

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF OLDER PATIENTS ASSISTED IN A PHILANTHROPIC INSTITUTION IN THE INTERIOR MINAS GERAIS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE ANCIANOS ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN FILANTRÓPICA DEL INTERIOR DEL ESTADO DE MINAS GERAIS

 Juliana Nunes Costa Corgozinho¹

 Paulo Henrique da Cruz Ferreira²

 Thabata Coaglio Lucas³

¹ Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, Diamantina, MG - Brasil.

² Santa Casa de Caridade de Diamantina, Diamantina, MG - Brasil.

³ UFVJM, Departamento de Enfermagem, Diamantina, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Thabata Coaglio Lucas
E-mail: thabataclucas@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Thabata C. Lucas; **Coleta de Dados:** Juliana N. C. Corgozinho, Paulo H. C. Ferreira; **Conceitualização:** Juliana N. C. Corgozinho, Paulo H. C. Ferreira, Thabata C. Lucas; **Gerenciamento de Recursos:** Thabata C. Lucas; **Gerenciamento do Projeto:** Thabata C. Lucas; **Metodologia:** Juliana N. C. Corgozinho, Thabata C. Lucas; **Redação - Preparação do Original:** Juliana N. C. Corgozinho, Paulo H. C. Ferreira, Thabata C. Lucas; **Redação - Revisão e Edição:** Juliana N. C. Corgozinho, Paulo H. C. Ferreira, Thabata C. Lucas.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 25/04/2018

Aprovado em: 06/07/2019

RESUMO

Objetivo: determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos internados em uma instituição filantrópica no interior de Minas Gerais. **Métodos:** estudo documental, retrospectivo, descritivo, em que foram analisados os prontuários dos idosos internados no período de janeiro a outubro de 2017. O cálculo amostral foi realizado pelo teorema central dos limites, resultando em 400. Na análise de mediana utilizou-se a estatística não paramétrica de Mann-Whitney. Para a análise das variáveis categóricas usou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Foi adotado de forma fixa o nível de significância 5%. Quanto aos dados sociodemográficos, 35% dos idosos eram maiores de 80 anos, 52,7% do sexo masculino, 36% casados, 74,8% com comorbidades e 70,9% faziam uso de medicamentos. **Resultados:** a associação entre comorbidades e uso de medicamentos foi significativa ($p=0,0002$). Quanto aos dados clínicos, os principais diagnósticos de internação relacionavam-se ao sistema cardiovascular (26,8%), sendo a associação entre o diagnóstico de internação e a evolução clínica significativa ($p<0,001$). A taxa de reinternação foi de 42,5%. O tempo de permanência prevaleceu entre um e 10 dias (79%) e a evolução clínica para a alta (74,8%) prevaleceu quando se comparou ao óbito (19,8%). A associação entre tempo de permanência e a evolução clínica foi significativa ($p=0,005$). **Conclusão:** este estudo pode gerar implicações positivas para a melhora da qualidade do atendimento dos idosos, uma vez que o perfil sociodemográfico e clínico desses pacientes possibilita a geração de indicadores de saúde, essenciais para a redução do tempo de internação, taxas de morbimortalidade e reinternações.

Palavras-chave: Assistência a Idosos; Saúde do Idoso Institucionalizado; Estudos Retrospectivos; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to determine the socio-demographic and clinical profile of the elderly population in a philanthropic institution in the interior of Minas Gerais. **Methods:** this is a documentary, retrospective, descriptive study, in which the medical records of the older adults hospitalized from January to October 2017 were analyzed. The sample calculation was performed by the central limit theorem, resulting in 400. The nonparametric Mann-Whitney statistics were used in the median analysis. For the analysis of categorical variables, Pearson's chi-square test was used. The significance level was set at 5%. Regarding the socio-demographic data, 35% of the elderly participants were older than 80 years old, 52.7% were male, 36% were married, 74.8% had comorbidities, and 70.9% were on medication. **Results:** the association between comorbidities and medication use was significant ($p = 0.0002$). Regarding clinical data, the main hospitalization diagnoses were related to the cardiovascular system (26.8%), and the association between hospitalization diagnosis and significant clinical evolution ($p < 0.001$). The readmission rate was 42.5%. The length of stay prevailed between one and ten days (79%) and clinical evolution to discharge (74.8%) prevailed when compared to death (19.8%). The association between length of stay and clinical evolution was significant ($p = 0.005$). **Conclusion:** this study may have positive implications to improve the quality of care of the elderly population since the socio-demographic and clinical profile of these patients enables the generation

Como citar este artigo:

Corgozinho JNC, Ferreira PHC, Lucas TC. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos em uma instituição filantrópica no interior de Minas Gerais. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1212. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190060

of health indicators, essential for reducing length of stay, morbidity and mortality rates and readmissions.

Keywords: Old Age Assistance; Health of Institutionalized Elderly; Retrospective Studies; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: determinar el perfil sociodemográfico y clínico de los ancianos internados en una institución filantrópica del interior de Minas Gerais. **Método:** estudio documental, retrospectivo, descriptivo en el que se analizaron los registros médicos de los ancianos internados entre enero y octubre de 2017. El cálculo de la muestra se realizó mediante el teorema del límite central, cuyo resultado fue 400. En el análisis de la mediana utilizamos las pruebas estadísticas no paramétricas de Mann-Whitney. Para el análisis de variables categóricas se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson. El nivel de significancia se estableció en 5%. En cuanto a los datos sociodemográficos el 35% de los ancianos era mayor de 80 años; 57,7% eran varones; 36% casados; el 74,8% con comorbilidades y el 70,9% tomaba medicamentos. **Resultados:** la asociación entre comorbilidades y uso de medicamentos fue significativa ($p=0,0002$). En cuanto a los datos clínicos, los principales diagnósticos de internación se relacionaron con el sistema cardiovascular (26,8%); la asociación entre el diagnóstico de internación y la evolución clínica fue significativa ($p<0,001$). La tasa de readmisión fue del 42,5%. La duración de la estancia en el hospital prevaleció entre uno y 10 días (79%) y prevaleció la evolución clínica para el alta hospitalaria (74,8%) en comparación con el deceso (1,8%). La asociación entre la duración de la estancia en el hospital y la evolución clínica fue significativa ($p=0,005$). **Conclusión:** el presente estudio podría tener implicaciones positivas para mejorar la atención de los ancianos ya que el perfil clínico y sociodemográfico de estos pacientes permite elaborar indicadores de salud esenciales para reducir la duración de la internación, las tasas de morbilidad y mortalidad y los reintegros.

