






# ASSOCIAÇÃO DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS AO RISCO DE HOSPITALIZAÇÃO DE IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

ASSOCIATION OF THE SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL FACTORS WITH THE RISK OF HOSPITALIZATION AMONG ELDERLY INDIVIDUALS TREATED AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL

ASOCIACIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS AL RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS MAYORES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

 Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira <sup>1</sup>  
 Keylla Talitha Fernandes Barbosa <sup>1</sup>  
 Wiliana Aparecida Alves de Brito Fernandes <sup>1</sup>  
 Fabiana Medeiros de Brito <sup>1</sup>  
 Maria das Graças Melo Fernandes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB – Brasil.

**Autor Correspondente:** Wiliana Aparecida Alves de Brito Fernandes  
E-mail: wiliana\_alves@hotmail.com

## Contribuições dos autores:

**Análise Estatística:** Fabiana M. R. L. Oliveira, Keylla T. F. Barbosa; **Aquisição de Financiamento:** Fabiana M. R. L. Oliveira; **Coleta de Dados:** Fabiana M. R. L. Oliveira; **Conceitualização:** Fabiana M. R. L. Oliveira, Keylla T. F. Barbosa, Fabiana M. Brito, Maria G. M. Fernandes; **Gerenciamento do Projeto:** Fabiana M. R. L. Oliveira, Maria G. M. Fernandes; **Investigação:** Fabiana M. R. L. Oliveira, Keylla T. F. Barbosa; **Metodologia:** Fabiana M. R. L. Oliveira; **Redação - Preparação do Original:** Fabiana M. R. L. Oliveira, Keylla T. F. Barbosa, Wiliana A. A. B. Fernandes, Fabiana M. Brito, Maria G. M. Fernandes; **Redação - Revisão e Edição:** Fabiana M. R. L. Oliveira, Keylla T. F. Barbosa, Wiliana A. A. B. Fernandes, Fabiana M. Brito, Maria G. M. Fernandes; **Supervisão:** Fabiana M. R. L. Oliveira.

**Fomento:** Não houve financiamento.

**Submetido em:** 26/06/2018

**Aprovado em:** 07/07/2019

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a associação dos fatores sociodemográficos e clínicos ao risco de hospitalização de idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde. **Método:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 368 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram analisados utilizando-se estatística descritiva, o modelo de REGRESSÃO LOGÍSTICA, o teste de Mantel-Haenszel e a Análise de Correspondência. **Resultados:** dos entrevistados, 75% evidenciaram risco baixo; 19% risco médio; 6,3% risco médio-alto e 2,7% risco alto. As variáveis estatisticamente significativas associadas ao aumento do risco para hospitalização foram: depressão, acidente vascular encefálico, morbidades autorreferidas, estado civil e cor da pele. **Conclusão:** sugere-se que sejam realizados estudos prospectivos, de base populacional, com o propósito de constatar uma relação causal entre outras variáveis e o desfecho hospitalização, que não são abordadas pelo *Probability of Repeated Admission*.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Risco; Hospitalização; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the association of the sociodemographic and clinical factors with the risk of hospitalization among the elderly treated at the primary health care level. **Method:** a quantitative cross-sectional study conducted with 368 elderly individuals enrolled in the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família-ESF). Data was analyzed using descriptive statistics, LOGISTIC REGRESSION model, the Mantel-Haenszel test, and correspondence analysis. **Results:** 75% of the respondents had low risk of repeated hospitalization; 19%, medium risk; 6.3%, medium-high risk; and 2.7%, high risk. The following variables were significantly associated with increased risk of hospitalization: depression, stroke, self-reported morbidities, marital status, and skin color. **Conclusion:** prospective population-based studies are suggested in order to investigate the causal relationship among other variables that were not addressed in the *Probability of Repeated Admission* questionnaire and the outcome hospitalization.

