

*AVALIAÇÃO DO RISCO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR DE IDOSOS DA COMUNIDADE
NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE¹*

Fernanda Cecília dos Santos²

Patrícia Viana da Rosa³

Luis Henrique Telles da Rosa⁴

Suzane Cristina Milech Pribbernow⁵

1 Este artigo tem caráter inédito e não houve qualquer tipo de financiamento. A presente pesquisa é produto da conclusão do curso de pós-graduação no Programa de Residência Integrada em Saúde com ênfase na Atenção Básica em Saúde Coletiva. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre através do parecer nº: 435. Não houve conflitos de interesses.

2 Graduada em Fisioterapia. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. E-mail: fernandacecilia@gmail.com.

3 Graduada em Fisioterapia. Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. E-mail: patriciarosa@ufcspa.edu.br.

4 Graduado em Fisioterapia. Doutor em Gerontologia Biomédica. Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. E-mail: luisr@ufcspa.br.

5 Graduada em Medicina. Mestre em Medicina (Nefrologia). Preceptora da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, E-mail: suzanecmp@gmail.com.

resumo

O crescimento da população idosa vem motivando mudanças nos modelos assistenciais buscando incorporar a identificação, avaliação e tratamento de idosos com perfis mórbidos e funcionais variados. O objetivo do artigo foi identificar o Risco de Internação Hospitalar (RIH) em idosos do município de Porto Alegre. O estudo foi do tipo transversal quantitativo descritivo, por meio da aplicação de questionário de triagem de RIH previamente validado. A amostra foi composta por 80 idosos com idade de 65 anos ou mais, residentes em dois setores censitários na área adscrita de uma Unidade Básica de Saúde. Calculou-se o RIH através de análise de regressão logística sendo classificado em estratos baixo, médio, médio-alto e alto. Identificou-se maior prevalência dos estratos de RIH baixo 47,5% (n = 38) e médio 20% (n = 16). Os resultados desta pesquisa indicam a necessidade de integrar a prevenção de agravo e promoção de saúde no planejamento em saúde a fim de atingir a assistência adequada ao idoso.

palavras-chave

Saúde do idoso. Planejamento em saúde. Saúde Coletiva.

1 Introdução

O crescimento populacional vem aumentando rapidamente. Ao longo dos anos, observamos gradativa aceleração do processo de envelhecimento da população. Apesar de terem sido necessários milhões de anos para a população mundial atingir o primeiro bilhão, em apenas doze anos, passamos do quinto para o sexto bilhão de pessoas, ou seja, passamos por uma grande explosão demográfica (VERAS, 2003). Associado a esse fato, outro fenômeno vem transformando as características da população, este fenômeno é o aumento da expectativa de vida. No Brasil, estima-se que a média de idade dos brasileiros irá atingir aproximadamente os 80 anos para o período de 2000 a 2025 (NEGRI et al., 2004). Muitos são os fatores que interagem provocando o envelhecimento como redução da taxa de natalidade, fecundidade, fertilidade e mortalidade, além de melhorias nas condições de saneamento e infraestrutura básica populacional (HOEFELMANN et al., 2011).

O Brasil acompanha as transições demográficas que ocorrem no cenário mundial, assim como vivencia uma transição epidemiológica. Dados atuais

indicam um declínio de doenças infectocontagiosas ao passo que as doenças crônico-degenerativas tornaram-se umas das principais causas de morbimortalidade (PEREZ, 2008). A grande parte dos idosos brasileiros (80%) possui pelo menos uma doença de caráter crônico e aproximadamente um terço apresenta três agravos ou mais (IBGE, 1998). Logo, para considerar o aumento da longevidade um avanço, é importante que os anos adicionais sejam vividos ativamente e com qualidade, não apenas “sobrevividos” (VERAS et al., 2008).