Palabras clave: Asistencia a los Ancianos; Salud del Anciano Institucionalizado; Estudios Retrospectivos; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um cenário sociodemográfico mundial que vem crescendo, sobretudo, nos países em desenvolvimento.^{1,2} A pessoa idosa é definida como aquela com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.³

O processo de envelhecer pode gerar impactos econômicos, sociais e epidemiológicos no país, uma vez que o idoso, além de perder seu vínculo profissional, tende a perder de forma gradual suas funções orgânicas e fisiológicas.^{4,5} Tais modificações podem gerar aumento na taxa de readmissão hospitalar.³⁻⁵

Além disso, podem ocorrer readmissões não planejadas, uma vez que, com a internação hospitalar, o idoso reduz suas atividades de vida diária e pode desenvolver novos déficits funcionais com a hospitalização.²⁻⁵

A alta prevalência de reinternações hospitalares contribui para gerar reflexos nas demandas sociais, de saúde e na previdência, o que implica a incidência de hospitalizações.²

Nos Estados Unidos da América (EUA), a taxa de readmissão hospitalar do idoso foi de 18,3% em pacientes com infrações agudas do miocárdio, 23% com insuficiência cardíaca congestiva e 17,6% com pneumonia.⁵ As taxas de readmissões nos EUA obtiveram média de 18,4%, podendo resultar em despesas excessivas de aproximadamente US\$ 17 bilhões por ano, além de expor o paciente a riscos de infecções e perdas funcionais.⁵

No Brasil, 31,42% dos custos com hospitalizações são referentes a indivíduos maiores de 60 anos.⁶ A população brasileira de idosos passou de 9,7% em 2004 para 13,7% em 2014. E, de acordo com a projeção da população realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2013, esse aumento poderá chegar a 18,6% em 2030 e a 33,7% em 2060.⁷

A taxa de internação hospitalar e a taxa de ocupação do leito são muito mais prevalentes e prolongadas em idosos, sobretudo quando associadas a doenças cardiovasculares.^{1,8-9} Estudos epidemiológicos confirmam que as principais causas de internação entre idosos referem-se ao sistema cardiovascular.^{1,8,9} Apesar desses três estudos apresentarem como maior prevalência as doenças cardiovasculares (32,55%, 44,13% e 24,8%), a segunda principal causa variou entre eles.^{1,8,9} Enquanto um estudo encontrou como segunda causa as doenças relacionadas ao aparelho respiratório com taxa de 27,9%, os outros dois referiram as neoplasias com taxas de 24,72% e 13,1%, respectivamente.^{1,8,9}

A prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, em especial as cardiovasculares, respiratórias e neurológicas, além de aumentar consideravelmente na população idosa, são fatores de risco para hospitalização e mortalidade.¹⁰ A identificação desses fatores pode gerar indicadores de saúde que são essenciais para a melhoria da vigilância e qualidade no atendimento aos idosos hospitalizados.¹⁰

A hospitalização do idoso pode não indicar a melhoria da sua condição clínica de internação, pelo contrário, ela pode gerar diminuição da qualidade de vida e o surgimento de complicações não relacionadas ao problema que levou à admissão hospitalar.^{11,12} A gravidade das condições clínicas e patológicas nos idosos e monitoramento inadequado podem ocasionar reações adversas incapacitantes, o que aumenta a incidência de reinternações nos idosos.¹

Entender o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos é relevante tanto para a prática clínica quanto para comunidade científica, pois possibilita desenvolver ações institucionais efetivas que serão específicas para cada população de idosos. Tais ações fortalecem os serviços de saúde para melhorar a

detecção e controle de doenças crônicas, comorbidades e fatores de risco que, se não identificados, podem levar a reinternações e aumento da morbimortalidade no período de permanência hospitalar.²

Vários estudos avaliaram o perfil epidemiológico de idosos internados, demonstrando a importância do levantamento de demandas e o planejamento de cuidados diferenciados a esse público.^{1,8,9,12} Mas há ainda uma lacuna no conhecimento científico no que diz respeito ao perfil clínico, social e demográfico dos idosos em regiões do interior do Brasil que ainda requerem demandas de cuidados específicos e individualizados para melhor vigilância e impacto positivo no atendimento a essa população. Diante de tal desafio, o presente estudo teve como objetivo determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos internados em uma instituição filantrópica no interior de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e retrospectivo realizado no período de janeiro a outubro de 2017 em uma instituição filantrópica de Diamantina-MG, Brasil. A cidade de Diamantina situa-se em uma região denominada Alto Jequitinhonha, que se destaca devido à grande discrepância entre a população de abrangência prevista para uma região ampliada de saúde (1.000.000 habitantes) e a população da região ampliada de saúde Jequitinhonha (374.199 habitantes).¹³

O presente estudo foi realizado numa instituição filantrópica considerada de médio porte e que possui 100 leitos de internação. Esses leitos são distribuídos em clínicas (médica, cirúrgica, neurológica e convênios) e centro de terapia intensiva.

No período do estudo, foram hospitalizadas 4.433 pacientes de todas as faixas etárias, entre eles 2.058 com idade igual ou maior de 60 anos, de ambos os sexos, nas clínicas médica, neurológica, cirúrgica e convênios. O cálculo amostral foi realizado com base no teorema central dos limites, que descreve a distribuição da média de uma amostra aleatória de uma população não normal com variância finita, calculada por meio de um intervalo de confiança de 95%, resultando em 400 participantes. Os 400 prontuários foram obtidos por meio de sorteio aleatório simples. A perda amostral foi de 28%, devido à falta de informações contidas nos prontuários e, sendo assim, 112 prontuários foram substituídos.

O instrumento de coleta de dados foi construído pelos próprios autores de acordo com os parâmetros que foram estudados no prontuário. As variáveis de escolha foram baseadas em estudos anteriores que diziam respeito ao perfil de idosos internados nas instituições de saúde.^{4,5,14-16}

A ficha de dados construída foi composta das seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, procedência e estado civil) e clínicas (diagnóstico médico, tempo de internação, reinternações no ano, evolução clínica - alta, transferência ou óbito -, comorbidades e fatores que prolongam o tempo de internação). Os prontuários foram codificados para evitar a identificação dos indivíduos.

