

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

LAYLA LEÃO DIAS

TAMÁRA CERQUEIRA VASCONCELLOS

**PERFIL DOS PACIENTES IDOSOS INTERNADOS NA
ENFERMARIA SÃO JOSÉ DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA**

VITÓRIA

2005

LAYLA LEÃO DIAS

TAMÁRA CERQUEIRA VASCONCELLOS

**PERFIL DOS PACIENTES IDOSOS INTERNADOS NA
ENFERMARIA SÃO JOSÉ DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial para obtenção do título em bacharel em Fisioterapia.
Orientador: Cristiane Torres Caldeira

VITÓRIA

2005

LAYLA LEÃO DIAS

TAMÁRA CERQUEIRA VASCONCELLOS

**PERFIL DOS PACIENTES IDOSOS INTERNADOS NA
ENFERMARIA SÃO JOSÉ DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA**

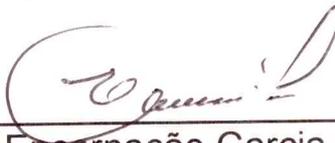
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Orientador Cristiane Torres Caldeira



Prof. Raquel Coutinho Luciano



Prof. Eunice Encarnação Garcia da Silva e Souza

Vitória, Dezembro de 2005.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a nossa orientadora professora Cristiane Torres Caldeira por toda sua dedicação, disponibilidade e paciência durante o desenvolvimento da nossa monografia. Não poderíamos deixar de agradecer também ao nosso professor Pitiguara de Freitas Coelho pela sua importante colaboração.

RESUMO

PERFIL DOS PACIENTES IDOSOS INTERNADOS NA ENFERMARIA SÃO JOSÉ DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

VASCONCELLOS, T.C.; DIAS, L.L.; CALDEIRA, C.T

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Introdução: O aumento da expectativa de vida da população mundial, e mais recentemente dos países em desenvolvimento, vem gerando uma grande procura por serviços de saúde. Com esse aumento, cresce também o desenvolvimento de doenças crônicas e incapacitantes, como doenças pulmonares, cardíacas, reumáticas, entre outras, motivando internações hospitalares freqüentes. Essas internações geram custos elevados para o sistema público de saúde, uma vez que esses indivíduos apresentam maiores comorbidades aumentando sua permanência hospitalar. O conhecimento da intensidade, número e gravidade das doenças que mais se repetem como causa de internação é de fundamental importância para elaboração de estratégias preventivas a fim de diminuir a incidência desses casos.

Objetivo: O objetivo desse estudo foi identificar os principais fatores de risco associados à internação de indivíduos idosos na Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Materiais e Métodos: Estudo descritivo retrospectivo utilizando prontuários de 125 pacientes internados na enfermaria São José do respectivo hospital, no período de agosto de 2004 a abril de 2005. A análise estatística descritiva utilizou o Social Package Statistical Science (SPSS).

Resultados: A principal causa de internação foi dispnéia (45,6%), seguida de alterações neurológicas (22,4%). Foram encontrados como diagnósticos principais mais freqüentes pneumonia (26,4%), insuficiência cardíaca congestiva (12,0%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (8,0%). A comorbidade e a complicação encontradas mais freqüentemente entre os pacientes foram hipertensão arterial sistêmica (61,6%) e pneumonia (10,4%) respectivamente. Considerando os pacientes com diagnóstico principal de pneumonia, 60,9% apresentavam como comorbidade doença neurológica, 44% eram portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica e 37,9% apresentavam hábito tabágico. A média de internação foi de 11 dias, sendo que 36% dos pacientes receberam tratamento fisioterapêutico durante o período de internação.

Conclusões: De acordo com o presente estudo a causa de internação mais freqüente foi dispnéia, o diagnóstico principal de maior prevalência foi pneumonia e a comorbidade mais encontrada foi hipertensão arterial sistêmica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	9
1.2 JUSTIFICATIVA.....	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	12
3 MATERIAIS E MÉTODOS	13
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	13
3.2 LOCAL.....	13
3.3 PARTICIPANTES.....	13
3.3.1 Critérios de Inclusão.....	13
3.3.2 Amostragem.....	14
3.4 DESFECHOS CLÍNICOS.....	14
3.5 MÉTODO ESTATÍSTICO.....	14
4 RESULTADOS	15
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÃO	32

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....33

ANEXO A.....37

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Diagnóstico Principal.....	18
GRÁFICO 2- Comorbidades.....	19
GRÁFICO 3- Tempo de internação.....	21

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição de dados sócio-demográficos.....	16
TABELA 2- Causa de internação.....	17
TABELA 3- Diagnóstico Principal.....	18
TABELA 4- Comorbidades.....	19
TABELA 5- Complicações.....	20
TABELA 6- Tratamento com fisioterapia.....	20
TABELA 7- Tempo de internação.....	21
TABELA 8- Desfecho.....	21
TABELA 9- Causa do óbito.....	22
TABELA 10- Tempo de internação e causa da internação.....	23
TABELA 11- Tempo de internação e comorbidades.....	24
TABELA 12- Tempo de internação e diagnóstico principal.....	25
TABELA 13- Comorbidades associadas com diagnóstico principal.....	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os países do chamado Terceiro Mundo vêm apresentando, nas últimas décadas, um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade. Esses dois fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

A passagem de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade para uma de baixa mortalidade e, gradualmente baixa fecundidade, como a que se observa atualmente no Brasil, traduz-se numa elevação da expectativa de vida média da população e num aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades avançadas (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987). Projeções recém-publicadas pela Organização Mundial da Saúde indicam que entre os dez países com as maiores populações idosas em 2025, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil com um número estimado de 27 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade (OMS, 1998).

