2003).

Em suma, o Estatuto do Idoso garante que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento da população idosa; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência, com recursos humanos especializados nas áreas de geriatria e gerontologia social; atendimento domiciliar, incluindo a internação domiciliar, para a população que dele necessitar.

É oportuno destacar a publicação da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, de forma a contemplar a responsabilidade das três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006). Em outubro de 2006, foi assinada a Portaria nº 2.528, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que representa um novo paradigma de política; pois tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006). A PNSPI segue os parâmetros de envelhecimento ativo que em 2005 serviu de base para que a OMS enfatizasse o “amigo do idoso”, que serve de estratégia de operacionalização de políticas integradas ao setor saúde para que o idoso seja avaliado e explorado em seus aspectos biopsicossociais (OMS, 2005). Em resumo, a garantia de direitos na atenção à saúde do idoso tem 4 marcos importantes, conforme descritas no Quadro 1.

QUADRO 1 – Documentos legais relacionados à garantia à saúde da pessoa idosa

LEGISLAÇÃO	PROPOSTA	RESUMO
Lei nº 8.842/94 Regulamentada Pelo decreto 1.948/96	Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências	Define princípios e diretrizes que garantem os direitos sociais das pessoas idosas. Baseia-se na perspectiva de responder às necessidades de idosos mediante programas e ações de diferentes tipos numa perspectiva intersetorial com o envolvimento da Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Justiça, Planejamento, Educação, Cultura e outros.

Continua

Continuação

LEGISLAÇÃO	PROPOSTA	RESUMO
Lei nº 10.741/03 Estatuto do Idoso	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências,	Amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades dos idosos. Tem uma visão global de proteção idosa nos seus vários aspectos; contemplando desde seus direitos fundamentais até o estabelecimento de penas à crimes praticados contra a pessoa idosa.
Portaria nº 399/GM/06 Diretrizes do Pacto pela Saúde	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.	Contem o pacto pela vida que traz como um dos seus compromissos a Implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral a saúde.
Portaria nº 2.528/06 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Sua principal finalidade visa recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa, direcionando medidas individuais e coletivas para alcançar esse objetivo. Em concordância com os princípios e diretrizes da SUS.

Fonte: Elaboração da autora (2016).

Seguindo a linha da política do envelhecimento ativo e o enfoque amigo do idoso, a OMS, em 2011, lançou a *Age-friendly Primary Health Care Centers Toolkit* — caixa de ferramentas para uma atenção primária em saúde amiga do idoso —, que apresenta, como principal objetivo, sensibilizar e treinar os profissionais que trabalham na atenção primária de saúde à população idosa, para identificar as suas necessidades e as suas fragilidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011). A OMS aponta que a percepção de saúde e envelhecimento deve sofrer uma modificação, levando-se em conta a diversidade dessa população, deixando o conceito de envelhecimento ser ampliado não somente como concepção baseada na idade etária e suas morbidades, mas também na funcionalidade dos idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

As políticas de saúde devem ir além da melhoria das condições de saúde física, devem abranger também os problemas sociais e a saúde mental. Portanto, o modelo de saúde baseado nos cuidados de eventos agudos — diagnóstico-tratamento-cura — é ineficaz para a população idosa, pois deixa de lado a importância da

manutenção da capacidade funcional. Infelizmente, essa é a realidade de atendimento ao idoso em nosso país, como também no Estado do Espírito Santo. Acredita-se que a carência de recursos humanos especializados para o atendimento da população idosa influencia negativamente nessa questão.

A população idosa é mais heterogênea do que as demais faixas etárias e em geral pode ser dividida em dois grupos: os indivíduos que apresentam boa capacidade funcional preservada, mas portadores de doenças crônicas e, por isso, têm mais acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida, e os mais frágeis e dependentes, que são mais vulneráveis e têm menos acesso aos serviços de saúde. Portanto, esses dois grupos não podem receber o mesmo tipo de atenção à saúde. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) devem criar estratégias diferentes para identificar a que grupo o idoso atendido pertence e que realizem as intervenções adequadas (LOURENÇO et al., 2005). O conhecimento do processo de envelhecimento e das morbidades que têm maior frequência no idoso devem nortear principalmente as ações de prevenção e identifica a necessidade de que o envelhecimento da população demanda uma resposta abrangente da saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015). Após a Constituição de 1988 houve um grande avanço nas políticas públicas e nas últimas décadas a sociedade brasileira está em constante busca do reconhecimento dos seus direitos.

O envelhecimento é resultado dos esforços da humanidade para que vivêssemos mais e agora essa conquista não pode ser negligenciada. O envelhecimento populacional é uma realidade que tem impacto direto na utilização de serviços de saúde. A mudança de perfil demográfico da população aumenta a frequência das doenças crônicas não transmissíveis que apresentam situações preveníveis e de controles conhecidos. Dessa forma, a população idosa apresenta uma grande demanda, desde serviços de saúde primária, passando pela assistência hospitalar, até os cuidados paliativos. Apesar da vulnerabilidade a que essa população está exposta, não há estudos que demonstrem claramente as necessidades de recursos humanos e financeiros para implantação e providências mediante as leis vigentes de proteção a esse segmento. Os dados coletados trazem uma defasagem que pode implicar a inadequada aplicação de tais recursos para cumprimento dos direitos adquiridos em lei.

Não podemos ignorar as necessidades e direitos dessa população que mantém um crescimento constante nas últimas décadas e que tem uma projeção de ser de 41.541.763 brasileiros acima de 60 anos em 2030, aproximadamente 18,62% da população geral (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Medidas especiais de atenção à saúde de idosos devem ser implementadas e avaliadas constantemente em busca de resultados satisfatórios para o atendimento à saúde dessa população. O SUS, instituído pela Lei nº 8080, DE 19 de setembro de 1990, introduziu alguns conceitos importantes em nossa legislação quando nos referimos à saúde, dentre eles, a saúde da pessoa idosa, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1990).

Apesar da intensa legislação de proteção à saúde da pessoa idosa, o que se observa na prática é a morosidade na implantação efetiva dessas políticas em todo o território nacional, impactando negativamente na melhoria da qualidade dessa atenção.

4 O IMPACTO DO ENVELHECIMENTO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A mudança demográfica levou a uma conseqüente mudança epidemiológica, quando houve diminuição da prevalência das doenças infectocontagiosas e um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O impacto sobre os serviços de saúde devido ao envelhecimento da população se dá em função justamente da alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), portanto se espera uma maior utilização dos serviços de saúde.

O coeficiente geral de internação hospitalar da população total gira em torno de 7%, enquanto o grupo etário com 80 anos ou mais apresenta um coeficiente de 18,2% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003). A taxa de internação hospitalar para a população acima de 60 anos foi duas vezes superior a da população entre 20 - 59 anos. Com o passar dos anos o risco de internação aumenta pelo próprio fator idade. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 2003 demonstram que o grupo de idosos que apresenta maiores taxas de internação é aquele com maior número de morbidades associadas e aquele que tem comprometimento do estado funcional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005).

As três principais causas de internação na população idosa são: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e pneumonia. No Espírito Santo, em 2008, por meio do levantamento dos laudos de autorização de internação hospitalar (AIH), constatou-se que as quatro principais causas foram: doenças do aparelho circulatório (32%), doenças do aparelho respiratório (16%), doenças do aparelho digestório (15%) e neoplasias (10%). Em 2015, esse mesmo levantamento apresentou uma alteração das causas, provavelmente devido ao adequado preenchimento do formulário, e demonstrou o seguinte perfil: doenças do aparelho circulatório (27%), neoplasias (16%), doenças do aparelho respiratório (15%) e doenças do aparelho digestório (11%) (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2015)

Um idoso internado tem um declínio da sua capacidade funcional, sendo um impacto negativo sobre a sua saúde; no momento da alta hospitalar, ele frequentemente

apresenta um perfil funcional inferior ao que ele apresentava previamente à doença aguda ou crônica agudizada. Por isso, o incremento de ações de saúde primárias voltadas especificamente para esse grupo populacional tem grande importância para evitar a internação ou dar condições de que esse evento seja o mais breve possível (VERAS et al., 2002).

O fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil ocorreu de maneira muito rápida devido à redução da taxa de fecundidade desde a década de 60 e o aumento da longevidade. A taxa de fecundidade total que em 1960 era de 6,28 filhos por mulher passou para 1,90 filhos por mulher em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Concomitantemente houve um aumento da expectativa de vida ao nascer. No Brasil, atingiu o valor de 73,4 anos em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Estima-se que, em 2050, a população idosa corresponderá a 30 % da população brasileira. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). A rapidez do envelhecimento populacional brasileiro não permitiu que os serviços de saúde se estruturassem a essa nova realidade.