Como critérios de inclusão, foram considerados todos os prontuários de pacientes internados nas clínicas médica, neurológica, cirúrgica e convênios da instituição em questão, de ambos os sexos, com idade igual ou maior de 60 anos. Aqueles pacientes que não possuíam prontuário *online* foram excluídos deste estudo. Além disso, para a definição de um perfil específico e característico das unidades de internação, os idosos admitidos na unidade de terapia intensiva foram excluídos do presente trabalho. Os idosos criticamente enfermos podem apresentar necessidades diferenciadas de tratamento e de acometimentos clínicos que talvez influenciem na especificidade do perfil dos que eram admitidos nas unidades de internação.

Os dados coletados foram categorizados e analisados no *Software Statistical Package for the Social*® versão 20 (SPSS). As variáveis foram analisadas por métodos estatísticos descritivos e, depois de constatada a rejeição da hipótese de normalidade dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, optou-se por utilizar mediana e quartis. Na análise de mediana utilizou-se a estatística não paramétrica de Mann-Whitney. Para a análise das variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Foi utilizado de forma fixa o nível de significância 5% para todas as análises realizadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob o parecer de número 2.468.631 de 2017.

RESULTADOS

No presente estudo, verificou-se que, das 4.433 internações ocorridas, 2.058 (46,42%) referiam-se a pacientes idosos. O cálculo amostral selecionou, entre os 2.058 idosos, 400 prontuários para coleta de dados, sendo 134 (33,5%) de pacientes de 60 a 69 anos, 126 (31,5%) de 70 a 79 anos e 140 (35%) acima de 80 anos de idade.

O perfil sociodemográfico e o tempo de permanência dos idosos internados na instituição de estudo são apresentados na Tabela 1.

Dos 400 prontuários dos idosos pesquisados, 299 (74,8%) apresentavam comorbidades, entre elas: 57,5% hipertensão arterial sistêmica (HAS), 20,5% diabetes *mellitus* (DM), 16,3% dislipidemia, 18,5% insuficiência cardíaca congestiva (ICC), 4,8% insuficiência coronariana, 8,0% doença de Chagas,

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e o tempo de permanência dos idosos hospitalizados em uma instituição filantrópica de Diamantina/MG-Brasil

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO					
Variáveis (n=400)	(N)	(%)	Q1	Mediana	Q3
Faixa etária (anos)					
60 a 69	134	33,5	67	75	82
70 a 79	126	31,5			
80 ou mais	140	35,0			
Sexo					
Feminino	193	48,3	-	-	-
Masculino	207	51,7			
Estado Civil					
Solteiro	94	23,5	-	-	-
Casado	144	36,0			
Viúvo	86	21,5			
Divorciado	14	3,5			
Outro	61	15,2			
Não informado (NI)	1	0,3			
Procedência					
Urbana	295	73,8	-	-	-
Rural	105	26,2			
Permanência em dias					
1 a 10	316	79,0	3	5	9
11 a 20	61	15,2			
21 a 30	17	4,3			
>30	6	1,5			
Total	400	100			

18,5% doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 12,5% insuficiência renal crônica e/ou 2,0% depressão. Destes, 212 (70,9%) faziam uso regular de medicamentos específicos para cada tipo de comorbidade.

No presente estudo, consideraram-se “fatores que prolongam o tempo de internação” as seguintes variáveis: tabagismo 48 (12,0%), etilismo 30 (7,5%), transtornos mentais 25 (6,3%), demências 18 (4,5%) e depressão oito (2,0%). Do total de hospitalizados, 77,3% dos prontuários não continham informações sobre esses fatores.

Os diagnósticos de internação foram organizados nos seguintes grupos: cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário, neurológico, infecções, neoplasias e outros. Entre as principais causas de internações verificou-se que prevaleceram aquelas relacionadas ao aparelho cardiovascular, 107 (26,8%): ICC (10,3%), infarto agudo do miocárdio (2,3%), angina instável (3,8%) e bloqueio atrioventricular total (2,5%). A segunda maior causa de internação foi o grupo neurológico, 105 (26,3%):

acidente vascular encefálico (14,1%), hematoma subdural crônico e agudo (4,6%) e traumatismo cranioencefálico (1,5%).

A associação entre o diagnóstico de internação e a evolução clínica apresentou resultado significativo, $p < 0,001$. Em relação às principais causas que levaram os pacientes ao óbito, 33,3% foram relativos ao sistema respiratório, 14,9% ao sistema cardiovascular e 11,4% ao sistema neurológico.

Das 400 internações, 230 (57,5%) referiam-se a idosos internados pela primeira vez na instituição e 170 (42,5%) àqueles com pelo menos duas internações no ano.

As associações entre o tempo de permanência e os diagnósticos de internação, as comorbidades e a evolução clínica dos idosos são apresentadas na Tabela 2.

A associação entre as reinternações e a procedência e as comorbidades é mostrada na Tabela 3.

Na Tabela 4 são representadas as associações entre o sexo e a evolução clínica e o estado civil. A seguir, observa-se o cruzamento entre comorbidades e a evolução clínica e o uso regular de medicamentos em domicílio.

A Tabela 5 demonstra as associações entre as faixas etárias e as comorbidades, o número de medicamentos de uso regular em domicílio, motivos da internação e evolução clínica.