**Keywords:** Nursing; Risk; Hospitalization; Health of the Elderly; Primary Health Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la asociación de factores sociodemográficos y clínicos con el riesgo de hospitalización de ancianos en la atención primaria de salud. **Método:** estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado con 368 adultos mayores registrados en la Estrategia de Salud de la Familia. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, el modelo de regresión logística, la prueba de Mantel-Haenszel y el análisis de correspondencia. **Resultados:** el 75% de los encuestados mostró bajo riesgo; 19% riesgo medio; 6,3% riesgo medio-alto y 2,7% riesgo alto. Las variables estadísticamente significativas asociadas con un mayor riesgo de hospitalización fueron depresión, accidente cerebrovascular, morbilidad autoinformada, estado civil y tez. **Conclusión:**

## Como citar este artigo:

Oliveira FMRL, Barbosa KTF, Fernandes WAAB, Brito FM, Fernandes MGM. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos ao risco de hospitalização de idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em \_\_\_\_];23:e-1224 Disponível em: \_\_\_\_\_.DOI: 10.5935/1415-2762.20190072

se sugiere que se realicen estudios prospectivos basados en la población para establecer la relación causal entre otras variables y el resultado de la hospitalización, que no se enfocan en la escala de Probabilidad de Admisión Repetida ( Probability of Repeated Admission).

**Palabras clave:** Enfermería; Riesgo; Hospitalización; Salud del Anciano; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial resulta de diversos fatores decorrentes de mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas na sociedade. Antes do século XIX, a estrutura demográfica mundial era constituída predominantemente por jovens, devido às altas taxas de natalidade e mortalidade. Entretanto, a partir do final do século XIX, as nações iniciaram o processo denominado transição demográfica. Esse processo é um evento único, que se caracteriza pela diminuição nas taxas de mortalidade, seguida da diminuição das taxas de fecundidade e consequente aumento na expectativa de vida.<sup>1</sup>

De maneira concomitante à transição demográfica ocorre também a transição epidemiológica, revelando as modificações ocorridas ao longo do tempo nos padrões de morbimortalidade. Essa transição envolve três alterações básicas: a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis; a transferência da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais longevos; e o deslocamento de uma situação de saúde com predomínio de mortalidade para uma situação na qual a morbidade prevalece, culminando um processo denominado de condições crônicas.<sup>1</sup>

Neste contexto, as condições crônicas passaram a ser as principais causas de morbimortalidade entre os idosos. O elevado número dessas condições acarreta grandes mudanças no perfil de morbimortalidade e demanda dos serviços de saúde, uma vez que a população idosa, por apresentar mais fragilidade orgânica e elevado índice de agravos, é a que mais utiliza tais serviços, o que ocasiona maiores custos desse setor para com essa parte da população.<sup>1,2</sup> Ademais, a hospitalização desencadeia no idoso uma sequência de eventos que resultam no aumento do processo de fragilização, na diminuição da autonomia, da qualidade de vida e na ocorrência de morte prematura. A respeito disso, estudo ecológico realizado com todas as regiões do país encontrou altas taxas de hospitalização da população idosa, sobretudo nas regiões Sudeste e Nordeste.<sup>3</sup>

Assim, faz-se necessário cada vez mais a existência de ações de saúde com perspectiva preventiva, com o intuito de diminuir o número de agravos e hospitalizações. Para tanto, a abordagem ao idoso na Estratégia de Saúde da Família deve estar voltada para mantê-lo na comunidade, por meio da prevenção, tratamento e reabilitação de agravos e pela busca

ativa de seus riscos. Por estar mais próxima do cotidiano da população idosa, torna-se o âmbito mais propício para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção com vistas à diminuição do crescente número de internações hospitalares. Dessa forma, a hospitalização do idoso só deve ser considerada quando a capacidade resolutive desse nível de atenção se tornar ineficiente.

