

Idosos em um hospital universitário e em um hospital geriátrico*

Elderly: in a university hospital and in a geriatric hospital

Ivanize Almeida Lino Alves¹, Pollyana Oliveira Lira¹, Maria Ângela Reppetto², Zélia Nunes Hupsel³

Resumo

Estudo documental, retrospectivo e descritivo com os objetivos de traçar e comparar o perfil de morbi-mortalidade dos idosos assistidos no hospital universitário e no hospital geriátrico; caracterizar os idosos de acordo com o Índice de AVD de Katz. Os dados foram coletados através de formulário em 67 prontuários. No Hospital Universitário predomina a faixa etária entre 60 e 70 anos, no Geriátrico 71 a 80 anos, com predomínio do sexo feminino; no Hospital Universitário os diagnósticos se enquadram no grupo de causas "Demais Causas" e, no Geriátrico no grupo "Transtornos mentais e comportamentais"; no Hospital Universitário, as "internações" são por urgência e no Hospital Geriátrico por "Transferência" e "Institucionalização" nas duas instituições. A população foi classificada, de acordo com o Índice de AVD de Katz, na categoria A (independentes) e na F (dependência total). Concluímos que a previsão dos recursos materiais, tecnológicos e humanos necessários, para a hospitalização de idosos, é importante para a assistência de enfermagem adequada e segura para eles.

Descritores: Idoso, Saúde do idoso institucionalizado, Assistência integral à saúde do idoso

Abstract

Documentary study, retrospective and descriptive with the goals of drawing and comparing the profile of morbid-

mortality of elderly assisted in the university hospital and in the geriatric hospital; characterize the elderly according to the Katz's AVD Index. The data were collected through a form on 67 promptuaries. In the University Hospital dominates the age group between 60 and 70 years old, in the Geriatric 71 to 80 years old, with a predominance of female sex; in the University Hospital the diagnoses fit in the "Other Causes" group and, in the Geriatric in the "Mental and Behavioral Disorders"; in the University Hospital, the "internments" are by urgency and in the Geriatric Hospital by "Transfer" and "Institutionalization". The population was classified, according to Katz's AVD Index in category A (independent) and F (total dependence). We concluded that the prevision of material's, technologic's and human's recourses is important to the assistance of nursing adequate and security for them.

Key words: Elderly, Health of institutionalized elderly, Health services for the aged

Introdução

Durante as últimas décadas, a população mundial tem passado por um processo de envelhecimento⁽¹⁾.

Estudo sobre a caracterização da população idosa brasileira apontou que no Brasil, esse processo é tão acelerado que em poucas décadas o país poderá passar da 16ª para a 6ª posição mundial em relação ao contingente de idosos. Assim, a sociedade brasileira se depara com uma sobrecarga de demanda por serviços médicos a idosos^(2,3).

O envelhecimento saudável vai muito além da idade cronológica. Representa a capacidade de o indivíduo responder as demandas da vida cotidiana de forma autônoma e independente⁽¹⁾.

Com a finalidade de determinar os resultados do tratamento e prognóstico frente às atividades de vida diária (AVD) em pessoas idosas e cronicamente doentes, o Índice de Katz é um instrumento amplamente utilizado. Seu emprego, na assistência de enfermagem aos idosos internados, é um meio para direcionar o cuidar, mantendo a autonomia e a qualidade de vida⁽⁴⁾.

A realização dos estágios, no quinto e sétimo semestres do curso de graduação em enfermagem, em

1. Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

3. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

*Pesquisa realizada como atividade de Monitoria da Disciplina Metodologia da Pesquisa I do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Endereço para correspondência: Maria Ângela Reppetto. Rua Dra. Cesário Mota Jr, 61 – 9º andar – Vila Buarque – 01221-020 – São Paulo – SP – Brasil. e-mail: maria.reppetto@fcmscsp.edu.br

hospitais universitário e geriátrico, na cidade de São Paulo, possibilitou a observação do elevado número de leitos ocupados por pacientes idosos portadores de uma ou mais doenças crônicas, e sentimos motivação e interesse em conhecer a população atendida, tanto sua caracterização como suas necessidades físicas, durante o período de internação. Então, estabelecemos como objetivos deste estudo traçar e comparar o perfil de morbi-mortalidade dos idosos assistidos no hospital universitário e no hospital geriátrico; caracterizar os idosos assistidos no hospital universitário e no hospital geriátrico, de acordo com o Índice de AVD de Katz.