DISCUSSÃO

No presente trabalho, a prevalência de idosos internados no período do estudo foi de 46,42% do total das hospitalizações. Estudo epidemiológico transversal encontrou prevalência de 33,96% de idosos do total de pacientes hospitalizados no estado de Minas Gerais em um período de estudo semelhante a este estudo.⁷

A taxa elevada de idosos internados pode ser explicada pelo aumento crescente da prevalência de idosos que procuram o setor terciário de atendimento devido aos possíveis agravos das doenças preexistentes.⁷ Pode ser ainda, devido à falta da realização de medidas sistemáticas de controle e vigilância, na atenção primária à saúde, o que provoca o aumento da procura por serviços terciários.⁹

Apurou-se que a maior taxa de idosos hospitalizados encontrava-se na faixa etária acima de 80 anos (35%). Estudo transversal realizado em Salvador, Bahia e outro estudo de coorte na cidade de Sete Lagoas-MG sobre a prevalência de idosos internados em instituições de saúde também identificaram elevadas taxas nessa faixa etária, sendo 43,8 e 50,4%, respectivamente.^{12,14} Essa prevalência pode estar associada ao maior número de comorbidades e limitações funcionais que os idosos acima de 80 anos geralmente apresentam quando comparados a idosos com menores faixa de idade.¹⁵⁻¹⁷ Pesquisa observacional prospectiva realizada em Paris, França, revelou que idosos entre 80 e 89 anos apresentaram alta taxa (72%) de comorbidade associada a história de insuficiência cardíaca e

Tabela 2 - Distribuição do tempo de permanência com os diagnósticos de internação, comorbidades e a evolução clínica dos idosos hospitalizados em uma instituição filantrópica de Diamantina/MG-Brasil

Variáveis	Permanência										Valor de p
	1 a 10		11 a 20		21 a 30		≥ 31		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Diagnóstico											
Respiratório	42	73,7	14	24,6	1	1,7	0	0,0	57	14,2	0,146
Cardiovascular	75	70,1	21	19,6	7	6,6	4	3,7	107	26,8	
Digestivo	18	90,0	1	5,0	1	5,0	0	0,0	20	5,0	
Urinário	20	91,0	1	4,5	1	4,5	0	0,0	22	5,5	
Neurológico	92	87,7	8	7,6	3	2,8	2	1,9	105	26,3	
Infecções	15	78,9	3	15,8	1	5,3	0	0,0	19	4,8	
Neoplasia	13	65,0	5	25,0	2	10,0	0	0,0	20	5,0	
Outros	41	82,0	8	16,0	1	2,0	0	0,0	50	12,4	
Comorbidades											
Sim	231	77,3	47	15,7	15	5,0	6	2,0	299	74,8	0,354
Não	26	78,8	7	21,2	0	0,0	0	0,0	33	8,2	
NI	59	86,8	7	10,3	2	2,9	0	0,0	68	17,0	
Evolução clínica											
Alta	246	82,3	41	13,7	10	3,4	2	0,6	299	74,8	0,005*
Transferência	11	64,7	3	17,7	1	5,9	2	11,7	17	4,2	
Óbito	55	69,6	17	21,5	5	6,4	2	2,5	79	19,8	
NI	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	5	1,2	
Total	316	79,0	61	15,3	17	4,2	6	1,5	400	100	

*p<0,05

fibrilação arterial, o que contribuiu para aumentar o tempo de permanência no hospital.¹⁷

A maior proporção de idosos deste estudo foi do sexo masculino (52,7%). Estudos descritivos realizados em Niterói, Rio de Janeiro-RJ e no interior de São Paulo-SP obtiveram prevalência de 58,1 e 53,8%, respectivamente, de idosos internados do sexo masculino.¹⁹ A baixa participação dos homens nas ações preventivas associada a fatores externos tais como o tabagismo e o etilismo expõe o homem a maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, tendem a apresentar maior número de reinternações quando comparados às mulheres.⁹ Além disso, estudos verificaram que a maior procura dos homens pelas instituições de saúde acontece geralmente quando há exacerbação da sua condição clínica e patológica.^{9,15}

Em contrapartida, estudo epidemiológico descritivo realizado em Fortaleza, Ceará, para definição do perfil de idosos internados encontrou prevalência do sexo feminino (56%), quando comparado ao sexo masculino.¹¹

Neste estudo, o estado civil mais prevalente entre os idosos de ambos os sexos foi a situação casado (36%). Dois estudos descritivos realizados no Rio de Janeiro e em Fortaleza, Ceará

também avaliaram o perfil dos idosos internados e identificaram taxas semelhantes de 46,5, 42,6%, respectivamente.^{11,11}

No presente estudo, foi encontrada diferença significativa (p<0,05) entre o estado civil e o sexo masculino e feminino. Esse dado também foi encontrado em um estudo observacional retrospectivo realizado para descrever o perfil da população idosa na Itália.¹⁶ O estado civil casado foi mais prevalente no sexo masculino (64,9%) e a viuvez no sexo feminino (79,1%). Esse estudo realizado na Itália corrobora os achados da presente investigação com taxas semelhantes de 57,6% de homens casados e 74% de mulheres viúvas.¹⁶ Esse dado pode ser explicado pela maior sobrevivência da população feminina, levando-se em conta que os homens se expõem com mais frequência a situações de vulnerabilidade durante a vida, tais como incidentes automobilísticos, proporcionando o aumento das taxas de mortalidade.¹¹ Além disso, os homens após a viuvez têm mais probabilidade de se casarem novamente.¹⁴

De acordo com dados encontrados em estudo descritivo para definição do perfil de idosos em um hospital de Maceió, Alagoas, doenças crônicas não transmissíveis em idosos hospitalizados foram de 79,89%.⁸ Essa taxa foi semelhante à encontrada neste trabalho, de 70,9%.

Tabela 3 - Distribuição do número de reinternações associadas a procedência e as comorbidades dos pacientes hospitalizados em uma instituição filantrópica de Diamantina/MG-Brasil

Variáveis	Reinternações						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Procedência							
Urbana	136	46,1	159	53,9	295	73,8	0,015*
Rural	34	32,4	71	67,6	105	26,2	
ICC							
Sim	16	84,2	3	15,8	19	4,8	0,001*
Não	129	41,2	184	58,8	313	78,2	
NI	25	36,8	43	63,2	68	17,0	
DPOC							
Sim	43	58,1	31	41,9	74	18,5	0,01*
Não	102	39,5	156	60,5	258	64,5	
NI	25	36,8	43	63,2	68	17,0	
DM							
Sim	38	46,4	44	53,6	82	20,5	0,492
Não	107	42,8	143	57,2	250	62,5	
NI	25	36,8	43	63,2	68	17,0	
HAS							
Sim	94	41,1	135	58,9	229	57,2	0,203
Não	51	49,5	52	50,5	103	25,8	
NI	25	36,8	43	63,2	68	17,0	
Total	170	42,5	230	57,5	400	100	

*p<0,05

Tais taxas podem ser justificadas pela transição demográfica no perfil epidemiológico da população. A tendência atual é a redução da ocorrência de doenças infectocontagiosas e parasitárias e o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas.¹⁵