Diante de tal problemática, Bolt *et al.*<sup>4</sup>, mediante estudo de corte, desenvolveram um instrumento de predição de risco de admissão hospitalar repetida, o *Probability of Repeated Admission* (PRA), constituído por oito fatores de risco para internação hospitalar na população idosa, a saber: sexo masculino, idade superior a 75 anos, disponibilidade de cuidador, autopercepção de saúde como ruim, doença cardiovascular, diabetes *mellitus*, hospitalização nos últimos 12 meses e seis consultas médicas nos últimos 12 meses. Na realidade brasileira, estudos confirmaram a validade do referido instrumento como eficaz para a busca ativa de idosos com risco de hospitalização repetida.<sup>5-10</sup> Nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar a associação dos fatores sociodemográficos e clínicos ao risco de hospitalização de idosos atendidos na atenção primária à saúde.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no domicílio de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de João Pessoa, Paraíba. A população do estudo compreendeu 66.802 idosos cadastrados na ESF do município de João Pessoa no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no ano de 2014. A amostra de idosos investigados foi do tipo probabilística. Para o cálculo desta, considerou-se a seguinte fórmula:  $n = Z^2 PQ/d^2$ , sendo  $n$  = tamanho amostral mínimo;  $Z$  = variável reduzida;  $P$  = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado;  $Q = 1-P$ ;  $d$  = precisão desejada. Adotaram-se  $p = 50\%$ , por se tratar de uma avaliação multidimensional, e parâmetro de erro amostral de 5%. Considerando isso, o número mínimo de idosos a ser investigado foi de 382.

Para tanto, foram incluídos no estudo os indivíduos maiores de 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados na ESF no município de João Pessoa-PB que aceitaram participar do estudo. E foram excluídos os idosos que não eram cadastrados no município mencionado, que apresentavam déficit cognitivo, mensurado a partir do Miniexame do Estado Mental (MEEM), assim como os que evidenciavam déficits de audição e problemas com a fala que dificultavam fortemente a comunicação. Nesse contexto, a amostra final foi constituída por 368 idosos.

Considerando que as unidades amostrais de interesse deste estudo (indivíduos com 60 anos ou mais) estavam

alocadas dentro de Unidades de Saúde da Família (USF), que por sua vez estão distribuídas dentro dos Distritos Sanitários de Saúde (DSS), decidiu-se montar um plano de amostragem em três estágios. Assim, o processo de seleção dos indivíduos obedeceu as etapas que se seguem:

- **estágio 1 (seleção dos distritos sanitários de saúde):** procurando manter a representatividade da amostra calculada, resolveu-se empregar o plano amostral estratificado para que todos os distritos sanitários de saúde estejam representados na amostra, seguindo o princípio da proporcionalidade dos tamanhos (total de idosos cadastrados) dos distritos;
- **estágio 2 (seleção das unidades de saúde da família):** uma vez sabendo quantos indivíduos serão investigados em cada distrito, no segundo estágio resolveu-se selecionar 10% do total de USF dentro de cada distrito. E as USFs foram selecionadas a partir de uma amostragem aleatória simples, mantendo-se a proporcionalidade;
- **estágio 3 (seleção das unidades amostrais):** uma vez selecionadas as USFs dentro de cada distrito, uma amostra aleatória simples proporcional ao tamanho dessas USFs foi empregada para selecionar os idosos (unidades amostrais) que participaram da pesquisa, de modo que o total de indivíduos investigados fosse igual ou superior ao total de idosos previstos para cada distrito, chegando em cada USF sorteada.

A coleta de dados se deu no período de fevereiro a abril de 2014, por meio da técnica de entrevista estruturada, realizada por alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, com o auxílio de agentes comunitários de saúde. Os entrevistadores receberam treinamento com o intuito de proporcionar o domínio do uso do instrumento, bem como de padronizar a técnica de entrevista. O instrumento utilizado compreendeu um formulário estruturado que continha duas seções. A primeira era constituída por variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e o MEEEM; e a segunda parte contemplou o PRA. Para operacionalizar essa etapa em campo, os pesquisadores sortearam uma microárea e uma rua contida nesta. Posteriormente, realizaram a seleção aleatória dos domicílios, sendo o primeiro sorteado e, para os demais, seguia-se uma alternância de três em três casas.