As condições de saúde dos idosos podem ser avaliadas através de vários determinantes como perfil de morbimortalidade, presença de limitações de ordem física e cognitiva, e a frequência na utilização dos serviços de saúde (NUNES et al., 2010). Logo, embora representem apenas 12,3% da população brasileira, os idosos são responsáveis por um terço dos gastos em saúde (IBGE, 2011).

Em alguns estados como o Rio Grande do Sul, os idosos constituem uma parcela de 12,9% da população (IBGE, 2011). Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a necessidade de fortalecer políticas de prevenção e promoção à saúde, especialmente direcionadas à população de idosos com objetivo de manter e/ou melhorar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (VERAS et al., 2008).

Os modelos tradicionais de promoção de saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação não funcionam sendo simplesmente reproduzidos na população idosa (DUTRA et al., 2011). Logo, há necessidade de propor um novo pensar no cuidado da saúde da população idosa, abrangendo de forma mais adequada as diferentes condições de saúde e as subjetividades desta faixa etária. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) permite uma reorganização de práticas e serviços de saúde, a fim de adequar as ações às necessidades e à realidade da população, considerando as características sociais, epidemiológicas e sanitárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os determinantes biopsicossociais, conforme sua interação, podem favorecer um quadro de fragilidade como síndrome clínica e podem predizer fortemente eventos adversos variados, como hospitalização, doenças agudas, quedas, fraturas e mortalidade elevada (LOURENÇO et al., 2005). As doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento, quando associadas a maus hábitos de saúde, contribuem para diminuição da capacidade funcional, limitando a qualidade de vida dos idosos (LINHARES et al., 2003).

A abordagem profissional na saúde do idoso necessita integrar formas de avaliação capazes de caracterizá-los quanto ao seu baixo ou alto grau de vulnerabilidade. Os idosos saudáveis apresentam potencial de intervenções

com foco na prevenção de agravos e a promoção de saúde, manutenção das habilidades físicas e mentais, e consequente independência e autonomia. Entretanto, idosos frágeis necessitam de acompanhamento pelos serviços de saúde considerando determinantes de grande relevância na avaliação geriátrica como capacidade funcional, cognição, equilíbrio, marcha, apoio social e capacidade física (PEREZ, 2008).

Com base nas informações acima, buscou-se uma metodologia para avaliar o grau de vulnerabilidade ou fragilização dos idosos, as quais fornecem a possibilidade de pensar e planejar ações individuais e coletivas de assistência à saúde da população idosa considerando o envelhecimento e suas progressivas limitações. Além disso, a identificação de riscos permite identificar precocemente os agravos para que sejam tratados adequadamente e com maior chance de resolução. Até o momento, os estudos brasileiros sobre o risco de internação hospitalar são basicamente descritivos. Portanto, o objetivo da presente pesquisa é identificar o risco de internação hospitalar de uma população de idosos residentes no Município de Porto Alegre e propor um modelo de fluxo de assistência adequada à saúde do idoso.

2 Metodologia

Este estudo é de natureza descritiva e apresenta uma abordagem quantitativa, baseada em pesquisa de campo. A amostra foi composta por 114 idosos (IBGE, 2004), entretanto, foram localizados apenas 96 sujeitos. Foram incluídos nesse estudo os indivíduos com idade igual a 65 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes há pelo menos um ano nos setores censitários de números 431490205000395 e 431490205000401, independente de seu vínculo, acesso ou frequência de atendimentos na UBS 3. Foram excluídos da amostra: um sujeito devido a mudança de endereço; três indivíduos por incapacidade de responder as perguntas; cinco pessoas que não quiseram participar; e sete sujeitos que não foram encontrados após duas visitas. Ao final, foram entrevistados 80 idosos, no período de março a outubro de 2010.

O estudo foi aprovado no comitê de ética da Prefeitura do Município de Porto Alegre pelo parecer nº 435. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, obedecendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O instrumento de triagem de risco utilizado nesta pesquisa, foi produzido por Boulton e colaboradores (PACALA et al., 1995; BOULT et al., 1994; BOULT et al., 1993) e validado para o português por Dutra et al. (2011). Este instrumento é

composto de oito perguntas que levam em consideração como fatores de risco: idade, sexo, disponibilidade de cuidador, autopercepção da saúde, presença de doença cardíaca, presença de diabetes mellitus, pernoite hospitalar e consultas médicas nos últimos 12 meses. (Figura 1).