Encontrou-se, nesta pesquisa, prevalência das seguintes comorbidades: HAS 57,3%, DM 20,5%, DPOC 18,5% e ICC 4,8%. As complicações fisiológicas decorrentes dessas doenças, assim como o tratamento inadequado, podem provocar hospitalizações e tornarem-se fator de risco para o óbito.¹⁰

Importante comentar que tais taxas de comorbidades são dependentes da região e do perfil específico de cada instituição de saúde. Resultados semelhantes de priorização de comorbidades em idosos também foram encontrados em estudo multicêntrico prospectivo observacional europeu, com prevalência de 79% de pacientes hipertensos, 33% diabéticos e 43% com ICC.¹⁷ Outro estudo realizado em Natal, Rio Grande do Norte, também do tipo transversal, encontrou a seguinte ordem de classificação das comorbidades: HAS 50%, DM

25,5%, artrite/artrose 17%, osteoporose 12,8% e cardiopatia 8,5%.²

No presente trabalho, obteve-se que 57,5% dos idosos faziam uso regular de medicamentos específicos para cada tipo de comorbidade. Em estudo epidemiológico descritivo em Fortaleza, Ceará, que também avaliou o uso regular de medicações, foi relatada taxa semelhante, de 53,3%.¹¹ O tratamento medicamentoso pode desempenhar papel decisivo na vida do idoso portador de doenças, pois, além de controlar sinais e sintomas, reduz a morbimortalidade e evita futuras reinternações.¹¹

Nesta pesquisa, a associação entre o uso de medicamentos regulares específicos para cada comorbidades e a faixa etária teve resultado significativo, p=0,008. Estudo retrospectivo de análise de prontuário realizado em uma instituição de saúde na Itália com pacientes idosos informou que 63,8% do total de pacientes idosos fazia uso regular de medicamentos, tais como antidiabéticos orais.¹⁶ A prevalência de uso diminuiu, no entanto, com a idade, uma vez que 24,9% dos idosos que utilizavam medicamentos eram maiores de 75 anos, 36,2% entre 65 e 75 anos e 38,9% menores de 65 anos.¹⁶

Com o avançar da idade, o idoso fica mais vulnerável a perdas funcionais e a adquirir comorbidades, como as doenças crônicas cardíacas e neurológicas, e ao desenvolvimento de demências.¹⁶⁻¹⁹ Tais comorbidades podem influenciar no uso regular de medicações. Além disso, outros fatores, como o social, a escolaridade e as alterações cognitivas, também podem impactar no uso de medicações.^{18,19} Apesar de não abordado neste estudo, pesquisas atuais mostraram que a educação e a renda são determinantes sociais essenciais para a saúde física e mental dos idosos, o que influencia também no número de medicações em uso domiciliar.¹⁷⁻¹⁹

Estudo prospectivo multicêntrico com idosos europeus com idade igual ou maior de 75 anos evidenciou que 40% destes apresentavam algum tipo de demência.¹⁷ Contudo, nesta pesquisa, obteve-se que, dos idosos hospitalizados, apenas 4,5% apresentavam registros do diagnóstico e tratamento prévio para algum tipo de demência.

De acordo com a OMS, as demências, apesar de atingirem principalmente a pessoa idosa, não são doenças decorrentes do envelhecimento.¹⁸ Tal afirmação pode justificar a taxa encontrada neste estudo, de 4,5%, quando comparada aos outros diagnósticos de internações. Vale ressaltar, no entanto, que nesta investigação a idade *versus* a demência apresentou valor significativo (p<0,05).

Verificou-se, neste estudo, que 12% dos idosos hospitalizados eram tabagistas. Pesquisa europeia retrospectiva de análise de prontuário descreveu que 16% dos idosos internados eram tabagistas.¹⁶

Tabela 4 - Associação entre o sexo, a evolução clínica e o estado civil. E a associação entre comorbidades, a evolução clínica e o uso de medicamentos em domicílio, de pacientes hospitalizados em uma instituição filantrópica de Diamantina/MG- Brasil

Variáveis	Sexo				Total		Valor de p		
	Feminino		Masculino		N	%			
	N	%	N	%					
Evolução Clínica									
Alta	142	73,6	157	75,9	299	74,8	0,911		
Transferência	9	4,7	8	3,9	17	4,2			
Óbito	40	20,7	39	18,8	79	19,8			
NI	2	1,0	3	1,4	5	1,2			
Estado Civil									
Solteiro	45	47,8	49	52,2	94	23,5	0,001*		
Casado	51	35,4	93	64,6	144	36			
Viúvo	68	79,1	18	20,9	86	21,5			
Divorciado	4	28,6	10	71,4	14	3,5			
Outro	25	41,0	36	59,0	61	15,2			
NI	0	0,0	1	100,0	1	0,3			
Total	193	48,2	207	51,8	400	100			
Variáveis	Comorbidades								Valor de p
	Sim		Não		NI		I		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Evolução Clínica									
Alta	226	75,6	21	63,6	52	76,5	299	74,8	0,043*
Transferência	14	4,7	1	3,0	2	2,9	17	4,2	
Óbito	57	19,1	11	33,4	11	16,2	79	19,8	
NI	2	0,6	0	0,0	3	4,4	5	1,2	
Medicamentos em uso									
1 a 4	93	31,2	11	33,3	4	5,9	108	27,0	0,0002*
5 a 9	105	35,1	2	6,1	1	1,5	108	27,0	
>9	14	4,7	0	0,0	0	0,0	14	3,5	
Não usa	13	4,3	12	36,3	0	0,0	25	6,3	
NI	74	24,7	8	24,3	63	92,6	145	36,2	
Total	299	74,8	33	8,2	68	17	400	100	

*p<0,05

Os principais diagnósticos de internação deste estudo estavam relacionados aos sistemas cardiovascular (26,8%), neurológico (26,3%) e respiratório (14,2%). Levantamento quantitativo realizado em Maceió, Alagoas, corrobora esse achado em relação à primeira causa de internação, na qual se encontraram 44,13% seguidos de 24,72% de neoplasias e 5,86% sistema digestório.⁸ Do mesmo modo, outro estudo realizado no interior de SP, porém, transversal, obteve como resultado 24,8% de afecções cardiovasculares, seguidas de 13,1% neoplasias e 11,6% doenças gastrointestinais.⁹