As doenças crônicas que requerem cuidados continuados e custosos são a problemática decorrente do envelhecimento, no que diz respeito à saúde, assim como se verifica nos países desenvolvidos. Os idosos tendem a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada (CAVALCANTI; SAAD, 1990; VERAS; COUTINHO; COELI, 1997). A hospitalização é considerada de grande risco, cerca de metade dessas internações de idosos têm como causas mais freqüentes as doenças do aparelho circulatório e as do aparelho respiratório (SIQUEIRA et al., 2004).

Segundo Siqueira et al. (2004), os idosos são mais suscetíveis a complicações causadas pelo repouso prolongado no leito durante a hospitalização. Dos 94 pacientes analisados em seu estudo, 37,2% apresentaram complicações na seguinte distribuição: rebaixamento do nível de consciência (20,2%), broncopneumonia (14,9%), úlcera por pressão (12,8%), desidratação (9,6%), infecção do trato urinário (8,5%), e insuficiência respiratória (8,5%). Alguns estudos têm avaliado, de maneira ampla, os riscos a que estão sujeitos os pacientes hospitalizados. Nas últimas décadas, tem sido foco de atenção a importância desses problemas, tendo em vista suas complicações médicas, sociais e políticas.

Francisco e Donalísio e Lattorre (2003) observaram que nas pessoas acima de 60 anos, a infecção respiratória destaca-se como uma das principais causas de mortalidade e importante causa de morbidade, freqüentemente necessitando de hospitalização. Nas últimas décadas, vários autores têm demonstrado que as incidências de infecções agudas do trato respiratório e de suas complicações cresceram globalmente e a taxa de incidência anual de pneumonia aumentou em indivíduos maiores de 65 anos, em diversos países.

Os idosos freqüentemente necessitam de internação hospitalar para cuidados de suas condições clínicas. Porém, a infecção adquirida em ambiente hospitalar assume grande importância nesse grupo etário devido à alta taxa de letalidade. O indivíduo idoso está mais suscetível a adquirir infecção hospitalar devido a alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos (BÔAS; RUIZ, 2004).

O conhecimento da intensidade, número e gravidade das doenças coexistentes com o diagnóstico principal (causa da internação), é importante para prever as complicações e resultados desfavoráveis entre os casos hospitalizados (IUCIF JUNIOR; ROCHA, 2004). DesHarnais (1990) ressalta que o peso dos diagnósticos secundários, comorbidades, na gravidade do caso, varia segundo o diagnóstico principal, sendo que certas combinações de condições mórbidas apresentam maior risco que outras.

A mortalidade hospitalar é um indicador tradicional do desempenho hospitalar, e provavelmente, o será por muito tempo. Ela expressa uma dimensão crucial da qualidade do cuidado prestado: o resultado final. Entre os indicadores de desempenho, a mortalidade hospitalar tem sido utilizada para identificar variações entre prestadores, atribuíveis a problemas de qualidade (IUCIF JUNIOR; ROCHA, 2004).

O investimento na saúde e educação da atual população de jovens e a redução da morbidade são apresentadas como alternativas capazes de minimizar, em um país com recursos financeiros escassos, o impacto do envelhecimento populacional sobre a qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997; VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). Porém, o custo elevado da assistência à saúde na terceira idade, de três a sete vezes mais caro que o custo médio da população, tem inibido as iniciativas do poder público dirigidas a essa faixa etária (TELAROLLI; MACHADO; CARVALHO, 1996).

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo visa mostrar o perfil do idoso internado na enfermaria de Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Vitória apresentando dados que quando analisados, possam servir como base para criação de medidas preventivas. Proporcionando assim, um número menor de internações, comorbidades e óbitos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os principais fatores de risco associados à internação de indivíduos idosos na Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Correlacionar o tempo de internação, as comorbidades e os fatores de risco;
- Observar as comorbidades mais freqüentes;
- Identificar as principais causas de óbito.

(Anexo A)

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo retrospectivo, utilizando um instrumento para coleta de dados (Anexo A).

3.2 LOCAL

Estudo realizado na Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

3.3 PARTICIPANTES

3.3.1 Critérios de Inclusão

Os participantes deste estudo atenderam aos seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 65 anos;
- Internação na enfermaria São José da Santa Casa de Misericórdia de Vitória no período de agosto de 2004 a julho de 2005.

3.3.2 Amostragem

Foram analisados 125 prontuários de pacientes internados na enfermaria São José da Santa Casa de Misericórdia de Vitória no período de agosto/2004 a abril/2005.

3.4 DESFECHO CLÍNICO

As variáveis estudadas estão descritas em um instrumento de coleta de dados (Anexo A) que foi utilizado, pelos autores do estudo, na obtenção das informações dos prontuários durante o mês de julho de 2005.

3.5 MÉTODO ESTATÍSTICO

Análise estatística descritiva e inferencial utilizando o Social Package Statistical Science (SPSS).