Figura 1 – Instrumento para triagem rápida.

Data ___/___/___

Horário de início da administração do questionário: ___ : ___

Horário de término da administração do questionário: ___ : ___

- Em geral, você diria que a sua saúde é:
 - excelente
 - muito boa
 - boa
 - média
 - ruim
- Nos últimos 12 meses, você passou a noite como paciente em algum hospital?
 - não, nenhuma vez
 - 1 vez
 - 2 ou 3 vezes
 - mais do que 3 vezes
- Nos últimos 12 meses, quantas vezes você procurou o médico ou uma clínica para tratamento?
 - nenhuma vez
 - 1 vez
 - 2 ou 3 vezes
 - 4-6 vezes
 - mais do que 6 vezes
- Nos últimos 12 meses, você teve diabetes?
 - sim
 - não
- Você alguma vez já teve doença coronariana? [sim/não] Angina? [sim/não] Infarto do miocárdio? [sim/não] Ataque do coração? [sim/não]
 - sim (se qualquer das respostas acima for "sim")
 - não (se todas as respostas às questões acima for "não")
- Sexo?
 - Masculino
 - Feminino
- Existe algum amigo, parente ou vizinho que poderia tomar conta de você por alguns dias se você precisar?
 - sim
 - não
- Qual a sua data de nascimento? (dia/mês/ano): ___/___/___
 - 65-74 anos
 - 75-79 anos
 - 80-84 anos
 - = 85 anos

Fonte: Veras, 2003, p. 710.

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; BX = $B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_{13}X_{13}$; B_0 = constante da equação de regressão logística (- 1,802); X = 1 ou 0, presença ou ausência de cada fator de risco; B = coeficiente da regressão logística de cada fator de risco (VERAS, 2003). Os demais resultados apresentados em frequência absoluta e relativa e média (desvio padrão).

3 Resultados

Dos 80 idosos avaliados, 49 eram mulheres (61,25%) e 31 eram homens (38,75%), com idade média de 74,7 (1,76 anos). Com relação à auto-percepção da saúde, 6,3% (n = 5) referiram estar com saúde excelente, 3,8% (n = 3) referiram estar com a saúde muito boa, 40,0% (n = 32) relataram como boa, 36,6% (n = 29) referem como média e 13,8% (n = 11) acreditam que sua saúde está ruim. No bloco de questões sobre internação hospitalar, 80,0% (n = 64) dos idosos negaram esta ocorrência, 8,8% (n = 7) citaram um episódio de internação, 6,3 (n = 5) relatam duas a três situações e 5,0% (n = 4) afirmaram mais de três internações hospitalares no último ano.

Com relação às consultas médicas, 8,8% (n = 7) não realizaram consulta no último ano, 13,8% (n = 11) realizaram uma consulta, 26,3% (n = 21) relataram de duas a três consultas no último ano, 18,8 (n = 15) referiram quatro a seis consultas, e 32,5% (n = 26) referiram mais de seis consultas nos últimos 12 meses. Entre as doenças autorreferidas que compunham o instrumento de avaliação do risco de internação hospitalar, a prevalência foi de 20,0% (n = 16) para diabetes mellitus e 28,8% (n = 23) para as doenças cardiovasculares. A existência de apoio social foi relatada pela totalidade dos idosos avaliados. Sobre as faixas etárias da amostra, 55,0% (n = 44) apresentavam idade entre 65-74 anos; 21,3% (n = 17) apresentaram idade entre 75-79 anos; 18,8% (n = 15) estavam na faixa dos 80-84 anos e 5,0% (n = 4) com 80 anos ou mais.