A população idosa apresenta um perfil de morbidade diferente da população mais nova, com o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis que produzem um impacto direto nos serviços de saúde. Já é de conhecimento que a população idosa consome mais serviços de saúde, que as taxas de internação são mais elevadas quando comparadas a qualquer outro grupo etário e o tempo médio de permanência de internação hospitalar é três vezes maior (VERAS et al., 2002). Conforme o IBGE, 80% da população idosa é portadora de pelo menos uma doença crônica e 33% apresentam três ou mais doenças crônicas não transmissíveis (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Estudos sobre internações hospitalares mostraram que a partir da 5ª década de vida a taxa de internação aumenta progressivamente e quadriplica na faixa de 80 anos ou mais (NUNES, 2004). Segundo os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) em 2001 a população idosa representava 8,5% da população geral e correspondeu a 18,1% das internações hospitalares (LOYOLA et al., 2004).

Em 2011, a projeção da população idosa correspondia a 11,71% da população geral e constituiu 24,53% das internações hospitalares (INSTITUTO BRASILEIRO DE

GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). A taxa de internação hospitalar, para ambos os sexos, na faixa etária de 60 anos ou mais, é 113% maior que a verificada na faixa etária de 20 a 59 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). A mudança do perfil epidemiológico acarreta um aumento das despesas, visto que as doenças apresentadas por essa população idosa necessitam de acompanhamento por longo prazo. Segundo os dados da PNAD 2003, os idosos que apresentaram maiores taxas de internações são os que apresentam maior número de doenças crônicas; pior autoavaliação de saúde, pior estado funcional, maior restrição às atividades de vida diária (AVDs); e que estiveram restritos ao leito por algum motivo de agravo de saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003).

Em 2010, 44,7% das despesas do governo federal foram com gastos públicos com saúde e previdência. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). No que se refere à média de permanência hospitalar, a população acima de 60 anos apresenta uma média de 7 dias de internação, enquanto a população com faixa etária entre 20 e 59 anos apresenta uma média de permanência hospitalar de 5,4 dias (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2015). Quanto aos serviços ambulatoriais, não há uma preocupação em classificar a utilização por faixa etária, mas podemos supor que os recursos são insuficientes, visto que consultas com geriatras no SUS somaram 596.356 em todos os Estados da federação no ano de 2015 (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2015).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, 6,7% da população idosa não tinham realizado nenhuma consulta nos 12 meses que precederam a pesquisa; com isso, já podemos imaginar que o acesso aos serviços e sua oferta são insuficientes para a demanda desse segmento populacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013a). Quanto aos custos; a os idosos foram responsáveis por 28,37% de todas as despesas com internação hospitalar do SUS no ano de 2011; ou seja, aproximadamente 11,71% da população geral causaram 28,37% de todos os custos com internação hospitalar em 2011, apenas em custos diretos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013a).

Esse impacto do envelhecimento sobre os serviços de saúde não ocorre exclusivamente no sistema público de saúde, pois também afeta o setor de saúde complementar, que assiste aproximadamente 25% da população geral, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2012). Dados da ANS demonstram que as despesas assistenciais das operadoras de saúde aumentaram 106,5% entre 2001 e 2011, supondo-se que, entre outros fatores, pode ser consequência do aumento do grupo de beneficiários com 59 anos ou mais — 60,7% em relação ao aumento de total de 55,4% de beneficiários nas operadoras de saúde. Desde então vem desenvolvendo projeto para melhorar a atenção à saúde do idoso e, conseqüentemente, maior controle dos custos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012). No Brasil, não tem como estimar o custo público total por faixa etária, mas na saúde suplementar o gasto médio anual com serviços de saúde por beneficiários com idade superior a 59 anos de autogestão era de R\$5.460,25 em relatório apresentado pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) (2011).

Outro aspecto importante a abordar é perspectiva negativa de uma internação hospitalar sobre a saúde da pessoa idosa. A pessoa idosa, quando internada, tem uma drástica e rápida perda da capacidade funcional e, no momento da alta hospitalar, a sua capacidade funcional é inferior à capacidade apresentada antes do evento que gerou a internação hospitalar. Portanto, devemos buscar mecanismos de identificar o idoso que está em risco para internação. Acredita-se de maneira errônea que a fragilização é um processo inevitável do envelhecimento humano, mas apenas entre 10 e 25% da população idosa é frágil. O importante é tratamento imediato quando esse processo for identificado (VERAS et al., 2002).

O conceito de fragilidade ainda está em construção; mas já existe consenso quanto a algumas características que identificam o idoso frágil. Podemos dizer que fragilidade é um estado de vulnerabilidade relacionada à idade, a uma baixa reserva homeostática e a uma redução na capacidade de responder a situações de estresses, o que leva um risco aumentado de eventos adversos que podem desencadear aumento da dependência, difícil recuperação, hospitalização e institucionalização; além do aumento do risco de mortalidade (CAMARANO, 2002). Segundo a mesma autora, na Síndrome da fragilidade o ponto central são as alterações neuromusculares que resultam em distúrbio neuroendócrino, disfunção

imunológica e sarcopenia. Por isso, há a necessidade de identificar o idoso ainda na fase pré-fragilidade para que sejam instauradas medidas que reduzam as consequências. Frente a esse desafio de atenção à saúde da população idosa vem surgindo novas estratégias de atenção à saúde desse indivíduo, com intenção de evitar internações desnecessárias e, conseqüentemente, diminuir os custos. Devido aos elevados custos financeiros e sociais e a baixa efetividade dos cuidados durante a internação hospitalar, desde 2003, com a implantação do Estatuto do Idoso; surgiram iniciativas do governo com programas de atenção ao idoso realizado em seu próprio domicílio (CAMARANO; PASIONATO, 2004). Um serviço pioneiro é o serviço de atenção domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, onde, no início dos anos 90, a equipe gerontogerátrica desenvolveu processos de preparação do paciente e seus familiares para o momento da alta e providências para que os cuidados especiais fossem realizados em domicílio (YUASO, 2002).

A atenção domiciliar no Brasil está prevista na Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, mas somente com a Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, foi instituído o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar, destinado a idosos e pacientes com necessidade de reabilitação motora e/ou de doenças crônicas. O objetivo desse serviço é diminuir a demanda de internação hospitalar, a redução do tempo de permanência de internação hospitalar; proporcionar a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a melhoria da autonomia dos pacientes. No entanto, essa iniciativa ainda é realizada de forma muito fragmentada e não há estudos que comprovem seu benefício em relação a custo-efetividade frente às internações hospitalares (BRASIL, 2011)

Além disso, no final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo”, que está relacionado ao processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança; com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). Assim, o foco é a promoção do envelhecimento ativo, que está baseada em medidas abrangentes, interligadas e interdisciplinares; ou seja, em uma mudança de paradigma na prestação dos serviços de saúde. As políticas de saúde devem abranger não somente a saúde física, mas englobar a saúde mental e os

aspectos sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Os modelos de saúde que focam a atenção para doenças agudas, baseados na tríade diagnóstico/tratamento/cura, não atendem as necessidades da população idosa. O foco para a população idosa deve ser a manutenção da capacidade funcional com preservação da autonomia e independência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

A atenção à saúde dos idosos necessita de um sistema amplo, integrado e contínuo. Como essa estrutura é quase inexistente no Brasil, bem como a formação de recursos humanos especializados é escassa; a rede de atenção básica tem papel importante para essa assistência. A atenção à saúde do idoso deve ter dois focos: um formado pela maioria dos idosos que, apesar de serem portadores de doenças crônicas não transmissíveis, apresentam boa funcionalidade e, portanto, têm mais acesso aos serviços de saúde e uma melhor qualidade de vida; o outro foco se constituiria dos idosos com diferentes graus de limitação, mais dependentes e, conseqüentemente, mais vulneráveis, com pior qualidade de vida e menos acesso aos serviços de saúde. Portanto, os serviços de saúde devem se organizar, planejar e priorizar as diferentes demandas. No primeiro grupo o objetivo é o adequado controle das doenças crônicas, evitando-se suas complicações e sequelas, a fim de preservar a autonomia e independência. No segundo grupo, há necessidade de intervenções mais complexas, visando à reabilitação e exigindo atenção mais especializada.

Várias pesquisas demonstram que programas de gerenciamento de saúde de idosos podem reduzir de maneira significativa a mortalidade, as internações; podem melhorar a funcionalidade das pessoas idosas com risco de fragilidade. Tais programas seguem três diretrizes principais: identificação de idosos em risco, disponibilidade de vários recursos terapêuticos por equipe interdisciplinar; principalmente quando o foco é a reabilitação, e por fim o acompanhamento dos resultados, ou seja, quanto menos selecionado for o público-alvo desses programas menor será a demonstração do adequado custo-efetividade. (BOULT et al, 1993; BOULT et al., 1994; BOULT; PACALA, 1999). Os programas podem ser realizados em clínicas e/ou domicílio; devem ser compostos por equipe interdisciplinar; devem buscar a identificação dos idosos por grupos de funcionalidade e realizar um plano de cuidados que contemple as intervenções a serem realizadas; devem descrever

os objetivos desejados e prazos de conclusão de para cada fase (VERAS et al., 2002).