Casuística e Método

Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva e descritiva. A amostra foi constituída por 67 prontuários dos pacientes com 60 anos ou mais, portadores dos seguintes diagnósticos: *Diabetes Mellitus*, Doença de Alzheimer e sequelas de internados, no período de janeiro a julho de 2006, sendo 28 do hospital universitário e 39 do hospital geriátrico.

Os dados foram coletados em dois hospitais localizados na cidade de São Paulo, vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de instrumento com itens relativos à identificação pessoal, dados da internação e relacionados às necessidades físicas, estes baseados no índice de Katz, e realizado pelas próprias autoras, nos dois hospitais mencionados, no período de maio e junho de 2007, após aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (Parecer nº 087/07).

O instrumento foi submetido à pré-teste e alterado, conforme necessidades identificadas.

Resultados e Discussão

Com relação à faixa etária e gênero verificamos que, no Hospital Universitário, a maior parte foi 60 |-| 70 anos (17 – 25,37%), em sua maioria, do sexo masculino (10 – 14,93%). Já no Hospital Geriátrico, o maior número de idosos encontrava-se na faixa etária 71 |-| 80 anos (15 – 22,39%), em sua maioria do sexo feminino (11 – 16,42%). A proporção entre os sexos no Hospital Universitário foi de 50% (14) para ambos os sexos e, no Hospital Geriátrico foi de 35,9% (14) de indivíduos do sexo masculino e 64,1% (25) de indivíduos do sexo feminino. Soma-se um total de 39 mulheres (58,21%) e 28 homens (41,79%).

Destacamos que quanto mais velho o contingente estudado, maior a proporção de mulheres, chegando a 3 mulheres para 1 homem no grupo de 81 a 90 anos no Hospital Universitário, e 2,25 mulheres para 1 homem no Hospital Geriátrico. Esse resultado está condizente com outros estudos e com dados do censo

demográfico de 2000, onde a proporção chega a 2,10 mulheres para 1 homem^(5,6).

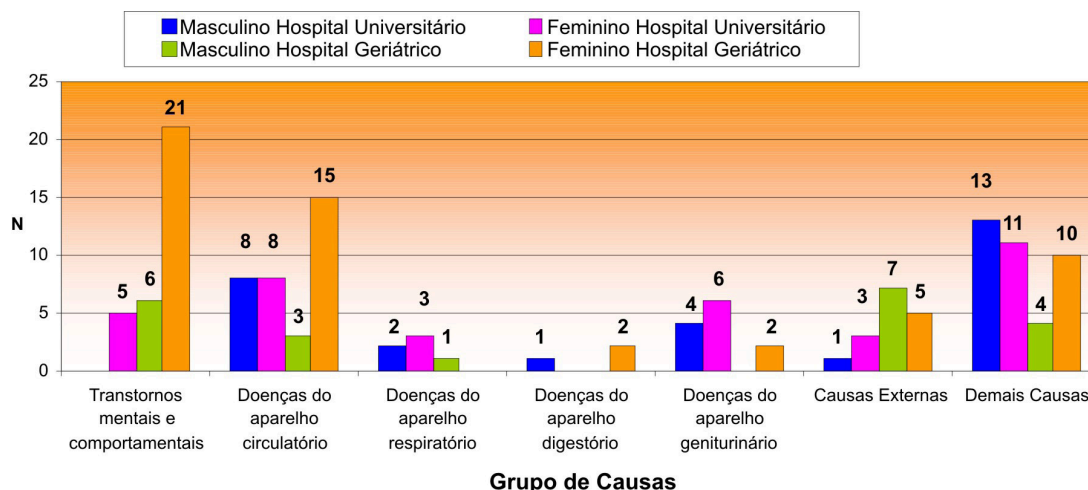
O período maior de internação, foi no Hospital Universitário: 1 a 15 dias (26 – 38,81%). Desses internados, 14 eram do sexo masculino, e 12 do sexo feminino. Os demais (2 – 2,99%), permaneceram internados mais de 16 dias e pertenciam ao sexo feminino. Já no Hospital Geriátrico, apenas 1 (1,49%) prontuário registrou alta no período de 1 |-| 15 dias. Dos demais pacientes, 6 (8,96%) foram a óbito com um período superior a 46 dias de internação e, 32 (62,69%) registros permanecem institucionalizados. Na literatura encontramos estudos com dados que não diferem dos valores encontrados na população do Hospital Universitário⁽⁷⁾.