Os dados de frequência relativas de acordo com os fatores de risco seguem descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos fatores de risco na amostra de idosos com idade de 65 anos ou mais, residentes na área adscrita da UBS 3, Município de Porto Alegre - 2010.

Fator de Risco ^a	Risco 0 (Baixo) n (%) [*]	Risco 1 (Médio) n (%) [*]	Risco 2 (Médio-Alto) n (%) [*]	Risco 3 (Alto) n (%) [*]
Autopercepção da saúde				
Excelente	5 (13,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Muito Boa	3 (8,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Boa	22 (61,1)	5 (27,8)	3 (21,4)	2 (16,7)
Média	6 (16,7)	11 (61,1)	7 (50,0)	5 (41,7)
Ruim	0 (0)	2 (11,1)	4 (28,6)	5 (41,7)
Internação Hospitalar^b				
Nenhuma	36 (100)	16 (88,9)	9 (64,3)	3 (25,0)
Uma vez	0 (0)	1 (5,6)	2 (14,3)	4 (33,3)
Duas ou Três vezes	0 (0)	1 (5,6)	3 (21,4)	1 (8,3)
Mais do que Três vezes	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (33,3)
Consultas Médicas^c				
Nenhuma	7 (19,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Uma vez	7 (19,4)	3 (16,7)	1 (7,1)	0 (0)
Duas ou Três vezes	13 (36,1)	6 (33,3)	1 (7,1)	1 (8,3)
Quatro a Seis vezes	7 (19,4)	4 (22,2)	3 (21,4)	1 (8,3)
Mais do que Seis vezes	2 (5,0)	5 (27,8)	9 (64,3)	10 (83,3)
Diabetes Mellitus	3 (8,3)	2 (11,1)	6 (42,9)	5 (41,7)
Doenças Cardiovasculares^d	1 (2,8)	5 (27,8)	7 (50,0)	10 (83,3)
Apoio Social^e	36 (100)	18 (100)	14 (100)	12 (100)
Idade				
65 a 74 anos	24 (66,7)	7 (38,9)	7 (50,0)	6 (50,0)
75 a 79 anos	7 (19,4)	6 (33,3)	3 (21,4)	1 (8,3)
80 a 84 anos	5 (13,9)	4 (22,2)	3 (21,4)	3 (25,0)
≥ 85 anos	0 (0)	1 (5,6)	1 (7,1)	2 (16,7)

a Risco calculado segundo: Bouit et al. (1993, 1994), Pacala et al. (1995).

b Hospitalização nos 12 meses anteriores à entrevista.

c Número de consultas médicas nos 12 meses anteriores à entrevista.

d Doença cardiovascular: angina, infarto do miocárdio, doença coronariana.

e Ajuda de amigo, parente ou vizinho, em caso de necessidade.

* Percentual do agravo distribuído nos estratos de risco.

Os dados referentes à estratificação do risco seguem descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Identificação do Grau de Fragilidade na população com idade de 65 anos ou mais, residentes na área adscrita da UBS 3, Município de Porto Alegre - 2010.

Estratificação do Risco	PRA	N	%
Baixo	< 0,300	36	45
Médio	0,300 – 0,399	18	22,5
Médio-alto	0,400 – 0,499	14	17,5
Alto	≥ 0,500	12	15

PRA = probabilidade de risco de adoecimento (fragilização)

4 Discussão

Ao analisarmos a média de idade dos idosos avaliados, 74,7 (1,76 anos), podemos considerar os sujeitos desse estudo como uma população de idade avançada, pois a expectativa de vida no Brasil é de 73,1 anos (IBGE, 2011). Dados relativos à expectativa de vida dos brasileiros descrevem a média da idade ser maior entre as mulheres (77 anos) quando comparado aos homens, (69,4 anos) (IBGE, 2011). Este resultado é similar ao encontrado entre os idosos avaliados, onde a média de idade foi de 73,4 anos entre os homens e 75,5 anos para as mulheres.