As fontes de informação sobre gastos com saúde da população idosa ainda são muito escassas. A PNAD teve o último suplemento especial de saúde com informações sobre gastos diretos e indiretos com saúde; mas de 1998; ou seja, os dados foram defasados com o passar do tempo e não podem refletir a realidade dos dias atuais. A Pesquisa de Orçamentos Familiares realizados pelo IBGE em 2002/2003 e 2008/2009 apresenta informações detalhadas sobre os gastos com diversos itens de saúde; mas infelizmente não classificam esses gastos por faixa etária dos elementos do domicílio. O Ministério da Saúde disponibiliza informações sobre gastos com serviços de saúde pública por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI), do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que são de responsabilidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013). No Sistema de Saúde Suplementar, informações sobre gastos assistenciais são ainda mais escassos. Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000, houve a evolução da regulamentação do setor de saúde suplementar e a sistematização das informações sobre utilização dos diversos serviços de saúde e indicadores de morbimortalidade (INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013). No entanto, as informações sobre gastos restringem-se às despesas assistenciais das operadoras agregadas por modalidade da operadora e por itens de despesas; mas sem distinção por faixa etária. As informações do setor de saúde suplementar são divulgadas periodicamente no Caderno de Informação da Saúde Suplementar (INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013).

Mais recentemente, em 2013, o IESS apresentou o estudo intitulado *Envelhecimento Populacional e os desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro*. Esse trabalho teve o objetivo de realizar projeção de gastos no Brasil com serviços de saúde no setor público até o ano de 2030 e no setor suplementar até o ano 2050, por meio de três abordagens: efeito do envelhecimento populacional sobre os gastos; efeito de envelhecimento populacional em conjunto com cenários de mudança nos gastos médios e taxas de utilização ao longo do tempo e efeito do crescimento da economia sobre os gastos totais (INSTITUTO DE ESTUDO DE

SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013). Os cenários apresentados pelo estudo mantêm o aumento dos custos e a utilização dos serviços em proporção maior que as outras faixas etárias, comprovando a ideia de que é preciso mudar a atenção de saúde do idoso para não gerar a falência dos sistemas de saúde público e privado. Se o binômio saúde/doença prevalente na população não for estudado de maneira adequada; se não houver o desenvolvimento de um modelo assistencial nas organizações para o atendimento clínico de idosos, com caracterização correta na captação dos beneficiários, vamos conviver com o contexto de uma população idosa extremamente dependente e sem autonomia com uma crescente demanda de serviços de atenção à saúde; principalmente de nível secundário e terciário.

5 ARTIGO DE PESQUISA

Saúde do idoso: integralidade na atenção e utilização de instrumento preditivo de risco de internação

Elderly health : comprehensiveness in the care and use of predictive hospitalization risk tool

La salud de las personas mayores : la integralidad en el cuidado y uso de la herramienta predictiva del riesgo de hospitalización

Alessandra Tieppo
Hebert Wilson Santos Cabral
Renato Lírio Morelato
Valmin Ramos da Silva
Luiz Eugênio Garcez Leme
Maria Carlota de Rezende Coelho

Abstract

Objective: to identify the risk of hospitalization through a predictive validity tool, the occurrence of hospitalization , the costs of hospitalization and the profile of hospital admissions of elderly. **Methods:** A prospective observational cross-sectional analytical study with 260 elderly aged over 60 years a population of 2.901 beneficiary elderly of a health operator of the Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória called Santa Casa Saúde - SCS city of Vitória ES . The risk of hospitalization was carried out by using the predictive validity of instrument called PRA. After 10 months of the interviews and risk assessment was analyzed the occurrence of hospitalization of the study participants. **Results:** 91(34, 99%) of 260 patients had low risk of hospitalization; 71(27,31%) had an average risk; 54 (19,62%) had medium-high risk; 44(18,08%) and a high risk for hospitalization. After 10 months the interview and risk stratification 47 recipients presented the hospital event, corresponding to 12.38 % of all expenditure on hospitalization of the health provider. **Conclusion:** screening tools should be used for evaluation of the elderly population demand and thus optimize resources for attention to health of this population.

Keywords: Elderly; Hospitalization; validation study; Costs health and risk factors.

Resumo

Objetivo: identificar o risco de internação através de uma ferramenta de validade preditiva, a ocorrência de internação hospitalar, os custos com internação hospitalar e o perfil dessas internações de idosos. **Métodos:** estudo analítico observacional transversal prospectivo com 260 pessoas idosas com idade superior a 60 anos de uma população de 2.901 pessoas idosas beneficiárias de uma operadora de saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória denominada de Santa Casa Saúde (SCS) da cidade de Vitória ES. O risco de internação foi realizado através da utilização do instrumento de validade preditiva denominado PRA. Após 10 meses da realização das entrevistas e da avaliação de risco foi analisada a ocorrência de internação hospitalar dos participantes do estudo. **Resultados:** dos 260 pacientes, 91(34,99%) apresentaram risco baixo de internação; 71(27,31%) apresentaram risco médio; 54(19,62%) apresentaram risco médio-alto e 44 (18,08%), risco alto para internação hospitalar. Após 10 meses da realização da entrevista e da estratificação do risco, 47 beneficiários apresentaram o evento internação hospitalar, que correspondeu a 12,38% das despesas com internação hospitalar da operadora de saúde. **Conclusão:** ferramentas de rastreio devem ser utilizadas para avaliação da demanda da população idosa e assim otimizar recursos para atenção à saúde dessa população.

Palavras-chaves: Idosos; Hospitalização; Estudo de validação; Custos em saúde e Fatores de risco.

Introdução

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. Em 1950, a população idosa mundial correspondia a aproximadamente 204 milhões de idosos, que passou a ser 579 milhões de pessoas, em 1998. Um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas ao ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas igualando-se em número com a população entre 0 e 14 anos¹. No Brasil, no censo de 2010, a população idosa compreendia 20.588.896 pessoas idosas, cerca de 10,79% da população geral. Em projeções do

IBGE, em 2016 a população idosa é de 12 % da população geral; em 2030 será de 18,61% e em 2050, quase 30 % da população geral². Essa mudança demográfica foi alcançada devido à redução da taxa de mortalidade infantil, diminuição da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida ao nascer³. Acompanhando essa mudança demográfica, ocorre uma mudança epidemiológica que tem como uma das principais características o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Algumas doenças são ainda mais prevalentes a partir dos 60 anos de idade, destacando-se a hipertensão arterial (HAS), doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* (DM), entre outras. As DCNT correspondem a 66,3% da carga de doenças; enquanto as doenças infecciosas correspondem a 23,5%; 10,2% correspondem às causas externas⁴. Conseqüentemente, os custos com a saúde da população idosa são elevados. Quando pensamos no evento “internação hospitalar”, além dos elevados custos, implica riscos de imobilidade, incontinência, desnutrição, depressão, desenvolvimento de comorbidades, declínio cognitivo, deterioração da capacidade funcional e até mesmo de óbito⁵. O aumento da população idosa e a crescente demanda para que ocorra um envelhecimento saudável representam um desafio importante para o sistema de saúde. A internação hospitalar de pessoas idosas é interpretada como um problema para o sistema público e suplementar de saúde. O presente trabalho tem os objetivos de analisar o risco de internação de pacientes idosos beneficiários de um plano de saúde (SCS), utilizando o instrumento elaborado por Boulton, denominado *Probability Risk Assessment* (PRA)⁶; de analisar a ocorrência no evento “internação” entre os grupos identificados como de risco; de verificar a utilização de serviços de saúde dessa população; de identificar o perfil etário e por sexo das pessoas idosas que se internaram. A utilização de ferramenta de rastreio é importante para o planejamento de ações de saúde para a população idosa e pode servir para que essa população assegure seus direitos proclamados pelas políticas públicas de saúde.

Métodos

Foi realizado um estudo analítico observacional transversal prospectivo com 260 pessoas idosas de uma população de 2.901 pessoas idosas beneficiárias de uma operadora de saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória denominada Santa Casa Saúde (SCS), da cidade de Vitória/ES. Esse número foi

calculado levando-se em conta um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%. Apesar de ser uma amostra por conveniência, correspondeu aproximadamente a 9% da população idosa beneficiária da operadora de saúde em questão. Para estratificação do risco de internação foi utilizado o instrumento *Probability Risk Assessment (PRA)*⁶, desenvolvido por Boulton e outros, que realizaram um estudo de coorte longitudinal. Inicialmente, eles analisaram 28 fatores que poderiam estar relacionados com maior morbidade e mortalidade; mas os fatores de risco que se mostraram bons indicadores de maior poder de predição para admissão hospitalar foram: autopercepção do estado de saúde, número de pernoites hospitalares e número de consultas médicas nos últimos 12 meses; presença de diabetes *mellitus*; presença de doença cardiovascular; sexo; presença de cuidador e idade. Esses oito fatores resultaram em um questionário, cujas respostas são aplicadas em uma fórmula de regressão logística⁷ que geram um coeficiente que varia de zero (0) a um (1), indicando a probabilidade de internação repetida. O grau de fragilidade foi calculado através de um modelo de regressão logística através da fórmula $Pra = e^{Bx} / (1 + e^{Bx})$, onde: Pra = probabilidade de internação hospitalar; E = logaritmo natural (E = 2,7183); Bx = B0 + B1X1 + B2X2 +B13X13; B0 = constante da equação de regressão logística (-1,802); x = 1 ou 0, presença ou ausência de cada fator de risco⁶ (FIGURA 1).