Para realizar o procedimento analítico, primeiramente os dados foram digitados e organizados em banco de dados informatizado, utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0, para facilitar o tratamento estatístico. O processamento incluiu codificação, digitação e edição dos dados.

A análise dos dados foi efetivada por meio de estatística descritiva de todas as variáveis, utilizando-se o cálculo de

frequências simples e média. Posteriormente, empregou-se o modelo de regressão logística binária para avaliar os riscos representados pelos fatores do PRA. Para verificar a adequação dos dados ao modelo de regressão logística foi utilizado o teste de *Hosmer Lemeshow*, o qual demonstrou que os dados eram adequados para utilização do referido modelo ( $p=0,106$ ). Realizou-se também o *Omnibus test* (teste geral) para verificar se os parâmetros do modelo são iguais a zero. Este apresentou valor- $p < 0,001$ , tendo hipótese nula rejeitada, reafirmando a aceitabilidade do modelo. A regressão logística teve especificidade de 98,3% e sensibilidade de 13,9%, sendo, portanto, confiável para predizer o risco.

Por meio do modelo de regressão logística, o PRA gera um valor de zero a um. Quanto maior esse valor, maior o risco de internação hospitalar. Os pontos de corte utilizados foram os sugeridos pelos estudos realizados no Brasil, conforme demonstra a Tabela 1. Para verificar a associação existente entre o risco de hospitalização e as demais variáveis, utilizou-se o teste de qui-quadrado de associações, o teste de Mantel-Haenszel e a análise de correspondência, por serem adequados ao alcance do objetivo do estudo e por possibilitarem a precisão e generalização dos seus resultados.

Tabela 1 - Risco de hospitalização repetida e valor do PRA correspondente<sup>(5,8-9)</sup>

Classificação do risco	Escore PRA
Risco baixo	PRA < 0,30
Risco médio	PRA 0,30 – 0,39
Risco médio-alto	PRA 0,40 – 0,49
Risco alto	PRA ≥ 0,50

É oportuno ressaltar que durante todo o processo da pesquisa foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução 466/2012 do CNS/MS/BRASIL.<sup>11</sup> Foi garantida aos participantes a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ademais, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, com protocolo nº 0575/13 e CAAE: 22372413.5.0000.5188.

## RESULTADOS

Dos 368 idosos investigados, predominaram aqueles do sexo feminino (68,5%) que tinham idade entre 60 e 74 anos (68%), que frequentaram a escola por até quatro anos (36,1%) e possuíam a renda mensal de até dois salários mínimos (88,3%). Quanto ao risco de hospitalização repetida, 75% dos idosos evidenciaram risco baixo; 19% apresentaram risco médio; 6,3% risco médio-alto; e 2,7% risco alto.

Por meio do teste de *Mantel-Haenszel*, observou-se associação linear entre depressão e acidente vascular encefálico, com aumento do risco ( $p=0,016$ ). A partir da análise de correspondência, constatou-se que os idosos casados evidenciaram risco baixo para hospitalização, enquanto que os viúvos tinham risco médio (Figura 1). Verificou-se, ainda, que quanto maior o número de morbididades autorreferidas por parte do idoso, maior o risco para internação hospitalar repetida (Figura 2); e que a cor branca esteve associada a baixo risco, ao passo que a cor preta esteve relacionada ao risco médio-alto para hospitalização repetida (Figura 3).