Outro estudo quantitativo descritivo realizado no Rio de Janeiro-RJ encontrou maior prevalência das doenças

cardiovasculares (32,55%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (27,90%).¹

As doenças cardiovasculares, além de constituírem a principal causa de hospitalizações entre idosos, também são consideradas a primeira causa de óbitos nessa população.⁹

Pesquisa que revisou as diretrizes de práticas clínicas de prevenção das doenças cardiovasculares revelou que os idosos com idade acima de 75 anos apresentam risco aumentado para as doenças cardiovasculares.¹⁹ Essa afirmativa foi justificada pelas acentuadas perdas funcionais do aparelho circulatório, maior número de comorbidades, conseqüente aumento de perdas funcionais adquiridas com o avançar da idade e adesão

Tabela 5 - Associação entre as faixas etárias, as comorbidades e dados referentes a internação (diagnóstico de internação, evolução clínica e complicações) de pacientes idosos hospitalizados em uma instituição filantrópica de Diamantina/MG- Brasil

N = 400		Faixa etária								Valor de p
		60 a 69		70 a 79		≥ 80		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Comorbidades	Sim	90	30,1	101	33,8	108	36,1	299	74,8	0,048*
	Não	18	54,5	6	18,2	9	27,3	33	8,2	
	NI	26	38,2	19	27,9	23	33,9	68	17,0	
Número de medicamentos em uso domiciliar	1 a 4	49	45,4	26	24,1	33	30,5	108	27	0,008*
	5 a 9	29	26,9	40	37,0	39	36,1	108	27	
	>9	2	14,3	2	14,3	10	71,4	14	3,5	
	Não usava	11	44,0	6	24,0	8	32,0	25	6,3	
	NI	43	29,6	52	35,9	50	34,5	145	36,2	
DPOC	Sim	17	23,0	18	24,3	39	52,7	74	18,5	0,008*
	Não	91	35,3	89	34,5	78	30,2	258	64,5	
	NI	26	38,2	19	28,0	23	33,8	68	17,0	
ICC	Sim	16	21,6	26	35,1	32	43,3	74	18,5	0,178
	Não	92	35,6	81	31,4	85	33,0	258	64,5	
	NI	26	38,2	19	28,0	23	33,8	68	17,0	
Depressão	Sim	2	25,0	3	37,5	3	37,5	8	2,0	0,889
	Não	106	32,7	104	32,1	114	35,2	324	81,0	
	NI	26	38,2	19	28,0	23	33,8	68	17,0	
Demência	Sim	0	0,0	5	27,8	13	72,2	18	4,5	0,006*
	Não	66	36,7	55	30,5	59	32,8	180	45,0	
	NI	68	33,7	66	32,6	68	33,7	202	50,5	
Diagnóstico de acordo com o sistema	Respiratório	15	26,3	11	19,3	31	54,3	57	14,2	0,002*
	Cardiovascular	30	28,1	36	33,6	41	38,3	107	26,8	
	Digestivo	2	10,0	12	60,0	6	30,0	20	5,0	
	Urinário	5	22,7	10	45,5	7	31,8	22	5,5	
	Neurológico	44	41,9	32	30,5	29	27,6	105	26,3	
	Infecções	5	26,3	6	31,6	8	42,1	19	4,8	
	Neoplasia	10	50,0	6	30,0	4	20,0	20	5,0	
Outros	23	46,0	13	26,0	14	28,0	50	12,4		
Evolução clínica	Alta	110	36,8	99	33,1	90	30,1	299	74,8	0,001*
	Transferência	10	58,8	4	23,6	3	17,6	17	4,2	
	Óbito	12	15,2	23	29,1	44	55,7	79	19,8	
	NI	2	40,0	0	0,0	3	60,0	5	1,2	
	Total	134	33,5	126	31,5	140	35,0	400	100	

*p<0,05

diminuída aos tratamentos.¹⁹ Sendo assim, pode gerar maior número de hospitalizações, reinternações e óbitos associados ao aparelho cardiovascular.¹⁹

Estudo retrospectivo realizado nos EUA avaliou as taxas e os fatores preditores para internação e reinternação.²⁰ A doença cardiovascular, como diagnóstico de internação, foi

considerada como um dos principais fatores de risco para reinternações em idosos.²⁰

Pesquisa transversal realizada no Nordeste do Brasil indicou que a associação entre o diagnóstico de internação e a evolução clínica foi significativa (p=0,001), apresentando como primeira causa de óbito as doenças cardiovasculares.¹⁶ No presente trabalho, a associação entre o diagnóstico de internação e a

evolução clínica também apresentou significância, $p < 0,001$. Contudo, a primeira causa que levou os pacientes ao óbito estava associada ao sistema respiratório, 33,3%, seguido do cardiovascular, 14,9%.

Das 400 internações, 230 (57,5%) referiam-se a idosos internados pela primeira vez na instituição e 170 (42,5%) àqueles com reinternações no ano. Sabe-se que portar doenças crônicas e fazer uso de várias medicações são fatores de risco para reinternações em idosos.²⁰

Estudo transversal encontrou taxa de readmissão de 50,0% dos idosos hospitalizados no ano 2015.²² Contudo, avaliação de coorte longitudinal retrospectiva realizada entre idosos diabéticos beneficiários de uma instituição de saúde acusou o valor de 13,2% como taxa de readmissões entre idosos portadores de DM do tipo 2.²⁰ As taxas de readmissão reduzidas entre os portadores de DM desse estudo pode ser justificada pela realização do gerenciamento do cuidado específico para diabéticos, que é típico da instituição.²⁰ Diante desses achados, pode-se inferir que o conhecimento do perfil de pacientes que geralmente são reinternados nas instituições de saúde possibilita melhor gerenciamento institucional e administrativo dos cuidados em saúde do idoso.