FIGURA 1 – Valor de Bx correspondente ao fator de risco

FATORES DE RISCO	Bx
Auto - avaliação de saúde - excelente	0
Auto - avaliação de saúde - muito boa	0,327
Auto - avaliação de saúde - boa	0,340
Auto - avaliação de saúde - regular	0,552
Auto - avaliação de saúde - ruim	0,770
Doença Coronariana Sim	0,390
Doença Coronariana Não	0
Diabetes mellitus Sim	0,319
Diabetes mellitus Não	0
Ter estado internado no último ano	0,545
Não ter estado internado no último ano	0
> 6 consultas médicas no último ano	0,318
< 6 consultas médicas no último ano	0
Não ter cuidador	-0,738
Ter cuidador	0
Idade < 75	0

75 - 79 anos	0,255
80 - 84 anos	0,327
85 anos ou mais	0,559
Masculino	0,257
Feminino	0

Fonte: Elaboração da autora (2016).

O risco é considerado baixo quando o PRA apresenta índice menor do que 0,30; médio, de 0,30 a 0,39; médio-alto, de 0,40 a 0,49 e alto, maior ou igual a 0,50⁸. A decisão de adotar essa classificação de risco deu-se fundamentalmente pela intenção de divulgar uma ferramenta de fácil aplicação como norteadora de utilização de recursos de saúde a fim de estabelecer uma equidade de atenção à saúde da população idosa. Por ser um questionário de fácil aplicabilidade, pode ser realizado por profissional técnico ou administrativo, pessoalmente ou à distância, por correspondência, e-mail ou telefone. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal que abordou os participantes na sala de espera do ambulatório de especialidades médicas próprio da operadora de saúde; localizado no bairro da Vila Rubim da cidade de Vitória/ES. Foram incluídos os beneficiários dessa operadora com idade superior a 60 anos. Os beneficiários responderam ao instrumento de rastreio após assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, previamente lido pela pesquisadora. Além das informações contidas no questionário PRA, foi anotada a cidade de origem de cada paciente. Após a realização da entrevista, os dados foram transferidos para planilha, com a finalidade de realização do cálculo do PRA, utilizando-se a fórmula previamente descrita. Após 10 meses da realização das entrevistas, a pesquisadora realizou um levantamento dos controles dos beneficiários junto à operadora de saúde na busca de autorização da internação hospitalar ou do faturamento de conta hospitalar em nome dos beneficiários que fizeram parte da amostra, para constatar a ocorrência do evento “internação hospitalar” e posteriormente relacioná-lo ao risco calculado pelo PRA. Esse levantamento também serviu para verificar em que instituição ocorreu a internação e também os custos relacionados com esse evento. Para relacionar os fatores preditores da amostra com o risco apresentado pelo PRA, foi realizado o teste de

qui-quadrado, utilizando-se o *Software Statistical Package for Social Science* – IBM, *SPSS Statistics*, versão 23.

Resultados

Dos 260 idosos estudados, 240 (92,31%) contam com estrutura de apoio social. Quanto à faixa etária, 101(38,85%) apresentam entre 60 a 69 anos; 102 (39,23%) apresentam entre 70 a 79 anos e 57(21,92%) mais de 80 anos. Quanto ao sexo, 190 (73,08%) são mulheres e 70(26,92%) são homens. Quanto à distribuição dos fatores de risco nos idosos estudados, a autopercepção do estado de saúde mostrou que 15 (5,77%) consideram sua saúde excelente; 9 (3,46%), muito boa; 78 (30,00%), boa; 118 (45,39%), regular; 40 (15,38%), ruim. Em relação a internações nos últimos 12 meses prévios à entrevista, 193 (74,23%) das pessoas idosas não haviam sido submetidas à internação hospitalar; 43 (16,54%) pessoas idosas passaram por uma internação; 16 (6,15%) passaram por 2 a 3 internações e 8 (3,08%) das pessoas idosas passaram por mais de 3 internações hospitalares. Quanto ao número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses prévios à entrevista; foi verificado que 2 (0,77%) não realizaram nenhuma consulta; 5 (1,92%) realizaram uma consulta médica; 40 (15,38%) realizaram de 2 a 3 consultas médicas; 23 (8,85%) realizaram de 4 a 6 consultas e 190 (73,08%) realizaram mais de 6 consultas. Em relação à presença de doença crônica não transmissível nos últimos 12 meses prévios à entrevista e que é considerada de risco para internação hospitalar, 84 (32,31%) apresentavam diabetes *mellitus* e 70 (26,92%) apresentavam doença cardíaca, que está relacionada a doenças como angina, infarto do miocárdio e doença coronariana. A Tabela 1 mostra a distribuição da frequência dos indivíduos e o valor de p segundo os fatores de risco para internação repetida, como propõe o instrumento PRA. Após o ajuste de alguns modelos e o agrupamento por categorias de algumas variáveis, o modelo mais adequado para explicar a hospitalização de idosos como pode ser visto na Tabela 1. O valor p, calculado através do teste de hipótese qui-quadrado, verifica a adequação do modelo, pois o valor obtido foi inferior a 0,01. Assim pode-se considerar que o modelo adequado para prever a internação de um idoso tem níveis de significância superior a 1%.

TABELA 1 – Distribuição da frequência dos indivíduos e valor de p segundo fatores de risco para internação repetida.

Fator de Risco	RISCO				p valor
	Baixo n(%)	Médio n(%)	Médio-Alto n(%)	Alto n(%)	
Autopercepção da saúde					
Excelente	12 (13,19)	02 (02,82)	01 (01,85)	00 (00,00)	0,000
Muito Boa	06 (06,59)	02 (02,82)	01 (01,85)	00 (00,00)	
Boa	37 (40,66)	20 (28,17)	12 (22,22)	09 (20,45)	
Regular	32 (35,16)	38 (53,52)	26 (48,15)	22 (55,00)	
Ruim	04 (04,40)	09 (12,67)	14 (25,93)	13 (29,55)	
Hospitalização					
Nenhuma vez	84 (92,30)	67 (94,36)	31 (57,40)	11 (25,00)	0,000
Uma vez	06 (06,60)	02 (02,82)	15 (27,79)	20 (45,46)	
Duas ou três vezes	01 (01,10)	01 (01,41)	06 (11,11)	08 (18,18)	
Mais de três vezes	00 (00,00)	01 (01,41)	02 (03,70)	05 (11,36)	
Consultas Médicas					
Nenhuma vez	02 (02,20)	00 (00,00)	00 (00,00)	00 (00,00)	0,000
Uma vez	03 (03,30)	02 (02,82)	00 (00,00)	00 (00,00)	
Duas ou três vezes	19 (20,88)	16 (22,54)	04 (07,40)	01 (02,27)	
Quatro a seis vezes	16 (17,58)	03 (04,22)	03 (05,56)	01 (02,27)	
Mais de seis vezes	51 (56,04)	50 (70,42)	47 (87,04)	42 (95,46)	
Diabetes					
Sim	08 (08,80)	27 (38,03)	27 (50,00)	22 (50,00)	0,000
Doença Cardiovascular					
Sim	08 (08,80)	18 (18,31)	18 (33,33)	26 (56,10)	0,000
Sexo					
Masculino	15 (16,49)	19 (26,76)	16 (29,63)	19 (43,18)	0,011
Feminino	76 (83,51)	52 (73,24)	38 (70,37)	25 (56,82)	
Cuidador (apoio social)					
Sim	74 (81,31)	69 (97,18)	53 (98,15)	44 (100,00)	0,000
Idade					
60 - 74 anos	73 (80,20)	43 (60,57)	28 (51,85)	17 (38,63)	0,000
75 - 79 anos	10 (11,00)	16 (22,53)	11 (20,37)	05 (11,37)	
80 anos ou mais	08 (08,80)	12 (16,90)	15 (27,78)	22 (50,00)	

Fonte: Elaboração da autora (2016).

Os idosos foram identificados e estratificados segundo o risco de internação repetida, calculado utilizando-se a fórmula do PRA a partir das respostas ao questionário aplicado. Os pacientes foram agrupados em baixo risco, médio risco, médio-alto risco e alto risco de internação repetida, conforme preestabelecido por Veras e colaboradores. Dos 260 pacientes, 91 (34,99%) apresentaram risco baixo

de internação; 71 (27,31%) apresentaram risco médio; 54 (19,62%), risco médio-alto e 44 (18,08%), risco alto para internação hospitalar com demonstrado na Tabela 2.

TABELA 2 – Valor de PRA da população estudada

PRA	Risco	Nº de pacientes	%
< 0,30	baixo	91	34,99
0,30 - 0,39	médio	71	27,31
0,40 - 0,49	médio - alto	54	19,62
≥ 0,50	alto	44	18,08

Fonte: Elaboração da autora (2016).