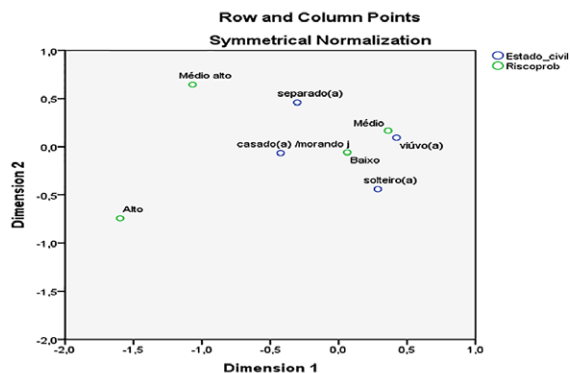


Figura 1 - Análise de correspondência para o cruzamento entre o risco de hospitalização versus estado civil. João Pessoa, Brasil, 2014.

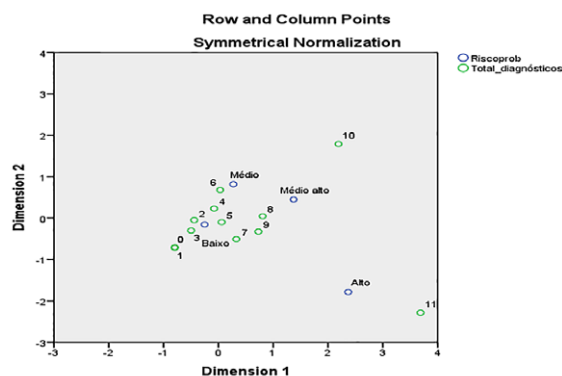


Figura 2 - Análise de correspondência do risco de hospitalização versus total de morbididades autorreferidas. João Pessoa, Brasil, 2014.

## DISCUSSÃO

No que se refere à classificação do risco de hospitalização, o presente estudo apresentou resultados semelhantes aos encontrados em estudos nacionais e internacionais que utilizaram o mesmo instrumento. No âmbito internacional, a pesquisa desenvolvida com idosos norte-americanos de idade igual ou superior a 70 anos demonstrou que, de uma amostra com 5.876 indivíduos, 7,2% apresentaram alto risco para

hospitalização.<sup>4</sup> Estudo realizado na Alemanha, Reino Unido e Suíça encontrou, respectivamente, 7, 4 e 5% da população estudada com alto risco para admissão hospitalar.<sup>11</sup>

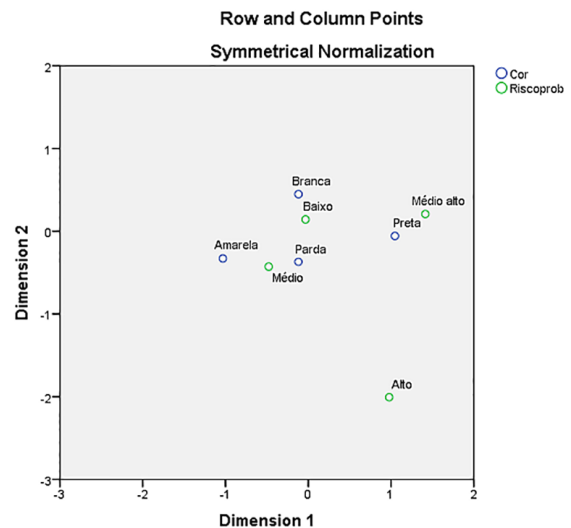


Figura 3 - Análise de correspondência do risco de hospitalização versus cor/raça. João Pessoa, Brasil, 2014.

No Brasil, estudo realizado no Rio de Janeiro envolvendo 764 indivíduos maiores de 65 anos evidenciou que 93,3% da população investigada tinham baixo risco para hospitalização e 6,7%, alto risco.<sup>6</sup> Outra pesquisa, também realizada no Rio de Janeiro, verificou que, dos 1.423 entrevistados, 76,03% exibiram baixo risco para hospitalização; 13,4%, risco médio; 7,23%, risco médio-alto; e 3,23%, risco alto.<sup>9</sup> Ademais, estudo realizado com 360 idosos atendidos em um ambulatório da rede pública revelou que 75,8% da população entrevistada relataram baixo risco de hospitalização e 11%, risco de médio a alto.<sup>10</sup>