Verificamos que, no Hospital Universitário, o grupo de causas que houve predomínio foi o de “Demais Causas” (11 – 16,42%); desses 4 (5,97%) eram do sexo masculino e 7 (10,45%) do sexo feminino. Enquanto que, no Hospital Geriátrico, o grupo “Causas Externas” predominou entre os registros do sexo masculino (3 – 4,48%), e a causa registrada foi atropelamento; no sexo feminino, apenas o grupo “Transtornos mentais e comportamentais” teve registro (2 – 2,99%).

Importante destacar que apenas 21 prontuários continham registros de internações anteriores; no Hospital Geriátrico os registros de internações anteriores foram obtidos através de relatórios médicos de outras instituições de saúde. Esclarecemos ainda que, no grupo “Demais Causas”, estão incluídos diagnósticos de todos os quadros de descompensação metabólica decorrentes da *Diabetes mellitus*, dislipidemia, proteinúria, entre outros; e que o grupo “Causas Externas” corresponde a todos os diagnósticos de sequelas de traumas, por isso a representação expressiva, do sexo masculino, no Hospital Geriátrico.

Verificamos que, no Hospital Universitário, o grupo “Demais Causas” foi o que teve maior número de registros (24 – 35,82%), sendo 13 (19,40%) do sexo masculino e 11 (16,42%) do sexo feminino, entre essas destacamos as mais prevalentes: Síndrome do imobilismo, úlceras por pressão, desidratação, hipercalemia, alterações visuais e alcoolismo. Em seguida ressaltamos as do grupo de doenças do aparelho circulatório, representado na mesma proporção entre os sexos (8 – 11,94%). Já no Hospital Geriátrico, predominou o grupo “Transtornos mentais e comportamentais” com 27 registros (40,30%), desses 21 (31,34%) eram do sexo feminino e 6 (8,96%) do sexo masculino, também seguido pelo grupo de doenças do aparelho circulatório com 18 (26,87%) registros, sendo 3 (4,48%) do sexo masculino e 15 (22,39%) do sexo feminino.

As doenças cardiovasculares apresentam-se como primeira causa de internação, seguida por doenças do aparelho respiratório e demais causas aparecendo na terceira posição; os transtornos mentais e comporta-



* O mesmo paciente apresentou diagnósticos pertencentes a mais de um grupo de causas.

Figura 1 – Distribuição dos idosos assistidos, segundo grupo de causas e sexo, na última internação, em um Hospital Universitário e um Hospital Geriátrico. São Paulo, SP, 2007.

mentais aparecem como sétima causa de internações. Todas as causas apresentam o sexo masculino em maior proporção⁽⁸⁾.

Em um estudo de 1996, as principais causas de internação entre homens e mulheres foram insuficiências cardíacas e broncopneumonias e pneumonias⁽⁹⁾.

No registro de internação anterior, os pacientes do Hospital Universitário apresentaram múltiplos diagnósticos, porém, muitos desses se enquadravam no grupo de causa “Demais Causas” e, no Hospital Geriátrico, os diagnósticos são mais definidos, apresentando apenas os grupos “Causas Externas” e “Transtornos mentais e comportamentais”. Já na última internação, no Hospital Universitário, predominou o grupo “Demais Causas” pela multiplicidade de diagnósticos que abrangem, seguido de “Doenças do aparelho circulatório”; no Hospital Geriátrico, predominou o grupo “Transtornos mentais e comportamentais”, também seguido por doença do aparelho circulatório,

que é a primeira causa de internação e de morte na população brasileira.