Após 10 meses da realização das entrevistas e da estratificação de risco, foi realizado um levantamento do prontuário dos beneficiários, buscando-se as informações sobre internação hospitalar nesse período. É importante relatar que nenhum participante evoluiu para óbito nessa ocasião e apenas dois participantes cancelaram o plano de saúde, porém o evento ocorreu no mês de corte do levantamento do evento “internação”, não comprometendo os dados do presente trabalho. Foi constatado que, dos 260 participantes, 47 pacientes apresentaram o evento “internação hospitalar”. Dos 47 pacientes que se internaram, 8 (17,02%) pacientes apresentavam um PRA de baixo risco; 13 (27,66%), um PRA de médio risco; 12 (25,53%), um PRA de médio-alto risco e 14 (29,79%), um PRA de alto risco (TABELA 3).

TABELA 3 – PRA dos pacientes que apresentaram internação hospitalar

PRA dos pacientes com evento internação hospitalar	Risco	Nº de pacientes	%
< 0,30	baixo	8	17,02
0,30 - 0,39	médio	13	27,66
0,40 - 0,49	médio - alto	12	25,53
≥ 0,50	alto	14	29,79

Fonte: Elaboração da autora (2016).

Quanto ao sexo dos pacientes que se internaram, do total de 47 pessoas idosas, 35 (74,47%) eram do sexo feminino e 12 (25,53%), do sexo masculino. Quanto à faixa etária dos pacientes que se internaram, 32 (68,10%) apresentam idade entre 60-74 anos; 5 (10,63%) idade entre 75-79 anos e 10 (21,27%), idade superior a 80 anos.

Dos pacientes que se internaram, 1 (2,13%) considerava sua saúde excelente; nenhum relatou apresentar saúde muito boa; 14 (29,79%) declararam bom estado de saúde; 22(46,80%), estado de saúde regular e 10 (21,28%) declararam estado de saúde ruim. Quanto ao número de internações nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista, 23 (48,94%) relataram não ter apresentado o evento “internação”; 14 (29,78%) realizaram uma internação; 6 (12,76%) apresentaram de 2 a 3 internações e 4 (8,51%), mais de 3 internações. Quanto ao número de consultas médicas nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista, nenhum participante não tinha realizado consulta ou tinha realizado apenas uma consulta: 5 (10,64%) relataram ter realizado de 2 a 3 consultas; 5 (10,64%) realizaram de 4 a 6 consultas e 37 (78,72%) apresentaram mais de 6 consultas. Quanto à presença de doenças crônicas, 21 (44,68%) apresentaram diagnóstico de diabetes *mellitus* e 19 (40,43%) manifestaram doença cardíaca. Quanto ao apoio social, apenas 1 (2,13%) relatou não contar com cuidador em caso de necessidade.

Os custos desses 47 pacientes que se internaram — correspondentes a 18,08% dos participantes do estudo — foram responsáveis por 74,73% de todas as despesas de todo o grupo. Do total de despesas dos beneficiários que se internaram, 63,22% consumiram aproximadamente R\$ 391.146,67, com custos relacionados à internação hospitalar. Quanto à natureza da internação, constatou-se que 72,34% foram internações clínicas, enquanto 27,66% foram internações cirúrgicas. Referente à instituição credenciada onde a internação ocorreu, a maioria dos pacientes — 89,36% — foi internada em hospital geral; 6,38%, em hospital especializado em ortopedia e 4,26%, em hospital especializado em oftalmologia.

Discussão

Ao analisarmos a média de idade dos participantes do estudo —72,73 anos —, podemos considerar que refletem a média de idade dos indivíduos da população idosa brasileira, de aproximadamente 75,2 anos⁹. Quanto à distribuição por sexo, em sua maioria predomina o sexo feminino — 73,08% —, o que condiz com o fenômeno da feminização do envelhecimento¹⁰. A população feminina procura mais pelos serviços de saúde, fato que parece ser reproduzido nesta pesquisa, na medida em que os participantes foram abordados na sala de espera de consultas médicas¹¹.

Observamos que 60,77% dos participantes consideram que apresentam uma situação de saúde regular ou ruim. A autopercepção de saúde compreende aspectos não só da saúde física, mas contemplam também a saúde mental e emocional¹². A autopercepção de saúde é um poderoso indicador de mortalidade^{13, 14}. As pessoas que relatam achar que sua saúde é regular ou ruim apresentam mais risco de mortalidade, independente da causa da morte, quando comparamos às pessoas que relatam ter um excelente estado de saúde¹⁵. A autopercepção está fortemente associada ao estado real de saúde e pode ser considerada como uma representação das avaliações objetivas de saúde¹⁶. Considerando os dados relativos à internação hospitalar, 74,23% das pessoas idosas relataram que não foram submetidos a nenhum episódio de internação hospitalar nos 12 últimos meses prévios à entrevista. Porém, internações hospitalares de repetição aumentam proporcionalmente ao risco de internação hospitalar. Da mesma forma, a alta frequência do número de consultas médicas (mais de 6 nos últimos doze meses prévios à entrevista) foi o percentual mais prevalente — 73,08% — e correspondeu a 95,46% na população de alto risco. Dessa forma, podemos sugerir que sejam consultas relacionadas ao acompanhamento de doenças já estabelecidas e não a consultas de prevenção. Em relação às doenças autorreferidas pelos participantes, 32,31% apresentavam diabetes e 26,92%, doença cardíaca. Conforme o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 1.150.000 internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões para o SUS, valores sem inclusão de gastos com alta complexidade¹⁷. O diabetes *mellitus* também é responsável por elevado número de internações, com gasto de mais de 39 milhões de reais com hospitalizações no SUS em 2000¹⁷. O apoio social; que nesse instrumento é traduzido pela presença ou não de cuidador, é um aspecto muito importante, minimizando o impacto psicológico relacionado às limitações funcionais que acompanham o envelhecimento¹⁸. No estudo, apenas 7,7 % não contavam com uma pessoa que pudesse auxiliá-los em caso de necessidade. Esse cuidador tem importante papel no auxílio do enfrentamento e na recuperação das demandas da vida; os indivíduos que contam com uma maior rede social têm maiores chances de apoio no enfrentamento dos períodos de doenças, recebendo maior suporte e com maiores chances de sucesso¹⁸. O suporte social funcional, bem como o suporte emocional, tem o objetivo de promover maior segurança e autonomia¹⁹. Com relação ao grau de risco de internação, os beneficiários foram divididos em 4 níveis: 91

(34,99%) apresentaram baixo risco; 71 (27,31%), médio risco; 51 (19,62%), risco médio-alto e 47 (18,08%), alto risco. Resultados similares foram encontrados em outros estudos^{20,21,22,23}, em que foi mais prevalente o baixo risco e com progressiva redução nos demais níveis. Constatou-se que o risco para internação hospitalar foi alto, considerando-se a soma dos riscos médio, médio-alto e alto, que resultou em 65%. Esses resultados são similares aos obtidos no estudo de Guerra (2007)²⁴, que encontrou um percentual de 43,6%. Das pessoas idosas que se internaram (18,08% de todos participantes), 82,97% apresentavam risco para internação hospitalar. Podemos supor que, como essas pessoas idosas foram abordadas na sala de espera de atendimento médico, podem sim apresentarem maiores problemas de saúde diferente das outras pesquisas que estudaram idosos da comunidade e obtiveram menores índices de pacientes com risco de internação, como o estudo de Veras e outros⁸. Quanto aos custos, verificou-se que os 47 participantes que passaram por internação corresponderam apenas a 0,43% da carteira total de beneficiários da operadora e foram responsáveis por 12,38% das despesas com internação hospitalar da operadora, percentual compatível com os encontrados no SUS no ano de 2012; quando 11,71% corresponderam a 28,37% da despesa total com internação²⁵. O maior número de internações clínicas em detrimento as internações cirúrgicas é justificável pela maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis²⁶.

Conclusão

Os resultados encontrados indicam que há necessidade de reestruturar o modelo de atenção à saúde do idoso atual, com necessidade de implantação de ações preventivas, diagnósticos precoces, tratamento das doenças crônicas e reabilitação das incapacidades já instaladas. Instrumentos de rastreio devem ser implantados nas portas de entrada dos serviços públicos e privados de saúde. O conhecimento da demanda da população idosa pode otimizar a utilização de recursos físicos, humanos e financeiros. O acompanhamento adequado dessa população possibilita a diminuição das incapacidades e a melhora da qualidade de vida, preservando o máximo de autonomia e independência dessa população, com o menor grau de dependência possível.