4 RESULTADOS

A distribuição sócio-demográfica da amostra estudada foi 64% de mulheres e 32% de homens, as faixas etárias de 66 a 69 anos e 75 a 79 anos foram as mais incidentes com 21,6% cada uma e o estado civil viúvo foi o mais encontrado com 43,2%. A grande maioria dos pacientes era aposentado ou pensionista (63,2%) e procedente de Cariacica representando 48,8% do total da amostra. A Tabela 1 representa a distribuição dos dados sócio-demográficos dos 125 pacientes incluídos neste estudo.

Tabela 1. Distribuição de dados sócio-demográficos de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Característica	Número	Percentual
Sexo		
Feminino	80	64,0
Masculino	45	36,0
Faixa etária		
65 – 69	27	21,6
70 – 74	17	13,6
75 – 79	27	21,6
80 – 84	20	16,0
85 – 89	20	16,0
90 ou mais	14	11,2
Estado civil		
Solteiro	19	15,2
Casado	43	34,4
Viúvo	54	43,2
Outros	9	7,2
Ocupação		
Do lar	30	24,0
Aposentado/pensionista	79	63,2
Outro	5	4,0
Ignorado	11	8,8
Procedência		
Cariacica	61	48,8
Serra	10	8,0
Viana	3	2,4
Vila Velha	15	12,0
Vitória	29	23,2
Interior	7	5,6

As causas de internação mais frequentes foram dispnéia (46,4%), alteração neurológica (22,4%), tosse (21,6%), febre (19,2%), alterações do sistema digestório (18,4%), dor torácica e abdominal com 10,4% cada. Essas e outras causas de internação encontradas com menor frequência estão relacionadas na Tabela 2.

Tabela 2. Causa de internação de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

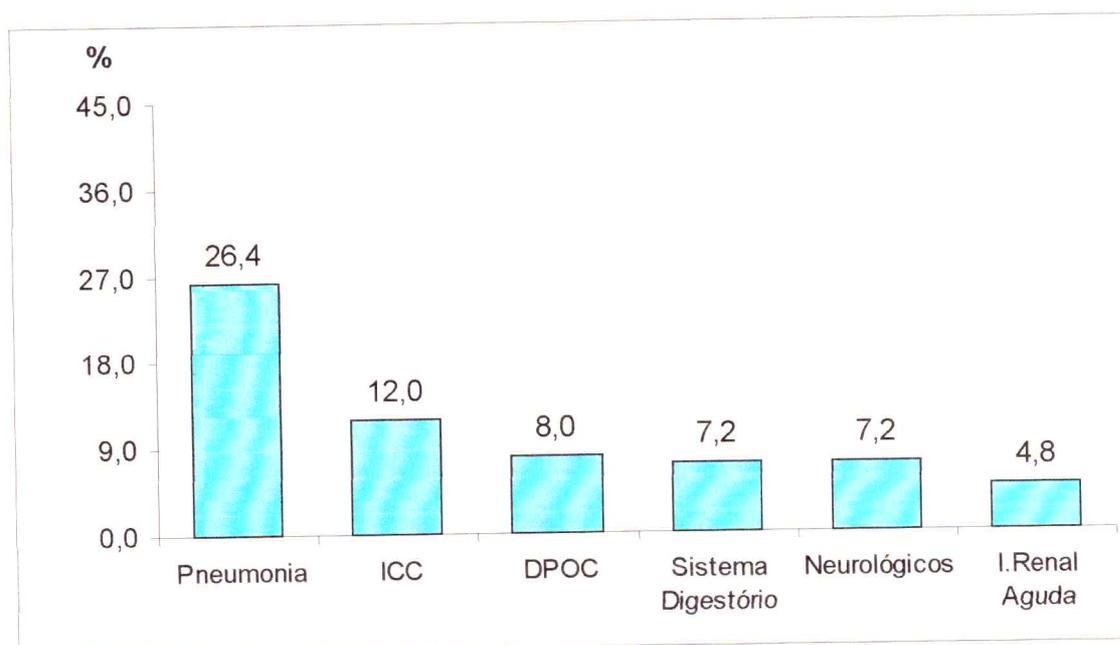
Causa de internação	Número	Percentual
Dispneia	58	46,4
Alteração Neurológica	28	22,4
Febre	24	19,2
Tosse	27	21,6
Alterações do Sistema Digestório	23	18,4
Dor Abdominal	13	10,4
Dor Torácica	13	10,4
Edema/Anasarca	9	7,2
Astenia	11	8,8
Emagrecimento/Caquexia	9	7,2
Dor em membros	7	5,6
Alterações do Sistema Urinário	4	3,2
Sudorese	4	3,2
Anorexia	7	5,6
Cefaléia	2	1,6
Oligúria	2	1,6
Outros	9	7,2
Não Consta	2	1,6

Quanto ao diagnóstico principal a pneumonia foi a doença que mais acometeu os pacientes em questão, tendo incidência de 26,4% seguido de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com 12% e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com 8%. A Tabela 3 mostra a diversidade de diagnósticos principais encontrados no grupo analisado.