Com os mesmos significados de classificação mencionados para a Figura 4, no Hospital Universitário, 22,39% (16) das internações foram por motivo de urgência, desses 9 (13,43%) são do sexo masculino e 6 (8,96%) do sexo feminino. Já no Hospital Geriátrico, o motivo “transferência”, teve como representação 23,88% (17) e a mesma proporção entre os sexos (8 - 11,94%), e o motivo “institucionalização” teve representação de 20,90% (14), e mais frequente no sexo feminino. A justificativa levantada para as institucionalizações foi dificuldade de cuidados por familiares.

A literatura pesquisada divide os motivos de admissão de pacientes idosos em um serviço geriátrico em emergência médica: otimização terapêutica, tratamento básico de cuidados e para alívio do estresse dos cuidadores. A decisão de indicar hospitalização é multifatorial e influenciada pela gravidade do qua-

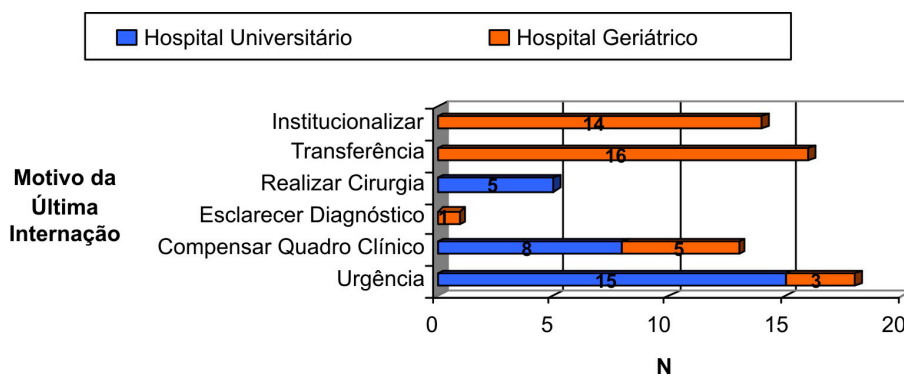


Figura 2 – Distribuição dos idosos assistidos, segundo motivo da última internação, em um Hospital Universitário e um Hospital Geriátrico. São Paulo, SP, 2007.

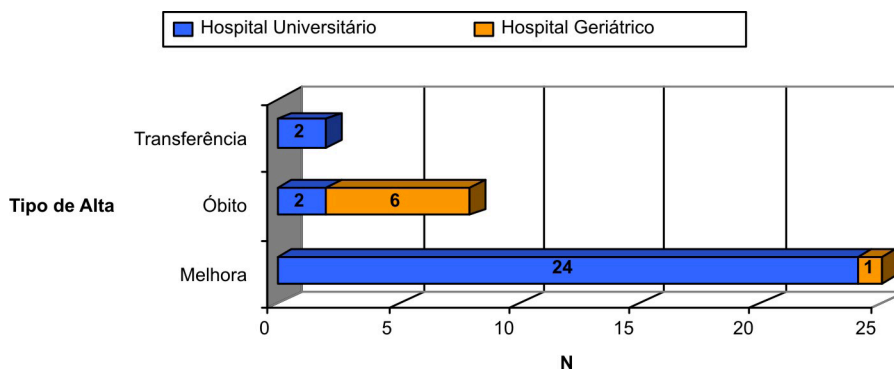


Figura 3 – Distribuição dos idosos assistidos, segundo o tipo de alta da última internação, em um Hospital Universitário e um Hospital Geriátrico. São Paulo, SP, 2007.

dro clínico, infra-estrutura da instituição, solicitação familiar e/ou do residente e necessidades econômicas, porque a hospitalização é considerada um fator de risco para óbito entre idosos por provocar condições de agravos (infecções, isolamento social, iatrogenias entre outras) que podem proporcionar perda de independência e autonomia, pois idosos hospitalizados apresentam um declínio físico progressivo⁽¹⁰⁻¹²⁾.