Referências

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 16 jul. 2016.
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil por sexo e idade. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 16 jul. 2016.
3. FRIESTINO, J. K. O.; REZENDE, R.; LORENTZ, L.H.; SILVA, O.M.P. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v .37, n. 3, p 688-701, jul./set. 2013.
4. CAMPOLINA, A. G; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. I. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013.
5. MARQUES, A. P.; MONTILIA, D. E. R.; ALMEIDA, W. S.; ANDRADE, C. L. T. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 817-826, 2014.
6. BOULT C.; DOWD, B.; McCAFFREY, D.; BOULT, L.; HERNANDEZ, R.; KRULEWITCH, H. Screening elders for risk of hospital admission. **J Am Geriatr Soc**, v. 41, p. 811-817; 1993.
7. KLEINHAUM, D. **Logistic regression a self-learning text**. New York: Springer Publishing Company; 1994.
8. VERAS, R.P.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S; CHAVES, P. H. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde**: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2002.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de população para os municípios brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2011**. Brasília, 2011.
10. SALGADO, C. D. D. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002

11. LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S.; NUNES, A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciêns.Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, abr. 2014.
12. OFSTEDAS, M. B.; ZIMMER, Z.; CRUZ, G.; CHAN, A.; LIN, Y.H. **Self-assessed health expectancy among older Asians**: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. Ann Arbor: University of Michigan, Population Studies Center; 2002.
13. KAPLAN, G. A., CAMACHO, T.. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. **Am J Epidemiol.**, v. 117, n. 3, p. 292-304, 1983.
14. IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J Health Soc Behav.**, v. 38, n. 1, p. 21-37, 1997.
15. MARCELLINI, F. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Arch Gerontol Geriatr Suppl.**, v. 35,181–9; 2002.
16. APPELS, A.; BOSMA, H.; GRABAUSKAS, V.; GOSTAUTAS, A.; STURMANS, F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. **Soc Sci Med**, v. 42, n. 5, p. 681-9, 1996.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília, 2001.
18. ANTONUCCI, T. C. **Social relations**: an examination of social networks: handbook of the psychology of aging. San Diego: Academic Press, 2001
19. ROSA, L. H. T. da. Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda – RS. Brasil. 2007. 75f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
20. SANTOS, F. C.; ROSA, P. V.; ROSA, L. H. T.; PRIBBERNOW, S. C. M. Avaliação do risco de internação hospitalar de idosos da comunidade no município de Porto Alegre. **Estud. Interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p.839-852, 2014.
21. DUTRA, M. M. et al. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.1, p.106-112, fev.2011.
22. ESTRELLA, K. et al. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.507-512, mar. 2009.

23. VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, jun. 2008.
24. GUERRA, I. C.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 585-592, mar. 2007.
25. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet]. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências**. Brasília, 2013:
26. LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo identificar o risco de internação, por meio de uma ferramenta de validade preditiva, bem como a ocorrência de internação hospitalar, os custos com esse evento e o perfil dessas internações em 260 beneficiários de uma operadora de saúde. A metodologia foi adequada para atingir os objetivos propostos.

O interesse de estudar o envelhecimento passou a ganhar importância muito recentemente nos países em desenvolvimento, apesar de que esse acontecimento populacional venha aumentando gradativamente e de maneira rápida desde a década de 60. O envelhecimento mundial é uma realidade que afeta também a população brasileira. A diminuição da fecundidade, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida resultaram, como consequência, em um aumento da população com idade superior a 60 anos. Por conseguinte, aparecem novas demandas nos setores de educação, transporte, saneamento, previdência, habitação, emprego, meio ambiente, lazer e saúde. Do setor saúde essa mudança demográfica exige não só o aumento da oferta de serviços, mas também a reestruturação organizacional de todo o sistema e adaptação dos currículos dos profissionais dessa área.

O idoso demanda uma atenção interdisciplinar, a fim de possibilitar-lhe a promoção de saúde, a prevenção de doenças e/ou seus agravos; o tratamento adequado das doenças de maior prevalência, a reabilitação e a dignidade na finitude da vida. A heterogeneidade é a primeira constatação quando se estuda a população idosa e os estudos e serviços de atenção à saúde devem levar em consideração essa característica tão marcante nesse segmento populacional. Não há como desconsiderar o fenômeno do envelhecimento populacional quando se planejam políticas, programas e serviços de saúde.

A área da saúde tem que compreender as vertentes da Gerontologia, o acompanhamento da expectativa de vida ativa, a análise de dados longitudinais, a biodemografia e a lei de Gompertz-Makeham da mortalidade. Os estudos devem utilizar os marcadores biológicos, a morbidade, a biologia e a genética da longevidade, a epidemiologia do envelhecimento, a prevenção, a intervenção e o

tratamento, a reabilitação das incapacidades e os cuidados paliativos. O ponto principal deixou de ser aumentar anos de vida; para acrescentar mais vida nos anos vividos. A busca do envelhecimento saudável passa para o desejo do envelhecimento ativo; quando há a necessidade de preservar a autonomia e a independência dessa população. No setor saúde o impacto do aumento da demanda vem acompanhado do aumento direto dos custos para atenção a saúde da população idosa. Portanto, a utilização de ferramentas de rastreio para avaliação das demandas são bons norteadores para planejamentos e ações de atenção à saúde; conseqüentemente, será obtida a otimização de recursos físicos, humanos e financeiros. Pode-se estreitar o abismo entre as políticas de saúde do idoso e sua efetivação.

A geriatria é uma especialidade médica que tem uma estreita relação interdisciplinar com as demais profissionais que buscam a atenção às pessoas idosas. É conhecida como a especialidade das escalas. Uma ferramenta de rastreio atualmente divulgada e utilizada nessa especialidade é o instrumento *Probability Risk Assesment* (PRA), que identifica junto à população geral de idosos aqueles que apresentam risco de internação hospitalar devido ao seu grau de fragilidade. Esse instrumento de triagem rápida fornece informações sobre várias características dessa população e pode auxiliar na organização e planejamento das ações de um serviço de atenção à saúde da população idosa. Estudos demonstram que a internação hospitalar de uma pessoa idosa tem uma média de permanência maior que as demais faixas etárias; que acarreta um elevado custo direto e indireto (custos absorvidos pelo próprio paciente ou unidade familiar); que provoca um declínio funcional e conseqüente perda de qualidade de vida.

O enorme atraso na agenda social do país, em especial na agenda de saúde, mais especificamente aquela destinada à produção de modelos de atenção à saúde do idoso, exige que esse assunto seja discutido de forma urgente, para evitar a falência dos sistemas de saúde, tanto pública quanto suplementar. É muito importante não se descuidar da qualidade na elaboração desses novos modelos de atenção à saúde, buscando aproveitar as experiências já realizadas, mas sempre procurando monitoramento constante e adaptação às contínuas mudanças da realidade brasileira. As ações de saúde para a população idosa podem ser planejadas e desenvolvidas de uma maneira mais coerente com a realidade brasileira.

O método utilizado nesta investigação permitiu sintetizar a realidade da população estudada e demonstrou a validade do instrumento aplicado, quando constatamos que os participantes apresentavam risco médio; risco médio-alto e risco elevado desenvolveram o evento “internação hospitalar”. Este trabalho tem especialmente a qualidade positiva que é a tentativa de identificar um instrumento padronizado que pode ser utilizado sistematicamente e de maneira organizada de forma a produzir séries de risco de complexidade crescente e a contribuir para tomada de decisão de propostas de ação que permitem dar conta dos problemas de saúde de grande parte da população idosa.

O estudo demonstrou na população estudada características comuns às encontradas na população idosa geral. Por exemplo, o fenômeno da feminização do envelhecimento, em que há o predomínio do sexo feminino, principalmente na faixa dos mais idosos; o alto consumo de serviços de atenção à saúde e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Também apresentou grande correspondência com os demais estudos que utilizaram o mesmo instrumento de rastreio; na medida em que surgem algumas constatações: a maioria da população apresenta baixo risco para internação; a maioria dos idosos apresenta apoio familiar; pessoas idosas que apresentam maior risco de fragilidade são as que se encontram nas maiores faixas etárias, demonstrando que o fator idade tem forte relação com a fragilidade da pessoa idosa.

Na busca de referências bibliográficas, observou-se que a maioria dos trabalhos, na área de atenção à saúde do idoso, tem o foco no tema “doenças”, principalmente no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Um número pequeno de estudos tem a preocupação de rastreio e caracterização da população idosa; um número mais reduzido tem a preocupação com o modelo de atenção à saúde, de custos e propostas de novas estratégias de atenção. É importante a realização de pesquisas que enumeram a qualidade dos serviços, a administração hospitalar, a inovação, os custos de atenção à saúde, a prática médica e a demanda por serviços. Esses temas são interdependentes e ainda apresentam ligação com a economia, pela análise de custo-benefício e pelas políticas públicas.

No futuro próximo, o número de participantes desse estudo será expandido, abrangendo a totalidade de pessoas com idade superior a 60 anos da referida

operadora e será elaborado um programa interdisciplinar para atenção integral à saúde da pessoa idosa; para que a operadora de saúde tenha o conhecimento das características e execute uma melhor gestão com um excelente custo-benefício, mantendo a saúde financeira da empresa e aumentando a qualidade de vida dos seus beneficiários.

Como os serviços de saúde se prepararam para implantação das políticas públicas a atenção à saúde da população idosa e para atendimento da demanda gerada pelo envelhecimento populacional? Considerando a bibliografia disponível, essa é uma pergunta de difícil resposta. É necessária uma investigação acadêmica mais minuciosa do impacto do envelhecimento sobre os serviços de saúde e um diagnóstico perfeito sobre a real situação. Pode-se concluir que os profissionais da área de saúde necessitam de formação adequada para atender o número crescente de pessoas idosas.