Tabela 3. Diagnóstico de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Diagnóstico	Número	Percentual
Pneumonia	33	26,40
ICC	15	12,00
DPOC	10	8,00
Distúrbios do Sistema Digestório	9	7,20
Distúrbios neurológicos	9	7,20
Insuficiência Renal Aguda	6	4,80
Outros Distúrbios Respiratórios	5	4,00
Câncer	4	3,20
Coronariopatia	4	3,20
Desidratação	3	2,40
Distúrbios ortopédicos	3	2,40
NC	3	2,40
Anemia	2	1,60
Desnutrição	2	1,60
Diabetes Melitus	2	1,60
Distúrbios vasculares	2	1,60
HAS	2	1,60
ITU	2	1,60
Outros	9	7,20
Total	125	100,0

Gráfico 1. Diagnóstico de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

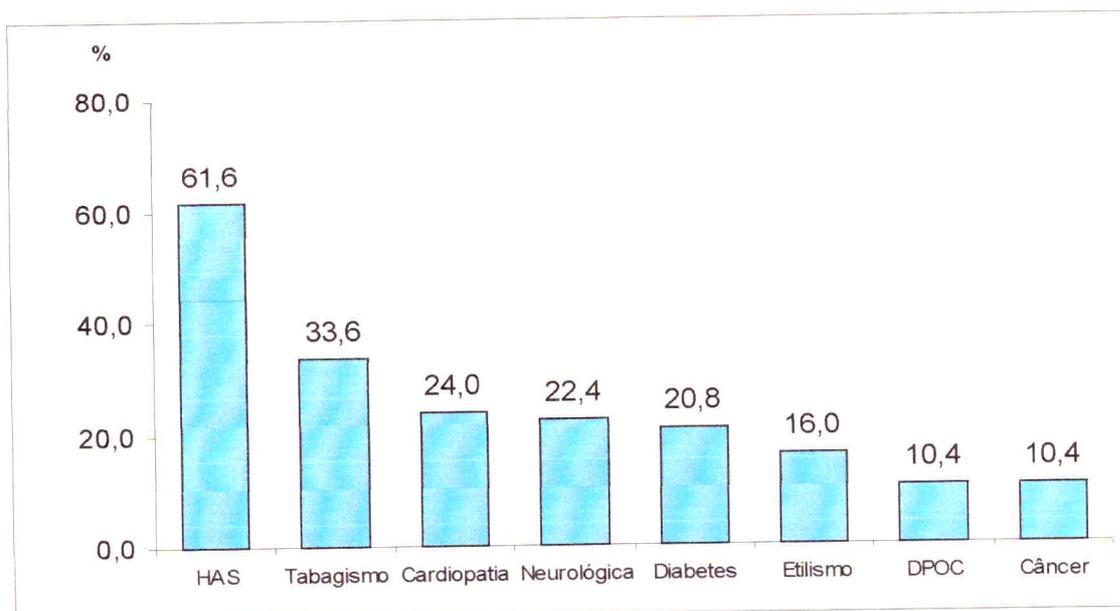


A Tabela 4 aponta as comorbidades/fatores de risco identificados entre os pacientes. Podemos verificar que a hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo e cardiopatia/coronariopatia apresentaram maiores percentuais, sendo 61,6%, 33,6% e 24% respectivamente.

Tabela 4. Comorbidades de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Comorbidades	Número	Percentual
HAS	77	61,6
Tabagismo	42	33,6
Cardiopatia/Coronariopatia	30	24,0
Doença Neurológica	28	22,4
Diabetes	26	20,8
Etilismo	20	16,0
DPOC	13	10,4
Câncer	13	10,4
Restrição ao leito	9	7,2
Asma	5	4,0
Osteoporose	3	2,4
Outros	20	16,0
Nenhum	5	4,0

Gráfico 2. Comorbidades de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.



Em 68,8% da amostra não ocorreu nenhuma complicação durante o tempo de internação, todavia, entre os pacientes que apresentaram algum tipo de complicação, a pneumonia se destacou com maior percentual (10,4%). Todas as complicações podem ser visualizadas na Tabela 5.

Tabela 5. Complicações de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Complicações	Número	Percentual
Pneumonia	13	10,4
IRespA	10	8,0
Complicações Neurológicas	5	4,0
Sepse	4	3,2
Escara/Escara Infectada	3	2,4
Cardiopatias/Coronariopatias	3	2,4
Parada Cardiorrespiratória	3	2,4
TVP/Flebite	2	1,6
Insuficiência Renal Aguda	2	1,6
Outros Distúrbios Respiratórios	5	4,0
Outros	10	8,0
Nenhuma	86	68,8

Na Tabela 6 observamos que 45 dos 125 pacientes realizaram tratamento fisioterapêutico em média durante 7 dias.

Tabela 6. Tratamento com fisioterapia em 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Fisioterapia	Número	Percentual
Sim	45	36,0
Não	80	64,0
Total	125	100,0

Em média os 45 pacientes fizeram 7 dias de fisioterapia.