Com relação ao estado geral de saúde, na população do presente estudo foi observado que 40% dos idosos referiram sua saúde como boa e 36,3% como média. Além disso, quando os resultados de frequência são separados nos estratos de risco, é possível observar que a distribuição dos resultados de prevalência, indicadores do estado geral de saúde, se distribui inversamente ao risco de internação hospitalar. Esses achados ratificam a importância da autopercepção da saúde como um método confiável de avaliação contemplando aspectos da saúde física, cognitiva, emocional e de mortalidade (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Negri et al. (2004) apresenta sua pesquisa com idosos, uma comparação entre residentes na zona rural e urbana, o qual encontrou que 37% dos idosos referiram sua saúde como média e 35% como boa, sendo similar ao encontrado nos achados da presente pesquisa. Entretanto, não foi possível comparar os resultados encontrados de risco de internação hospitalar, pois na pesquisa

de Negri (2004) foi realizada adaptação dos pontos de corte do instrumento de triagem de Boulton e colaboradores (PACALA et al., 1995; BOULT et al., 1994; BOULT et al., 1993). Além disso, em sua metodologia, a captação da amostra se desenvolveu dentro de uma unidade de saúde; ou seja, os sujeitos da pesquisa encontravam-se buscando serviços de saúde, diferentemente da presente pesquisa onde os idosos foram avaliados em seu próprio domicílio.

Na avaliação da condição de saúde, o apoio social é um aspecto relevante na autopercepção de saúde, minimizando o impacto psicológico relacionado às limitações funcionais na fase de envelhecimento (ANTONUCCI, 2001). Este auxilia no enfrentamento e na recuperação das demandas da vida; além disso, os indivíduos com maior rede social têm maiores possibilidades de apoio no enfrentamento em períodos de doença, entre outras condições, recebendo maior suporte, e, assim, obtendo maior sucesso frente a estas adversidades (ANTONUCCI, 2001). O suporte social pode ser tanto emocional como funcional e tem por objetivo prover maior segurança, autonomia e autoestima (ROSA, 2007).

Com relação às doenças autorreferidas, conforme instrumento de triagem de risco de Boulton e colaboradores (PACALA et al., 1995; BOULT et al., 1994; BOULT et al., 1993), somente a presença de diabetes mellitus e agravos cardiovasculares foram investigados como fatores de risco para internação hospitalar em idosos. Com isso, foi possível descrever e analisar a suas prevalências.

O diabetes mellitus, nessa pesquisa, foi referido por 20% dos entrevistados. De acordo com Mendes et al. (2011), em inquéritos autorreferidos como na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), foi observada prevalência de diabetes mellitus em 11,9% dos idosos, dados inferiores a da presente pesquisa. Entretanto, na pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), os resultados foram semelhantes, sendo descrita prevalência em 20,7% na mesma faixa etária.

Como citado anteriormente, os transtornos cardiovasculares foram investigados como fator de risco para internação hospitalar em idosos. Na presente pesquisa, 28,75% da amostra referiram alterações cardiovasculares como doença coronariana, angina, infarto do miocárdio e/ou ataque cardíaco.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 1.150.000 internações/ano e um custo aproximado de 475 milhões para o Sistema único de Saúde (dados sem a inclusão de gastos de alta complexidade). O diabetes mellitus também provoca elevado número de internações, representado por gastos de mais de 39 milhões de reais com hospitalizações no SUS em 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou mudança no perfil de mortalidade, sendo observada redução de mortes por doenças infectoparasitárias e, por outro lado, um aumento das taxas de prevalência de doenças cardiovasculares, sendo responsável por 65% dos óbitos na faixa etária dos 30 a 69 anos (HOEFELMANN et al., 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Através dos dados relativos à internação hospitalar, percebe-se que 80% dos idosos negaram qualquer episódio de internação no último ano. Ressalta-se que a prevalência das internações hospitalares aumenta de forma diretamente proporcional ao risco de internação hospitalar. Da mesma maneira, a alta frequência das consultas médicas (mais de seis vezes) foi a mais prevalente (32,5%) e encontrada principalmente no estrato de risco alto de internação hospitalar (83,3), descartando a possibilidade de serem consultas preventivas e sim voltadas ao tratamento de doenças já estabelecidas.