No que diz respeito ao tempo de permanência, foi observada maior frequência de idosos internados um a 10 dias, sendo a mediana de cinco. Dados encontrados em estudo transversal sugeriu tempo de permanência superior a sete dias, sendo a mediana de três.⁹ O cuidado da equipe multiprofissional influencia na evolução durante o período de internação do idoso, promove a recuperação e reduz o tempo de permanência do hospitalizado.⁹ Além disso, quanto menos o idoso permanecer hospitalizado, menor será o tempo de utilização de medidas invasivas e menor será o tempo exposto a meios de transmissão de bactérias e medicamentos, reduzindo, assim, o risco de complicações.¹⁵

Considerando a evolução clínica das hospitalizações, foi encontrada maior prevalência da alta hospitalar (74,8%), seguida de óbitos (19,8%) e transferências (4,3%). Em pesquisa transversal no interior de São Paulo, verificou-se ordem de classificação semelhante, com 88,9% de alta hospitalar seguida de 10,5% de óbitos e 0,6% de transferências.⁹ Apesar de ambos os estudos acontecerem em regiões diferentes, a prevalência da alta em relação ao óbito pode indicar bons indicadores de saúde, pois diminui o risco de declínio funcional, das iatrogenias e das readmissões hospitalares.⁹ As orientações ao idoso antes da alta também contribuem para evitar reinternações e possíveis gastos onerosos com as internações, pois melhora a capacidade do autocuidado e o conhecimento de seu estado de saúde.²³

A evolução clínica associada ao sexo não apresentou significância ($p = 0,911$). Estudo transversal realizado no

Nordeste do Brasil corrobora este dado, apresentando $p = 0,233$ para a mesma associação.²¹

As associações entre reinternações e ICC ($p = 0,001$) e entre reinternações e DPOC ($p = 0,01$) foram significativas. Em estudo retrospectivo realizado nos EUA em que foram associadas as mesmas variáveis também foram constatadas significâncias, apresentando $p < 0,001$ para as duas associações: reinternações e ICC ($p < 0,001$) e reinternações e DPOC ($p < 0,001$).²³

As associações entre reinternações e HAS ($p > 0,05$) e entre reinternações e DM ($p > 0,05$) não apresentaram resultado significativo nesta pesquisa. Contudo, o estudo retrospectivo realizado nos EUA detectou resultado significativo para as duas associações: entre reinternações e HAS ($p < 0,001$) e reinternações e o DM ($p < 0,001$).²³

A associação entre idade e comorbidades foi significativa, com valor de $p = 0,048$. Estudo transversal no município de Bagé, no Rio Grande do Sul, encontrou que 81,3% do total de idosos apresentavam duas ou mais comorbidades.²⁴ Relacionando à idade, informou que 83,3% dos idosos com idade igual ou acima de 75 anos apresentaram duas ou mais comorbidades.²⁴ Esse estudo afirma que portar mais de três comorbidades torna-se um fator preditor para hospitalização, já que, quanto maior o número de comorbidades, maior a probabilidade de internações.²⁴

Verificou-se associação significativa entre a evolução clínica e as seguintes variáveis: idade ($p = 0,001$), comorbidades ($p = 0,043$) e tempo de permanência ($p = 0,005$). Estudo transversal realizado no Nordeste do Brasil corrobora esse dado, propondo $p = 0,045$, $p = 0,003$ e $p < 0,001$, respectivamente para as mesmas associações.²¹ Fatores como faixa etária e comorbidades devem ser rapidamente identificados no momento da internação, levando em conta que a idade é fator de risco para mortalidade hospitalar, independentemente de outra característica clínica.¹⁵

No presente estudo, foi significativa, ainda, a idade *versus* DPOC ($p < 0,05$). Esse achado é condizente com o processo de senescência, que faz com que os pulmões apresentem perdas funcionais naturais do envelhecimento e as características dessa doença, tais como alterações na resistência, elasticidade e complacência dos pulmões.^{23,24}

Outra associação significativa encontrada neste estudo refere-se à idade *versus* o diagnóstico de internação ($p = 0,002$). Observa-se, com este achado, que são encontrados diagnósticos de hospitalização prevalentes para cada faixa etária, o que pode ser explicado pelo processo do envelhecimento ao qual o organismo se encontra em perdas progressivas.

Encontrou-se que a existência de comorbidades foi significativa ($p < 0,01$) quando comparada ao uso regular de medicamentos de uso domiciliar. Interessante comentar que idosos portadores de doenças crônicas que tendem a fazer

uso regular de medicações, além de evitar internações, evitam agravos futuros devido a possíveis descontroles de tais doenças.

As limitações deste estudo incluem a falta de informações completas nos prontuários, o que poderia influenciar nas taxas encontradas no presente estudo. Os resultados aqui encontrados, no entanto, especificam o perfil dos idosos da instituição avaliada, com taxas semelhantes a vários estudos científicos nacionais e internacionais, o que valida os achados deste trabalho.^{1,8,9,16} Outra limitação é que esta pesquisa foi realizada em somente uma instituição de saúde do interior de Minas Gerais, sendo assim, não possibilitou a comparação de várias instituições de saúde no Brasil. Esta pesquisa, no entanto, demonstra que cada região tem a sua especificidade e particularidades que devem ser identificadas para possibilitar um atendimento individualizado e específico para cada tipo de população de idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo obteve que o idoso apresenta alta taxa de hospitalização (46,42%) e reinternação (42,5%). A maior prevalência foi de doenças cardiovasculares (26,8%). Os idosos que evoluíram a óbito, no entanto, tiveram maior prevalência de doenças relacionadas ao aparelho respiratório (33,3%) quando comparadas às doenças cardiovasculares (14,9%).

Dos idosos admitidos, 70,9% apresentavam alguma comorbidade, entre elas HAS (57,3%), DM (30,5%) e DPOC (18,5%). A associação entre comorbidades e o uso regular de medicações e faixa etária foi significativa ($p < 0,05$). Em contrapartida, não foi significativo ($p > 0,05$) quando as comorbidades foram comparadas ao tempo de permanência.

Este estudo fornece evidências empíricas sobre aspectos demográficos e clínicos relevantes para a saúde do idoso nas sociedades contemporâneas. Os resultados sugerem, ainda que, as variáveis analisadas no presente estudo podem ser eficazes na redução do risco de readmissões, já que, quando identificados precocemente, possibilitam abordagem diferenciada para cada região do país, atendendo a diferentes necessidades de prevenção da saúde. Além disso, a abordagem multidisciplinar proporciona mais vigilância e a criação de protocolos de atendimento específicos ao idoso.

Apesar da deterioração natural do organismo associada ao envelhecimento, conhecer o perfil institucional do idoso contribui para a prática clínica no que diz respeito ao atendimento planejado e geração de indicadores de saúde que são essenciais para a redução do tempo de internação, taxas de morbimortalidades e reinternações.