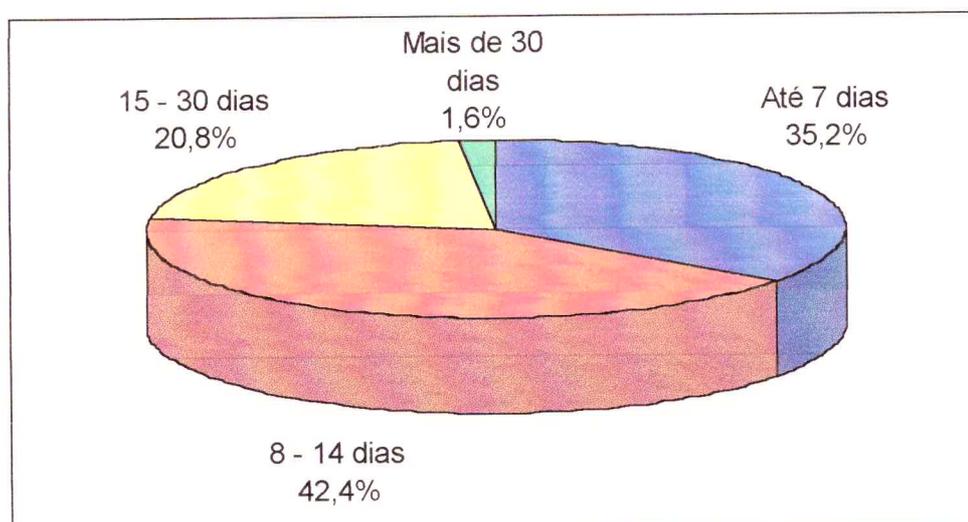
O tempo de internação está descrito na Tabela 7, sendo o intervalo de 8 a 14 dias o mais frequente com 42,4% dos casos, seguido de 35,2% num tempo máximo de 7 dias.

Tabela 7. Tempo de internação de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Tempo	Número	Percentual
Até 7 dias	44	35,2
8 – 14 dias	53	42,4
15 – 30 dias	26	20,8
Mais de 30 dias	2	1,6
Total	125	100,0

Em média os 125 pacientes ficaram internados 11 dias.

Gráfico 3. Tempo de internação de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.



A alta hospitalar predominou como desfecho dos pacientes com 81,6% e o óbito foi de 15,2%, sendo que em 3,2% dos prontuários não constavam informações com relação ao desfecho. Esses dados encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8. Desfecho em 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Desfecho	Número	Percentual
Alta	102	81,6
Óbito	19	15,2
Ignorado	4	3,2
Total	125	100,0

A Tabela 9 nos mostra as causas dos 19 óbitos ocorridos nesse período. A insuficiência respiratória aguda (IRespA) apareceu com 26,3% e a parada cardiorrespiratória (PCR) com 15,8%. Entretanto, em 31,6% dos casos, a causa do óbito não estava descrita no prontuário.

Tabela 9. Causa do óbito em 19 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Causa do óbito	Número	Percentual
Falência múltipla dos órgãos	2	10,5
IRespA	5	26,3
PCR	3	15,8
Pneumonia	2	10,5
TEP	1	5,3
Ignorado	6	31,6
Total	19	100,0

A causa de internação que levou ao maior tempo de internação foi dor abdominal, com média de 14 dias e desvio padrão de 8. A causa de internação com maior frequência entre os idosos foi dispnéia que acarretou em média 11 dias de internação (desvio padrão de 6). A Tabela 10 relaciona o tempo de internação com todas as causas de internação.

Tabela 10. Tempo de internação e causa da internação de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Causa de internação	Média	Desvio Padrão	Número
Dispneia	11	6	58
Alteração Neurológica	10	6	28
Febre	12	6	24
Tosse	12	7	27
Alterações do Sistema Digestório	11	7	23
Dor Abdominal	14	8	13
Dor Torácica	11	6	13
Edema/Anasarca	9	6	9
Astenia	8	5	11
Emagrecimento/Caquexia	8	4	9
Dor em membros	11	9	7
Alterações do Sistema Urinário	10	6	4
Sudorese	7	5	4
Anorexia	11	6	7
Cefaléia	5	4	2
Oligúria	8	2	2
Outros	13	11	9

As comorbidades que mais prolongaram o tempo de internação foram DPOC, asma e restrição ao leito com 15, 14 e 13 dias de média de internação respectivamente. Podemos verificar a relação entre comorbidade e média de dias de internação na Tabela 11.

Tabela 11. Tempo de internação e comorbidades de 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Comorbidade	Média	Desvio Padrão	Número
HAS	11	7	77
Tabagismo	11	6	42
Cardiopatía/Coronariopatía	12	7	30
Doença Neurológica	12	7	28
Diabetes	11	8	26
Etilismo	10	5	20
DPOC	15	9	13
Câncer	7	4	13
Restrição ao leito	13	11	9
Asma	14	6	5
Osteoporose	7	3	3
Outros	12	7	20

O diagnóstico principal de outros distúrbios respiratórios, englobando edema agudo de pulmão, abscesso pulmonar e asma, relacionou-se com a maior média de dias de internação (17 dias). A pneumonia sendo o diagnóstico principal mais frequente associou-se com média de 13 dias de internação. Essas e outras relações entre diagnóstico principal e média de dias de internação são descritas na Tabela 12.