Pesquisa realizada em um Centro de Saúde Escola na cidade de Botucatu, São Paulo, envolvendo 305 idosos demonstrou que 56,4% dos investigados apresentaram baixa probabilidade de admissão hospitalar repetida; 26,9% obtiveram média probabilidade; 10,5%, média-alta; e 6,2%, alta probabilidade para hospitalização repetida.<sup>10</sup> Ainda, no município de Progresso, Rio Grande do Sul, pesquisa realizada com 515 indivíduos com 60 anos ou mais constatou que 64,4% dos entrevistados apresentaram risco baixo; 17,7% evidenciaram risco médio; 11,1% possuíam risco médio-alto; e 7% com risco alto para hospitalização repetida.<sup>7</sup>

Estudos de coorte prospectivos afirmam a relevância do PRA ao observarem que os indivíduos classificados como tendo alto risco para hospitalização demonstraram maior número de internações quando comparados aos de baixo risco. Na realidade internacional, foi encontrada uma razão de chance para hospitalização 2,3 vezes maior para aqueles com

alto risco e, no contexto nacional, constatou-se frequência de internação hospitalar 6,5 vezes superior quando comparados aos idosos, que mostraram baixo risco para hospitalização.<sup>7,10,11</sup>

Por meio da estratificação do risco de hospitalização repetida nos idosos, é possível hierarquizar a demanda de atendimento, garantindo que a tomada de decisão vinculada às prioridades estejam pautadas no princípio da equidade, tornando-se possível o direcionamento dos idosos para as ações de saúde que sejam adequadas e resolutivas conforme o risco envolvido. Nos indivíduos que apresentem risco médio, médio-alto e alto, faz-se necessário intensificar o planejamento de medidas assistenciais e preventivas, respeitando-se as prioridades entre os estratos de risco. Já para os idosos com baixo risco para hospitalização, deve-se ter o foco nas ações de promoção de saúde envolvendo esses indivíduos em grupos de convivência, proporcionando, assim, a troca de saberes e o estímulo ao autocuidado.<sup>8</sup>

A Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,<sup>12</sup> afirma a necessidade da implementação, por parte dos gestores municipais e estaduais do SUS, de instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre características sociodemográficas e clínicas do indivíduo idoso, com a participação dos diversos atores envolvidos para planejamento de ações voltadas para a saúde da população idosa. Ademais, a atenção à saúde do idoso deve ser planejada sob forma de linhas de cuidados, com base nos seus direitos, escolhas e necessidades, assegurando-se o funcionamento dos fluxos bidirecionais (referência e contrarreferência), o pleno acesso aos níveis de atenção à saúde que devem ser estruturados de maneira ideal, com infraestrutura física apropriada, insumos e recursos humanos capacitados para o atendimento ao idoso.

Os resultados deste estudo desvelam, ainda, associações estatisticamente significativas entre o alto risco para hospitalização e as variáveis: depressão, acidente vascular encefálico, número de morbidades autorreferidas, estado civil e cor da pele. A depressão é a síndrome psiquiátrica mais comum na população idosa, influenciada por alguns aspectos biopsicossociais e fatores genéticos que por diversas vezes acompanham o complexo processo de envelhecimento.<sup>13</sup> Caracteriza-se pelo estado de humor deprimido, ausência de entusiasmo ou prazer e alterações de cunho biológico, sendo uma das doenças mais graves na senescência.

Em 2012, mundialmente 350 milhões de pessoas sofriam de depressão, sendo esta considerada a principal causa de incapacidade. No Brasil, 4,7 a 36,8% da população idosa têm depressão, representando 9,2% no total de doenças crônicas. Seus sinais e sintomas estão presentes em 8 a 16% e constituem uma das três principais causas de incapacidade na referida população. Quando se trata de depressão em idosos, deve-

se levar em consideração, ainda, a manifestação de sintomas peculiares que por diversas vezes são confundidos com características normais do envelhecimento, o que dificulta o diagnóstico e tratamento precoce.<sup>13</sup> Vale ressaltar que a depressão é uma doença e, por isso, não é algo inerente à velhice, cabendo aos profissionais de saúde ter mais atenção aos seus sinais e sintomas para que se possa conduzir o paciente ao tratamento adequado.