Trabalhos futuros para a comunidade científica podem ser desenvolvidos para comparação clínica e experimental das doenças cardíacas, respiratórias e endócrinas associadas

a reinternações, infecções e estados fisiológicos e clínicos dos idosos, sobretudo maiores de 75 anos de idade.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro FM, Santo FHE, Chibante CLP, Pestana LC. Perfil de idosos hospitalizados segundo Virginia Henderson: contribuições para o cuidado em enfermagem. *Rev Pesq Cuid Fund Online*. 2016[citado em 2018 abr. 04];8(3):4789-95. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4292/pdf>
2. World Health Organization. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015[citado em 2018 abr. 04]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sessionId=84C8B49034361F8F570A818614337AFC?sequence=6
3. Mattison CA, Wilson MG, Wang RH, Waddell K. Evidence Brief: enhancing equitable access to assistive technologies in Canada. *Hamilton: McMaster Health Forum*; 8 June 2017[citado em 2018 abr. 04]. Disponível em: <https://macsphere.mcmaster.ca/handle/11375/21914>
4. Strom JB, Kramer DB, Wang Y, Shen C, Wasfy JH, Landon BE, et al. Short-term rehospitalization across the spectrum of age and insurance types in the United States. *Plo Sone*. 2017[citado em 2018 abr. 04];12(7):e0180767. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0180767&type=printable>
5. Felix HC, Seaberg B, Bursac Z, Thostenson J, Stewart MK. Why do patients keep coming back? Results of a readmitted patients survey. *Social Work in Health Care*. 2015[citado em 2018 abr. 04];54(1):1-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4731880/pdf/nihms688641.pdf>
6. Fernandes SF. Hospitalizações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2015[citado em 2018 abr. 04]. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7489/1/000472633-Texto%2bCompleto-0.pdf>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2015[citado em 2018 abr. 04]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
8. Carvalho VL, Silva BMSD, Santos JST. Idosos hospitalizados: perfil clínico e caracterização do serviço de fisioterapia. *Rev Enferm UFPE online*. 2015[citado em 2018 abr. 04]; 9(9):9224-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10721>
9. Rodrigues CC. Perfil e evolução clínica do idoso hospitalizado atendido nas unidades de internação de um hospital de ensino. [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2018[citado em 2018 abr. 04]. Disponível em: http://bdt.famerp.br/bitstream/tede/386/2/camilacrodrigues_dissert.pdf
10. Veloso AST. Envelhecimento, saúde e satisfação: efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida [dissertação]. Coimbra, PT: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra-FEUC; 2015[citado em 2018 abr. 04]. Disponível em: https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Ana%20Veloso.pdf
11. Coutinho MLN, Samúdio MA, Andrade LM, Coutinho RN, Silva DMA. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. *Rene*. 2015[citado em 2018 abr. 04];16(6):908-1005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324043261020.pdf>
12. Santana DF, Reis HFC, Ezequiel DJS, Ferraz DD. Perfil funcional, sociodemográfico e epidemiológico de idosos hospitalizados por fratura proximal de fêmur. *Rev Kairós Gerontol*. 2015[citado em 2018 abr. 04];18(1):217-34. Disponível em: <file:///C:/Users/Juliana/Downloads/26111-68198-1-SM.pdf>

13. Galvão EL, Bodevan EC, Santos DF. Análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. *Hygeia*. 2015[citado em 2018 abr. 04];11(20):32-44. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/220f784dfa9c38fb557adce275ce9869/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030864>
14. Campos ACV, Ferreira EE, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016[citado em 2018 abr. 04];24:1-11. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727015.pdf>
15. Corrao S, Santalucia P, Argano C, Djade CD, Barone E, Tettamanti M, et al. Gender-differences in disease distribution and outcome in hospitalized elderly: data from the REPOSI study. *Eur J Int Med*. 2014[citado em 2018 abr. 04];24(7):617-23. Disponível em: [http://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(14\)00199-X/pdf](http://www.ejinme.com/article/S0953-6205(14)00199-X/pdf)
16. Russo GT, Cosmo S, Viazzi F, Mirijello A, Ceriello A, Guida Pietro, et al. Diabetic kidney disease in the elderly: prevalence and clinical correlates. *BMC Geriatr*. 2018[citado em 2018 abr. 04];18(1):18-38. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-018-0732-4>
17. Negers A, Boddart J, Mora L, Golmard JL, Moisi L, Cohen A, et al. Determinants of invasive strategy in elderly patients with non-ST elevation myocardial infarction. *J Geriatr Cardiol*. 2017[citado em 2018 abr. 04];14(7):465-72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5545189/pdf/jgc-14-07-465.pdf>
18. World Health Organization. Demências. 2017[citado em 2018 abr. 04]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
19. Jansen J, Mckinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou Paul, et al. Systematic review of clinical practice guidelines recommendations about primary cardiovascular disease prevention for older adults. *BMC family practice*. 2015[citado em 2018 abr. 04];16(1):104. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-015-0310-1>
20. Raval AD, Zhou S, Wei W, Bhattacharjee S, Miao R, Sambamoorthi U. 30-day readmission among elderly Medicare beneficiaries with type 2 diabetes. *Population health management*. 2015[citado em 2018 abr. 04];18(4):256-64. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/pop.2014.0116>
21. Souza AFL, Queiroz AAFLN, Oliveira LB, Moura LKB, Andrade D, Watanabe E, et al. Óbitos em idosos com infecção adquirida em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2017[citado em 2018 abr. 04];70(4):766-72. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267052023010.pdf>
22. Clancy U, Buyl O, Wieneke P, Carey B. 23 Profile of older patients admitted to the high dependency unit in a district hospital setting: a pilot study. *Age Ageing*. 2016[citado em 2018 abr. 04];45(1):6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890381/pdf/afw024.23.pdf>
23. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2016[citado em 2018 abr. 04];51(43):1-10. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/672/67249591042.pdf>
24. Rafael H, Vieira MM. Experiência de autocuidado e identidade em idosos com DPOC: a casa enquanto espaço de segurança e ameaça. *CIAIQ2016*. 2016[citado em 2018 abr. 04];2:791-800. Disponível em: <http://www.proceedings.ciai.org/index.php/ciai2016/article/view/824/810>