Tabela 12. Tempo de internação e diagnóstico em 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Diagnóstico	Média	Desvio Padrão	Número
Desidratação	16	21	3
Insuficiência Renal Aguda	16	9	6
Pneumonia	13	7	33
Câncer	13	4	4
HAS	12	2	2
Desnutrição	11	10	2
DPOC	11	4	10
Coronariopatia	10	6	4
Distúrbios ortopédicos	10	4	3
Distúrbios do Sistema Digestório	9	7	9
ICC	9	5	15
Diabetes Mellitus	9	4	2
Distúrbios neurológicos	7	3	9
Anemia	6	3	2
Distúrbios vasculares	5	4	2
ITU	5	3	2
NC	4	2	3
Outros Distúrbios Respiratórios	17	11	5
Outros	8	6	9

A Tabela 13 demonstra a associação entre comorbidades e diagnóstico principal. Verificamos que a maior associação entre esses dados ocorreu em pacientes portadores de doença neurológica como comorbidade e pneumonia como diagnóstico principal (60,9%). A segunda maior relação, com 44,4% de incidência, foi vista em pacientes que apresentavam DPOC e internaram com diagnóstico principal de pneumonia. Ainda podemos observar nessa tabela que 37,9% dos pacientes com hábito tabágico, tinham diagnóstico de pneumonia.

Tabela 13. Comorbidades associadas com diagnóstico principal em 125 pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Comorbidades	DPOC		ICC		Pneumonia		Sistema Digestório		Distúrbio neurológico		I. Renal Aguda	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HAS	7	12,3	13	22,8	21	36,8	5	8,8	7	12,3	4	7,0
Tabagismo	9	31,0	3	10,3	11	37,9	3	10,3	2	6,9	1	3,4
Cardiopatía	3	15,0	6	30,0	7	35,0	1	5,0	2	10,0	1	5,0
Doença neurológica	1	4,3	1	4,3	14	60,9	2	8,7	3	13,0	2	8,7
Diabetes	2	11,8	3	17,6	6	35,3	2	11,8	1	5,9	3	17,6
Etilismo	4	30,8	1	7,7	3	23,1	2	15,4	1	7,7	2	15,4
DPOC	2	22,2	3	33,3	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0

5 DISCUSSÃO

Estudos recentes demonstram que a taxa de internação entre idosos é significativa e esperada pelo envelhecimento populacional no país. No estudo realizado por MOTTA (2001) observou-se a presença de pessoas acima de 60 anos, tanto na clínica médica e especialidades clínicas, como na clínica cirúrgica e especialidades, encontrando-se um percentual de 18,3% dos idosos internados acima de 80 anos. Entretanto, em nosso estudo, realizado no setor de clínica médica, foi encontrado alta frequência de indivíduos acima dos 80 anos (43,2%). Este fato pode ser justificado em virtude da maior taxa de idosos do sexo feminino que por sua vez possuem maior expectativa de vida.

A pneumonia é a sexta causa de morte nos EUA e a quinta no Brasil, quando nos referimos a população idosa. Esse grupo etário representa 70% de todas as pneumonias em nosso país. Vários fatores, dentre eles idade avançada e presença de algumas doenças crônicas, como doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca, estão associados à sua maior gravidade (ALMEIDA; FERREIRA FILHO, 2003). Em nosso estudo, verificamos que dos 125 pacientes, 26,4% apresentaram pneumonia como diagnóstico principal, sendo que destes 44,4% eram portadores de DPOC, 35,3% eram diabéticos, 35% apresentavam algum tipo de cardiopatia e apenas 6,06% apresentava pneumonia sem comorbidade facilitadora. Apesar das comorbidades, a pneumonia não foi relevante como causa de morte, sendo responsável apenas por 10,5% dos óbitos. IRespA foi a causa de óbito mais frequentemente descrita, sem a definição da sua etiologia. Além disso, em grande parte dos prontuários analisados não havia informações precisas sobre a causa de morte, desta forma a pneumonia pode ter sido mais freqüente do que o encontrado no nosso estudo.

Como citado anteriormente, em nossa casuística foi encontrada uma grande prevalência de pneumonia como diagnóstico principal de internação (26,4%), sendo dispnéia o sintoma guia. Esses dados diferem dos encontrados pelos

estudos realizados no país onde a incidência de pneumopatias foi baixa (4,8%) e os distúrbios cardiovasculares foram a principal causa de internação com prevalência de 30,5% (MOTTA, 2001). Os dados relativos ao perfil de morbimortalidade no Sistema Único de Saúde comprovam a alta taxa de prevalência de doença cardiovascular. Todavia não observamos tal situação, na medida em que apenas 18,4% de nossa amostra apresentavam algum tipo de doença cardiovascular como diagnóstico principal (ICC, coronariopatia, distúrbios vasculares e HAS). Isso pode ser explicado devido ao fato de nossa pesquisa ter sido realizada somente no setor de clínica médica, enquanto que o trabalho de MOTTA (2001) abrangeu também outros setores.

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) apresenta prevalência de 1 a 2% na população geral. Em indivíduos com idades entre 65 e 67 anos, esse número eleva-se para 23%, tornando-se problema sério em idosos. Nos Estados Unidos é a principal causa de internação em pessoas com idade maior que 65 anos, representando gastos anuais de cerca de oito bilhões de dólares, com custo médio de US\$7.000,00 por paciente a cada internação (VILLACORTA et al., 1998). Nossos resultados mostram a ICC como segundo mais freqüente diagnóstico principal (12%) entre os idosos estudados. Assim, vemos a importância de motivar a procura de novas abordagens no manuseio da ICC, visando prevenir internações e reduzir os custos. Segundo Villacorta et al. (1998) as chamadas “clínicas de ICC” formadas por equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas, diminui a taxa de reinternação, melhora a qualidade de vida e prolonga a sobrevida, ao mesmo tempo em que reduz custos.