No Hospital Universitário, 68,57% (24) dos pacientes tiveram alta por melhora, sendo 12 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Os 2 (2,99%) óbitos ocorridos, foram pacientes do sexo feminino. Enquanto que, no Hospital Geriátrico, há apenas 1 (1,49%) registro com alta por melhora, esse indivíduo foi internado devido ao estresse do cuidador e dificuldade de realização de exames e, os óbitos registrados, foram 3 (4,48%) do sexo masculino e 3 (4,48%) do sexo feminino. Somados os casos de óbito, 5 (7,46%) tiveram em comum afecções do aparelho respiratório como uma das causas e 1 (1,49%) registro teve como causa hematoma subdural após queda da própria altura.

Em 2004, houve 598.032 óbitos, desses 51,60% eram do sexo masculino. O sexo masculino é mais suscetível por vários motivos, isolados ou associados, seja a baixa frequência de procura a serviços de saúde, diferenças biológicas, riscos ambientais e ocupacionais como acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, estresse associado às mudanças socioeconômicas, entre outros. A principal causa de óbito da população acima de 60 anos é decorrente de doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório aparecem como segunda principal causa de morte no grupo de indivíduos com 70 anos ou mais e terceira causa nos indivíduos de 60 a 69 anos⁽⁹⁻¹³⁾.

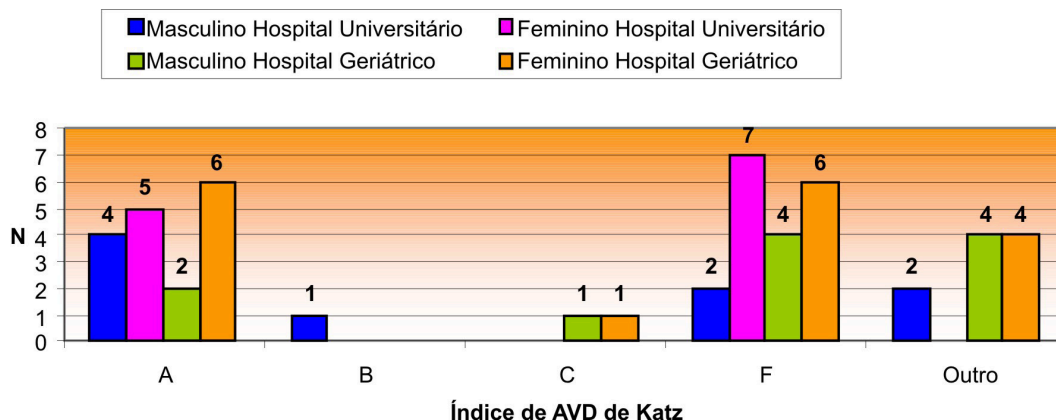
As doenças cardíacas aumentam 2,7 vezes o risco de óbito de idosos, concordando com outros estudos, porém sintomas como tosse persistente, catarro ou chiado no peito, aumentam 3,2 vezes esse risco de óbito. Esses dados permitem estabelecer a coerência entre as ocorrências nas instituições estudadas^(9,10,13).

As taxas de mortalidade em ambos os sexos aumentam com a idade. Em 2004, dos óbitos de indivíduo com 60 anos ou mais, no sexo masculino o grupo etário de 60 a 69 corresponderam a 16,27%, passaram a 18,88% no grupo de 70 a 79 anos e 16,44% no grupo de 80 anos e mais e, no sexo feminino no grupo de 60 a 69 corresponderam a 11,24%, passaram a 15,93% no grupo de 70 a 79 anos e 21,24% no grupo de 80 anos e mais. No grupo etário de 80 anos e mais, a mortalidade aumenta no sexo feminino, estando de acordo com os dados do presente estudo^(8,9).