O fenômeno do envelhecimento populacional gera a necessidade de serviços especializados. Esses efeitos podem ser atenuados com a adoção de políticas mais abrangentes, com foco no investimento de ações de promoção de saúde, de prevenção de doenças e de diagnósticos precoces com tratamento adequado para as doenças mais prevalentes nessa faixa etária. Assim, essas políticas podem contribuir com a implantação de ações capazes de oferecer mais qualidade de vida às pessoas idosas. Muitos são os direitos conferidos aos idosos, mas sua execução é extremamente escassa; visto que na prática não se concretizam.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2012.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Washington DC, 2011.

BLOOM, D. 7 billion and counting. **Science**, v. 33, p. 562-569, 2011.

BOULT, C.; DOWD, B.; MCCAFFREY, D.; BOULT, L.; HERNANDEZ, R.; KRULEWITCH, H. Screening elders for risk of hospital admission. **J Am Geriatr Soc**, v. 41, p. 811-817, 1993.

BOULT, C.; PACALA, J. Care of older people at risk. In: Calkins, E. (editor). **New ways to care for older people: building systems based on evidence**. New York: Springer Publishing Company, 1999. p. 65-84.

BOULT, C.; PACALA, J. T.; BOULT, L. B. Targeting elders for geriatric evaluation and management: Reliability, validity and practicality of a questionnaire. **Aging Clin Exp Res**, v. 7, n.3, p. 159-164, 1995.

BOULT, C.; PUALWAN, T. F.; FOX, P. D.; PACALA, J. T. Identification and assessment of high-risk seniors. **Am J Managed Care**, v. 4, p. 1137-1146, 1998.

BOULT, L. B.; BOULT C.; PIRIE, P.; PACALA, J.T. Test-retest reliability of a questionnaire that identifies elders at risk for hospital admission. **J Am Geriatr Soc**, v. 42, p.707-711, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados,Edições Câmara, 2012.

BRASIL. Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 1994.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 1º ago. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de setembro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. São Paulo: Sugestões Literárias, 2003.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de Ação Governamental Integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1996

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria nº 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006 [citado em 2009 out.19]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.htm>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 810/GM/MS, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20810,%20de%2022set89.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria GM/MS nº 2413, de 23 de março de 1998. Cuidados Prolongados. Brasília: 1998. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-2413-de-23-de-marco-de-1998/>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimento-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_702.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GN/MS nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2416.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 2.414, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para a realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2414.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/4845/legislacao>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília; 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 703, de 12 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P703_02informes.doc>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria n.º 280, de 7 de abril de 1999. Torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P280_99acomp.doc>. Acesso em: 18 jul. 2016.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, Cap.6, p.58-71; 2002.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA (Texto para Discussão, 858); 2002.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, T. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMPANA, A. O; PADOVANI, C. R.; IARIA, C. T.; FREITAS, C. B. D.; PAULA, S. A. R.; HOSSNI, W. S. **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA,R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-733, maio/jun. 2003.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fies.def>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

DUTRA, Michel Machado et al. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. **Revista de Saúde Pública**; São Paulo, v.45, n.1, p. 106-112, 2011.

ESTRELLA, K. et al. Detecção de risco para internação hospitalar em uma população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 507-512, 2009.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p 48-52.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas de população para os municípios brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2011. **Diário Oficial da União**, 31 ago. 2011. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/estimativa.shtm>. Acesso em: 18 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet]. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**. Brasília, 2013a

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios 2003**. Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação** [Internet]. Rio de Janeiro, 2014.181 p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet]. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao/populacao/2013>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2016.

INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro** [recurso eletrônico]. São Paulo, 2013.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

KLEINBAUM, D. G. **Logistic Regression: A Self-Learning Test**. New York: Springer-Verlag, 1994.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOUTIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**; Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 35-36, 2005.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento – o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEE, R. The demographic transition: three centuries of fundamental Change. **Journal of Economic Perspectives**, v.17, p. 167-196, 2003.

LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 229-38, out./dez. 2004.

MAPA do Estado do Espírito Santo. Portal do Governo do Estado do Espírito Santo. Disponível em: <<http://www.es.gov.br/>>. Acesso em: 6 mar. 2016.

MOTTA, L. B; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** 2 ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 427-429.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Active ageing: a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madri, abr. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Organização Pan-americana da saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório de Estatísticas de Saúde Mundiais, 2011** Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>> Acesso em: 15 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Resumo. In: _____. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**, ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World Health Report 2010**. Suíça, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **World Population Prospects: the 2010 revision**. New York, 2010.

PACALA, J.T. ; BOULT, C. ; BOULT, L. Predictive validity of a questionnaire that identifies elders at risk for hospital admission. **J Am Geriatr Soc**, v. 43, p. 374-377, 1995.

PACALA, J.T.; BOULT, C.; REED, R.L.; ALIBERTI, E. Predictive validity of the Pra Instrument among older recipients of managed care. **J Am Geriatr Soc**, v. 45, p. 614-617, 1997.

PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; COSTA, M. F .L. Custo de internação hospitalar entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-246; 2004.

PEREZ, M. A população idosa e o uso de serviços de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 30-37, jan./jun. 2008.

PEREZ, M.; LOURENÇO, R. A. Rede Fibra-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1381-1391, jul. 2013.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. **Pesquisa Nacional 2010**. Disponível em: <http://www.unidas.org.br/periodicos/arq_periodicos/pesquisa2010.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2016

VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, jun. 2008.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio/jun. 2003.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S; CHAVES, P. H. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde**: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. Geneve, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YUASO, D. R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L. (org.), **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2002. p. 165-201.

APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome: _____
 C.I: _____ Gênero: M () F () Data de nasc: __/__/____
 Endereço: _____ nº ____ compl. _____
 CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ tel.: () _____

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

Título do Projeto: Confirmar a Validade preditiva de instrumento de identificação de idosos em risco de internação hospitalar.

Orientadora Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho

Equipe Executora: Alessandra Tieppo.

Avaliação do Risco da Pesquisa: Risco Mínimo.

Duração da Pesquisa: 18 meses.

REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

Justificativa e objetivos da pesquisa: Eu, Alessandra Tieppo, aluna do Curso de Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES (EMESCAM), estou desenvolvendo esta pesquisa “Confirmar a Validade preditiva de instrumento de identificação de idosos em risco de internação hospitalar”, sob a orientação da Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho, integrante do mestrado. Com o objetivo de validar um instrumento simples que identifica pacientes idosos em risco de apresentarem internação hospitalar, assim essa ferramenta será de grande valia para a elaboração de programas e assistência ao paciente idoso a fim de evitar o evento internação. Para a elaboração da pesquisa será aplicado um questionário e

os pesquisadores terão acesso ao prontuário médico para verificar a ocorrência do evento internação hospitalar.

Desconfortos e riscos esperados: O risco será mínimo: durante a entrevista o paciente pode se sentir constrangido ou invadido em sua intimidade ao responder ao questionário ou na análise de seu prontuário. E caso o paciente entrevistado venha a manifestar o desejo de se ausentar ou apresente algum sentimento de emoção ou mesmo queira deixar de participar, poderá desistir no momento da entrevista.

Benefícios que poderão ser obtidos: Quanto aos benefícios, o estudo poderá contribuir no campo das políticas públicas e desenvolvimento local, educação e da saúde para uma melhor definição dos fatores causais de internação de idoso.

ESCLARECIMENTO DOS DADOS PELOS PESQUISADORES SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

- a) Acesso, em qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para responder eventuais dúvidas.
- b) Liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
- c) Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
- d) Não há qualquer restrição ao direito do sujeito da pesquisa quanto ao ressarcimento e reparo de eventuais danos que venham a ocorrer durante as entrevistas a serem feitas.

INFORMAÇÕES PARA CONTATO: Equipe Executora: Alessandra Tieppo – (27) 3212 7200 alessandra.tieppo@santacasavitoria.org Pesquisador Responsável: Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho, (27) 3334-3500 e-mail: Maria.coelho@emescam.br

Comitê de Ética em Pesquisa-EMESCAM : Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória, 29045-402, ES. Horário de Atendimento: 07:00 às 12:00 e

13:00 às 17:00. Telefone: 3334-3586, e-mail: comite.etica@emescam.br.
Coordenadora: Patricia Casagrande Dias de Almeida Secretário: Marcos Paulo Gusmão.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sendo assim, eu _____, depois de esclarecido pelos pesquisadores, declaro ter entendido o que foi me explicado e concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Vitória, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura dos pesquisadores

Eu _____ autorizo o uso das informações coletadas através do registro, para fins exclusivos do desenvolvimento do estudo acima referido.

Vitória, ____ de ____ de 2015.