Com relação ao grau de fragilidade, entre os sujeitos avaliados, este se apresenta dividido em quatro estratos: risco baixo em 45% (n = 36); risco médio 22,5% (n = 18); médio-alto em 17,5% (n = 14); e alto em 15% (n = 12). Dutra et al. (2011), Estrella et al. (2009) e Veras (2003) apresentaram resultados semelhantes em seus estudos, em que o baixo risco foi mais prevalente, com progressiva redução dos outros estratos.

O risco de internação hospitalar possui relação significativa com uma maior incidência cumulativa de readmissão hospitalar a um número maior de dias de internação e custos aumentados durante o tempo de hospitalização, entretanto, não se propõem a um desfecho relacionado à funcionalidade (VERAS, 2003). Outros instrumentos como o *Identification of seniors at risk* (ISAR), *Care complexity prediction instrument* (COMPRI) e *Hospital admission risk profile* (HARP) já foram aplicados para a triagem de risco em idosos; contudo, diferem da metodologia utilizada nesta pesquisa ao contemplar outros determinantes do envelhecimento como o declínio funcional (HOOGERDUIJN et al., 2010; HOOGERDUIJN et al., 2006).

Lourenço (2005) apresentou um diagrama ao qual propõem um fluxo de assistência à saúde do idoso. Aplicada à presente pesquisa, 45% da nossa amostra, classificada como de baixo risco, seria apenas cadastrada à unidade de saúde. Os demais estratos de risco (médio, médio-alto e alto), que agrupados representam 55% da amostra, passariam por uma avaliação funcional breve. A partir disso, aqueles sem limitação da sua capacidade funcional, manteriam seu acompanhamento clínico na unidade de saúde, no âmbito da atenção primária à saúde. Contudo, aqueles que tivessem limitações de funcionalidade ou apresentassem alguma síndrome geriátrica, seriam encaminhados

para os centros de avaliação e reabilitação geriátrica, junto às informações previamente colhidas.

Baseado nos riscos estratificados é possível sugerir ações de prevenção de agravos e promoção de saúde que vão além do fluxo anteriormente citado, como educação em saúde e atividades de grupos para todos os estratos, inclusive o de baixo risco. Os pacientes com grau de fragilidade médio, médio-alto e alto, sem alteração funcional, necessitam de atividades de manutenção da funcionalidade devendo estas serem gerenciadas junto às unidades de saúde, como, por exemplo, atividades em grupos de convivência. Essas práticas vão para além de apenas momentos individualizados em consultas, com frequência maior de acordo com seu risco.

Quanto aos indivíduos em alto grau de fragilidade, e que requerem maior atenção, propõem-se seu cuidado através de visitas domiciliares, visto que, a partir dessa estratégia, as equipes de saúde desenvolvem um maior potencial de contextualizar a história de vida dos usuários e planejar ações que possam favorecer não só o individual, mas também o coletivo (MANDÚ et al., 2008). Caprara e Rodrigues (2004) enfatizam que o vínculo próximo entre paciente e equipe de saúde é fundamental na adesão ao tratamento e acompanhamento de pacientes crônicos, encontrado principalmente entre os pacientes categorizados como de médio e alto risco. A manutenção do acompanhamento junto à equipe de saúde da família é fundamental para que se garanta a coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade.

5 Considerações finais

Este estudo teve por objetivo identificar o grau de fragilidade e risco de internação hospitalar de uma população de idosos da Unidade Básica de Saúde 3 no Município de Porto Alegre. O instrumento de triagem rápida identifica o grau de fragilidade dos idosos, trazendo informações de caracterização da população e auxiliando na organização e planejamento das ações de um serviço de saúde. Com isso, o foco das ações de saúde é desenvolvido de maneira mais próxima e coerente com as reais necessidades dos indivíduos atendidos, qualificando o cuidado da assistência ao idoso. Vale ressaltar que, alterações cognitivas são limitantes na aplicabilidade dessa metodologia.