A infecção adquirida em ambiente hospitalar assume grande importância nesse grupo etário devido à alta taxa de letalidade. O indivíduo idoso está mais suscetível a adquirir infecção hospitalar devido a alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos (BÔAS; RUIZ, 2004). Esses autores relatam que a topografia prevalente de infecção hospitalar foi infecção respiratória (27,6%), confirmando resultados do nosso estudo que mostraram pneumonia como

complicação de maior incidência. No trabalho de MOTTA (2001), dentre as intercorrências encontradas nos prontuários, as infecções respiratórias apresentaram segunda maior incidência.

Em um estudo sobre o perfil da população idosa no Brasil, mais da metade dos idosos se referiu a algum problema de saúde. Muitos deles declararam ter alguma doença crônica (23,1%), enquanto que 19,2% se referiram a múltiplas condições, crônicas e não-crônicas. Os problemas crônicos de saúde relatados com maior frequência foram: coração (16,8%), hipertensão (26,4%), deficiência ósteo-muscular (17,8%) e diabetes (11,9%) (ARAÚJO; ALVES, 2000). MOTTA (2001) em sua pesquisa observou que dos diagnósticos prévios conhecidos na internação destacam-se as doenças cardiovasculares com 68,40%. De acordo com dados encontrados na literatura, identificamos grande incidência (85,6%) de doenças cardiovasculares quando analisamos comorbidades/ fatores de risco, sendo incluídos HAS e cardiopatia/ coronariopatia.

Em relação ao tempo de internação no serviço, a maior incidência verificada foi entre 8 a 14 dias, o que vai de encontro aos resultados de MOTTA (2001), que achou um tempo de internação de 1 a 9 dias na maior parte de sua amostra. Isso se explica pela alta taxa de internação nas especialidades cirúrgicas devido principalmente a pequenas cirurgias eletivas, o que diminui o período de internação observado pelo autor.

Observou-se que apesar da restrição ao leito e desenvolvimento de úlceras de pressão serem consideradas como importantes conseqüências da hospitalização de idosos (Palmer, 1999), a primeira foi relatada em somente 9 casos (7,2%), havendo apenas 3 relatos de úlceras de pressão, o que consideramos como dados sub-relatados nos prontuários. Bergstorm (1992) relata a presença de úlceras de pressão em 3 a 4,60% dos idosos internados em hospital geral.

Somente 45 dos 125 idosos receberam atendimento fisioterapêutico durante o período de internação, desses, somente 17 apresentaram algum tipo de complicação. A média desse atendimento foi de 7 dias, lembrando que a maior

parte dos pacientes ficou internada num período de 8 a 14 dias. A assistência fisioterapêutica nesse serviço era realizada apenas após a prescrição médica, devido a esse fato, muitos pacientes receberam tal assistência somente depois de alguns dias de internação (em média 4,8 dias) ou mesmo não a receberam. Além disso, a fisioterapia é realizada por acadêmicos que não prestam atendimento durante os finais de semana e durante o mês de janeiro, o que pode ter influenciado o nosso resultado.

O envelhecimento tem sido associado a uma prevalência aumentada de doenças crônicas, incapacidade e morte. No entanto, pesquisas recentes indicam que doenças e limitações não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento e que o uso dos serviços preventivos, eliminação de fatores de riscos e adoção de hábitos saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável (COSTA et al, 2000).

As doenças crônicas e patologias degenerativas levam a uma maior demanda por medicamentos. A maioria dos idosos utiliza mais de um medicamento periodicamente e quando hospitalizados recebem entre oito a quinze. A prescrição medicamentosa envolve o entendimento das mudanças próprias da idade, tanto estrutural quanto funcional, de vários órgãos e sistemas. Dessa forma, a prescrição inadequada para pacientes idosos aumenta o risco de reações adversas medicamentosas. Assim, embora os medicamentos contribuam de forma significativa para o tratamento de doenças prevalentes nos idosos, as reações adversas também ocorrem mais comumente e estão implicadas na ordem de 10 a 31% das admissões agudas em geriatria (LIEBER et al, 2002).

A reabilitação cardiovascular, inexistindo condições que eventualmente venham a contra indicá-la, deverá sempre ser inserida como importante componente do tratamento para o idoso, pois várias condições favoráveis têm sido a ela atribuídas. A abordagem da realização de exercícios físicos no idoso tem como objetivo o aumento da aptidão física prevenindo complicações, mantendo a saúde, reduzindo o risco para doenças crônicas e melhorando globalmente a qualidade de vida (BRANDÃO et al., 2005).

Entendemos que a porta de entrada ao serviço de saúde, que propicia melhor contribuição à manutenção de hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida ao ser humano, seja a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este é um serviço de atenção básica que trabalha buscando a promoção da saúde e prevenção da doença, para o ser humano, seja ele criança, adolescente, adulto ou idoso.