APÊNDICE B
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

ATIVIDADES	JUN – AGO/15	SET – NOV 15	DEZ 15 – FEV 16	MAR – MAI 16	JUN – AGO 16	SET – NOV 16
Entrega do projeto de pesquisa						
Pesquisa bibliográfica						
Encontros com o orientador						
Leituras e elaboração de partes do texto						
Revisão bibliográfica complementar						
Coleta de dados complementares						
Qualificação						
Redação da Dissertação						
Revisão e entrega oficial do trabalho						
Apresentação do trabalho em banca						

APÊNDICE C

CARTA DE ANUÊNCIA



Santa Casa
de Vitória

Vitória – ES, 26 de maio de 2015

Ao
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES

28.141.190/0002-671
IRMANDADE DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA
HOSPITAL DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA
R. DR. JOÃO DOS SANTOS NEVES, 143
VILA RUBIM - CEP 29.025-023
VITÓRIA - ES

At. Dra. Cristiana Costa Gomes

Carta de Anuência

Eu, Cristiana Costa Gomes, diretora técnica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES autorizo o acesso aos dados do prontuário de pacientes beneficiários da Santa Casa Saúde para coleta de dados para a pesquisa de tese de mestrado intitulada **Confirmar a validade preditiva do instrumento de identificação de idosos em risco de internação hospitalar na Santa Casa Saúde**. O pesquisador responsável será Alessandra Tieppo. Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validade após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Emescam, a esta instituição.


Dra. Cristiana Costa Gomes

Diretora Técnica do HSCMV de Vitória - ES

Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV
Coligada a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Entidade Filantrópica de Utilidade Pública
Federal - Dec. 65.314 - Utilidade Pública Estadual - Lei 1707
CNPJ 28. 141.190/0001-86

R. Dr. João dos Santos Neves, 143
CEP: 29220-020
Vila Rubim - Vitória - ES - Brasil
Telefone Geral: 27 3212.7200
Site: www.santacasavitória.org

ANEXO A
QUESTIONÁRIO *Probability Risk Assessment* (PRA)

1. Em geral você diria que sua saúde é?	Excelente, Muito boa, Boa, Regular ou Ruim
2. Nos últimos doze meses você pernitoou alguma vez no hospital como paciente?	Nenhuma vez, uma vez, dois ou três vezes; mais que três vezes
3. Nos últimos doze meses quantas vezes você foi a um médico ou uma clínica?	Nenhuma vez, uma vez, dois ou três vezes; quatro a seis vezes; mais de seis vezes
4. Nos últimos doze meses você teve diabetes?	Sim Não
5. Você já teve doença coronariana? Angina pectoris? Infarto do miocárdio? Algum outro ataque do coração	Sim Não
6. Qual seu gênero	Masculino Feminino
7. Existe algum amigo, parente ou vizinho que pode cuidar de você em caso de necessidade	Sim Não
8. Qual sua data de nascimento	Dia/mês/ano

Nome: _____

ANEXO B
FÓRMULA DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA ESTIMATIVA DA
PROBABILIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO REPETIDA.

$$P_{ra} = \frac{e^{Bx}}{1+e^{Bx}}$$

Em que:

P_{ra} = a probabilidade de admissão repetida em 4 anos

e = o logaritmo natural

$BX = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_{13}X_{13}$

B_0 = uma constante

$X = 1$ ou 0 , a presença ou ausência de cada fator de risco

B = o coeficiente de regressão logística de cada fator de risco

ANEXO C
VALORES DE Bx PARA UTILIZAÇÃO NA FÓRMULA DO PRA

FATORES DE RISCO	Bx
Autoavaliação de saúde - excelente	0
Autoavaliação de saúde - muito boa	0,327
Autoavaliação de saúde - boa	0,340
Autoavaliação de saúde - regular	0,552
Autoavaliação de saúde - ruim	0,770
Doença Coronariana Sim	0,390
Doença Coronariana Não	0
Diabetes <i>mellitus</i> Sim	0,319
Diabetes <i>mellitus</i> Não	0
Ter estado internado no último ano	0,545
Não ter estado internado no último ano	0
> 6 consultas médicas no último ano	0,318
< 6 consultas médicas no último ano	0
Não ter cuidador	-0,738
Ter cuidador	0
Idade < 75	0
75 - 79 anos	0,255
80 - 84 anos	0,327
85 anos ou mais	0,559
Masculino	0,257
Feminino	0

ANEXO D

CALCULADORA DO PRA EM EXCEL

Nome: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
Data de Nascimento: <input style="width: 60%;" type="text"/>			
<p>1) Em geral você diria que sua saúde _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim </p>			
<p>2) Pernoite em hospita _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes <input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes </p>			
<p>3) Nº de consultas _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes <input checked="" type="checkbox"/> Mais de 6 vezes </p>			
<p>4) Diabetes _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </p>	<p>5) Problemas Cardíac _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </p>	<p>6) Gênero _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino </p>	<p>7) Cuidado _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </p>
<p>=SE(OU(D3="";E5="");"";"Resultado = "&SE(ARRED(Plan1!Z17*Plan1!AH17+J5+K9+K12+K16+K18+K19+K20+K21;4)<0;0;ARRED(Plan1!Z17*Plan1!AH17 +J5+K9+K12+K16+K18+K19+K20+K21;4))*100&"%)"</p>			

ANEXO E
APROVAÇÃO PELO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Confirmar a validade preditiva do instrumento de identificação de idosos em risco de internação hospitalar.

Pesquisador: Alessandra Tieppo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46140015.5.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.200.086

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Emescam, a ser desenvolvido por Alessandra Tieppo, sob orientação da Dra. Maria Carlota de Rezende Coelho.

TÍTULO: Confirmar a Validade preditiva de instrumento de identificação de idosos em risco de internação hospitalar.

Com o aumento da longevidade ocorre o aumento da prevalência de doenças crônicas. Cerca de 33 % dos idosos apresenta de três a quatro doenças crônicas, característica que configura uma complexidade e determina especialização dos serviços de saúde. Lebrão (2005) relata como doença de maior prevalência, no grupo idoso, a hipertensão arterial (53.3%), seguida pelo conjunto de doenças

reumáticas² (31.7%), problema cardíaco (19.5%) e diabetes (17.9%). A internação de pessoas idosas apresenta taxas de média de permanência maiores que as demais faixas etárias com o mesmo diagnóstico e são internações com maior custo por diária devido a comorbidades apresentadas por essa população. Também o tempo de reabilitação e o declínio funcional são maiores nessa população. Uma maneira de viabilizar avaliação e aperfeiçoar ações de prevenção de doenças e internações é o desenvolvimento de instrumentos de fácil aplicação, baixo custo de rastreamento de idosos com risco de internação hospitalar. Por isso a necessidade de validar sua mensuração para poder ser utilizado na ordenação de prioridade de atendimento, intervenção de prevenção e promoção de saúde de idosos e otimização de leitos hospitalares. O questionário de PRA - probability risk assesment ou PIR – Probabilidade de internações repetidas é um instrumento criado por BOULT e colaboradores em 1993, com o objetivo de identificar dentre um grande número de idosos aqueles que apresentavam maior risco de fragilização. Muito utilizado para organização e hierarquização da demanda, para sustentação na elaboração de programas de prevenção e otimização de recursos; porém não tem comprovação de que realmente esse paciente com fragilização com alto índice de probabilidade de internação desenvolva o desfecho de internação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O trabalho tem o objetivo de confirmar a validade preditiva de um instrumento de identificação de risco de internação de pacientes idosos atendidos pelo plano da Santa Casa Saúde.

Objetivo Secundário:

Identificar acesso a serviços de saúde dessa população.

Identificar o perfil de pacientes que internam

Identificar o gênero de idosos que mais internam dessa população.

Identificar o perfil etário que mais internam dessa população.

Identificar instituição onde essa população interna

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos para o entrevistado. E há a possibilidade de não identificar a internação dos pacientes pesquisados se o evento não ocorrer pelo plano de saúde.

Benefícios:

Ter uma ferramenta de fácil aplicabilidade que identifica os pacientes idosos em risco de internação hospitalar que pode servir de base para elaboração de programas de atenção a saúde do idoso para diminuir esse risco e prevenir o evento internação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta grande relevância, inclusive pelo fato de atender a uma população cada vez maior no Brasil. A validação desta ferramenta de fácil utilização possibilitará a elaboração de programas de atenção à saúde do idoso, reduzindo a possibilidade de internação hospitalar, principalmente aquelas, à princípio, desnecessárias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: adequada.

Carta de Anuência: adequada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi aprovado pelo CEP: projeto aprovado. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;

- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta de anuência pdf.pdf	05/06/2015 17:52:13		Aceito
Outros	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA.pdf	05/06/2015 17:52:56		Aceito
Outros	PRA.pdf	08/06/2015 17:31:35		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_516250.pdf	09/06/2015 18:37:10		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto of.pdf	15/06/2015 14:48:49		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_516250.pdf	15/06/2015 14:53:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Plataforma Brasil 1.pdf	29/07/2015 20:52:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1.pdf	29/07/2015 20:53:40		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_516250.pdf	29/07/2015 20:55:07		Aceito

Situação do Parecer

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 25 de Agosto de 2015

Assinado por:

PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)