O estudo apontou que a amostra de idosos da Unidade Básica de Saúde 3 do Município de Porto Alegre encontra-se predominantemente no baixo e médio risco de internação hospitalar. Buscando intervir de maneira contextualizada,

o planejamento das ações em saúde, baseado na classificação de risco de internação hospitalar, deve ser direcionado para ações com foco na prevenção de agravos e na promoção de saúde.

ASSESSMENT OF THE RISK
OF HOSPITALIZATION AMONG THE ELDERLY
COMMUNITY IN PORTO ALEGRE

Abstract

The growth of the elderly population has motivated changes in health care models seeking to incorporate the identification, assessment and treatment of elderly patients with morbid and functional profiles varied. The objective was to identify the Risk of Hospitalization (RIH) elderly in the city of Porto Alegre. The study was a cross-sectional descriptive quantitative, through a questionnaire screening RIH previously validated. The sample consisted of 80 elderly aged 65 years or older residing in two census tracts in the area enrolled in a Basic Health Unit. RIH was calculated by logistic regression analysis in strata being rated low, medium, medium-high and high. We identified a higher prevalence of low strata RIH 47.5% (n = 38) and average 20% (n = 16). The results of this research indicate a need to integrate injury prevention and health promotion in health planning in order to achieve adequate assistance to the elderly.

key words

Health of the Elderly. Health Planning. Public Health.

referências

ALVES, Luciana Correia; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington, v. 5/6, n. 17, 2005.

ANTONUCCI, Toni Claudette. *Social relations: an examination of social networks: Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego: Academic Press, 2001.

BOULT, Chad et al. A controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management. *Journal of the American Geriatric Society*, New York, v. 42, n. 5, p. 465-470, May 1994.

_____. Screening elders for risk of hospital admission. *Journal of the American Geriatric Society*, New York, v. 41, n. 8, p. 811-817, Aug. 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, orçamento e Gestão. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

_____. Ministério do Planejamento, orçamento e Gestão. *Indicadores sociais municipais. Uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. Ministério do Planejamento, orçamento e Gestão. *Indicadores sociais municipais: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, *Cadernos de Atenção Básica*, n. 21, Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2008.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

DUTRA, Michel Machado et al. Validez predictiva de instrumento para identificação del anciano en riesgo de hospitalización. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 106-112, fev. 2011.

ESTRELLA, Kylza 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.

HOEFELMANN, Camila Peter et al. Aptidão funcional de mulheres idosas ativas com 80 anos ou mais. *Matriz*, Rio Claro, v. 17 n. 1, p.19-25, jan./mar. 2011.

HOOGERDUJIN, Jannita Geertruida et al. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, Boston, v. 16, n. 1, p. 46-57, Jan. 2006.

_____. Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *Journal of Clinical Nursing*, Boston, v. 19, p. 1219-1225, May 2010.

LINHARES, Cristina Ramos Costa et al. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 319-326, 2003.

LOURENCO, Roberto Alves et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, abr. 2005.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, mar. 2008.

MENDES, Telma de Almeida Busch et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, jun. 2011.

NEGRI, Leticya dos Santos Almeida et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 9, p. 1033-1046, out./dez. 2004.

NUNES, Daniella Pires et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, set. 2010.

PACALA, James T. et al. Predictive validity of a questionnaire that identifies olderpersons at risk for hospital admission. *Journal of the American Geriatric Society*, New York, v. 43, n. 4, p. 374-377, Apr. 1995.

PEREZ, Mariângela. 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.

ROSA, Luis Henrique Telles da. *Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil*. 2007. 75 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007.

VERAS, Renato Peixoto 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.

VERAS, Renato Peixoto. 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.

Recebido em: 26/03/2013

Aceite final: 18/12/2014