Acreditamos que, se os profissionais de saúde que trabalham nas Unidades de Saúde da Família adotassem uma rotina bem estabelecida de atendimento ao idoso, abordando-os corretamente, não tratando isoladamente seus sintomas, conseguiríamos que essas ações reduzissem muitos dos índices de internação apresentados pelo SUS, que muitas vezes resultam em perda da independência e aquisição de novas incapacidades.

Programas de prevenção de doenças e de promoção à saúde do idoso, bem como a garantia de um atendimento adequado, não são ações para o futuro, mas necessidades para hoje.

6 CONCLUSÃO

De acordo com o presente estudo a causa de internação mais freqüente foi dispnéia, o diagnóstico principal de maior prevalência foi pneumonia e a comorbidade mais encontrada foi hipertensão arterial sistêmica.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, J. R; FERREIRA FILHO O. F. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. **Jornal brasileiro de pneumologia**. Londrina, 2004; 30(3):229-236.
- 2 ARAUJO T.C.N; ALVES M.I.C. Perfil da População Idosa no Brasil. **Textos Envelhecimento**. Rio de Janeiro, 2000; 3(3).
- 3 BERGSTROM,N et al. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. **J Am Geriatric Soc.**, v. 40, p.747-58,1992.
- 4 BRANDÃO A.A; FREITAS E. V; GAMARSKY R; MATTOS N; SERRA S. Reabilitação Cardíaca no Idoso: papel do exercício físico. **Revista da SOCERJ**. Rio de Janeiro, 2004; 17 (B): 93-96.
- 5 BÔAS, P. J. F. V; RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**. 2004; 38(3): 372-78.
- 6 CAVALCANTI M. G. P. H; SAAD P. M. Os idosos no contexto da Saúde Pública. In: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, organizador. **O idoso na Grande São Paulo**. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 1990. p. 181-205.

- 7 CHAIMOWICZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. 1997; 31:184-200.
- 8 COSTA, M. F. F. L. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS/Centro Nacional de Epidemiologia**, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2000; 9(1), p.39.
- 9 FRANCISCO, P. M. S. B; DONALISIO, M. R. C; LATTORRE. M. R. D. O. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos no Estado de São Paulo, 1980 a 1998. **Revista de Saúde Pública**. 2003; 37(2): 191-6.
- 10 JUNIOR IUCIF, N; ROCHA, J. S. Y. Estudo da desigualdade na mortalidade hospitalar pelo índice de comorbidade de Charlson. **Revista de Saúde Pública**. 2004; 38(6): 780-6.
- 11 LIEBER N. S. R; TEIXEIRA J. J. V; FARHAT F. C. L. G; RIBEIRO E; CROZATTI M. T. L; OLIVEIRA G. S. A. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2002; 18(6):1499-1507.
- 12 MESQUITA E.T; MIRANDA V.A. Insuficiência Cardíaca na Atenção Primária **Revista da SOCERJ**. Rio de Janeiro, 2005; 18 (4): 342-344.
- 13 MOTTA L.B. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. **Textos sobre Envelhecimento**. Rio de Janeiro, 2001; 3 (6).

- 14 ÖSTERLIND, P. & BUCHT, G., 1991. Drug consumption during the last decade among persons born in 1902 in Umeä, Sweden. A longitudinal population study. **Drugs & Aging**, 1:477-486.
- 15 PALMER, R. M. Acute Care. in: **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. New York, 1999.
- 16 RAMOS L. R, VERAS R. P; KALACHE A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**. 1987; 21:211-24.
- 17 SIQUEIRA, A. B; CORDEIRO, R. C; PERRACINI, M. R; RAMOS, L. R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**. 2004; 38(5): 687-94.
- 18 TELAROLLI R. J; MACHADO J. C. M. S; CARVALHO F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 1996; 30:485-98.
- 19 VERAS R. P; COUTINHO E; COELI C. M. Transtornos mentais em idosos: a contribuição da epidemiologia. In: Veras R. P, organizador. **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Universidade Aberta da Terceira Idade/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997. p. 15-40.
- 20 VERAS R. P; RAMOS L. R; KALACHE A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**. 1987; 21:225-33.

- 21 VILLACORTA H; ROCHA N; CARDOSO R; GASPAR S; MAIA E. R; BONATES T; KOPILER D; HANS J. F. D; MESQUITA E. T. Evolução Intra-hospitalar e Seguimento Pós-alta de Pacientes Idosos Atendidos com Insuficiência Cardíaca Congestiva na Unidade de Emergência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, 1998; 70 (3): 167-171.

- 22 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Population ageing: a public health challenge. Geneva: **World Health Organization Press Office**. 1998.

ANEXO A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Número do questionário:

1- Idade do paciente:

2 - Sexo: () Feminino () Masculino.

3 - Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo Outros:

4 - Ocupação:

5- Procedência:

6 - Mora com acompanhante? () Sim () Não. Grau de parentesco: () Esposa

() Filho () Amigo () Irmão () Outros:

7- Causa da internação:

Diagnóstico principal:

8 - Comorbidades:

9 - Complicações:

10 - Fez fisioterapia? () Não () Sim

11 - Tempo de internação:

12 - Nível de consciência descrito:

- no início do período de internação:

- no final do período de internação:

13 - Outras internações prévias? () Não () Sim: tempo decorrido desde a

última internação:

14 - Saída: () Alta hospitalar () óbito: causa