No Hospital Universitário, 9 (13,43%) enquadraram-se na classificação "A", sendo que o sexo masculino (4 – 8,16%) apresentou maior independência, 9 (13,43%) enquadraram-se na classificação "F", e o sexo feminino apresentou um maior número de indivíduos dependentes (7 – 14,29%); o paciente classificado na categoria B (1 – 2,04%) foi pelo uso de dispositivo urinário externo (*Uripem*), enquanto que no Hospital Geriátrico, 10 (14,93%) enquadraram-se na classificação "F". O sexo feminino (6 – 8,96%) foi o que apresentou maior número de indivíduos dependentes, 8 (11,94%) enquadraram-se na classificação "A", sendo que o sexo feminino apresentou independência (6 – 8,96%), o número de registros classificados na categoria "Outros" apresentou a mesma proporção entre os sexos (4 – 8,16%) e, os pacientes classificados na categoria "C" foi pela associação de dependência nas habilidades banho e continência, com uso de sonda vesical de demora.

Por ser uma pesquisa retrospectiva, foi possível obter dados apenas de 4 das 6 habilidades avaliadas no índice de Katz: banho, transferência, continência e alimentação.

O comprometimento na independência para realizar as AVD antes dos 70 anos, revela um envelhecimento mal sucedido, provavelmente devido às condições sociais adversas e, a partir dos 80 anos se espera algum grau de comprometimento fisiológico na capacidade de realização das AVD, pois a intensidade da frequência destes comprometimentos variáveis de-



A classificação é dada a partir da escala de dependência, com a seguinte descrição:

A = Independentes para todas as atividades;

B = Independente para todas as atividades menos uma;

C = Independentes para todas as atividades menos banho e mais uma adicional;

F = Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional;

Outro = Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F⁽¹⁴⁾.

Figura 4 – Distribuição dos idosos assistidos, segundo o Índice de Atividades de Vida Diária de Katz⁽¹⁴⁾ e sexo, em um Hospital Universitário e um Hospital Geriátrico. São Paulo, SP, 2007.

pendem das condições gerais de saúde e do modo de vida das pessoas em cada contexto sócio-econômico-histórico-cultural⁽¹⁵⁾.

Conclusão

Após a realização desta pesquisa, concluímos que o conhecimento do perfil da morbi-mortalidade dos idosos e a classificação dos idosos segundo o índice de AVD da Katz, nestas instituições, foi importante para estabelecer previamente uma assistência de enfermagem adequada, prevendo os recursos materiais, tecnológicos e humanos necessários, para o período médio de permanência apresentado em cada instituição. Assim como a realização da avaliação funcional do idoso também facilita o planejamento da assistência prestada ao cliente, pois conseguirá identificar as capacidades e limitações em realizar as AVD.

Referências bibliográficas

1. Duarte YAO, Lebrão ML. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. *Mundo Saúde*. 2005; 29:566-74.
2. Pereira RJ, Cotta RMM, Priore SE. Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo. *Mundo Saúde*. 2005; 29:475-83.
3. Ferreira AMTGB, Derntl AM. Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem. *Mundo Saúde*. 2005; 29:510-22.
4. Lueckenotte A. A entrevista: obtenção da história de saúde. In: Lueckenotte A. *Avaliação em gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso; 2002. p.35-8.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo Demográfico 2000. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Tabela 1 - População residente, total e de 60 anos

ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação - 1991/2000. Brasília (DF); 2000. [on line] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1_1.shtm [Acesso em 29 mar 2010].

6. Pereira RJ, Priore SE, Franceschini SCC, Cotta RMM. Características demográficas e socioeconômicas da população idosa brasileira. *Mundo Saúde*. 2005; 29:585-93.
7. Izzo H, Gruner T. Impacto da internação hospitalar na capacidade funcional do idoso em enfermagem geriátrica. *Mundo Saúde*. 2005; 29:629-38.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
9. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31:184-200.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos Brasil, 2004. [on line]. Brasília: 2004. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/a08.def>. [Acesso em 26 de mar 2010]
11. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000; 9:23-41.
12. Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1997. p.394-402.
13. Gorzoni ML, Pires SL. Idosos asilados em hospitais gerais. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40:1124-30.
14. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41:317-25.
15. Costa EC, Nakatani AY, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19:43-8.

Data de recebimento: 17/06/2010

Data de aprovação: 20/01/2011