O acidente vascular encefálico é o evento isquêmico mais frequente na população idosa, que resulta da interrupção da circulação sanguínea no cérebro, causando danos ao tecido cerebral.<sup>14</sup> A ocorrência desse dano aumenta consideravelmente a partir dos 60 anos e, quando associado a complicações clínicas e neurológicas, gera incapacidades e sequelas que podem ser irreversíveis. Tais incapacidades ocasionam diminuição da competência funcional, inatividade, aumento do risco para quedas e consequente hospitalização.

Ainda que o acidente vascular encefálico possa ocorrer em indivíduos de qualquer idade, sabe-se que a idade avançada é um fator de risco e um dos principais determinantes para a ocorrência do evento, assim, o seu impacto na saúde pública é motivo de inquietação diante do evidente envelhecimento populacional.<sup>14</sup> Por isso, ressalta-se a imprescindibilidade dos serviços de saúde ao adotarem medidas de prevenção e gerência de fatores de risco para as doenças cerebrovasculares, que devem ser executadas pelos profissionais de saúde, sobretudo na atenção primária, para que se suscitem o envelhecimento ativo e a manutenção da capacidade funcional na população idosa, tal como sugere a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.<sup>12</sup>

No que se refere ao número de morbidades autorreferidas, o presente estudo constatou que, quanto maior o número de morbidades, maior o risco para hospitalização repetida nos idosos investigados. Trabalho científico sobre qualidade de vida e morbidades associadas em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família constatou que a maioria dos idosos entrevistados referiu ter ao menos um entre os 12 problemas de saúde investigados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e que tais condições crônicas de saúde estão associadas a menos qualidade de vida e a maior preditor de morbimortalidade entre as pessoas idosas.<sup>15</sup>

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, as condições crônicas estavam presentes em 45% dos brasileiros. Entre as condições crônicas com maior potencial de gravidade e mortalidade no Brasil, destacam-se: doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e neoplasias, as quais ocasionaram 80,7% dos óbitos por doenças crônicas. As alterações fisiológicas intrínsecas do envelhecimento, quando associadas a um estilo de vida ruim, tornam os seres humanos mais suscetíveis à ocorrência de morbidades. Por conseguinte, a ocorrência concomitante de várias doenças crônicas acarreta



aumento de incapacidades, da dependência, diminuição da autonomia e da qualidade de vida do idoso, além de incrementar significativamente as taxas de uso dos serviços e os custos do setor saúde.<sup>16</sup>

Acerca do estado civil, esta pesquisa encontrou associação entre viuvez e médio risco para hospitalização, enquanto que o baixo risco esteve associado a indivíduos casados. A literatura evidencia que a viuvez é um dos estados civis mais predominantes na velhice, particularmente no sexo feminino. Além disso, a viuvez causa grande impacto na vida das pessoas idosas, sobretudo nas mulheres, não apenas pela tristeza advinda da ausência do cônjuge, mas também pela dificuldade de adaptação ao novo *status* social, às mudanças econômicas e perda material. O idoso viúvo pode desenvolver problemas emocionais, psicológicos e físicos, tais como: desorganização emocional, alterações do humor e do sono, sintomas depressivos e ansiedade, autopercepção de saúde negativa e capacidade de autopreservação prejudicada.<sup>17</sup>

Pesquisa que abordou os diferenciais sociodemográficos da mortalidade de idosos em idades precoces e longevas verificou que, entre os investigados, a maior taxa de óbitos (38,4%) foi verificada entre os idosos viúvos e mais longevos (80 anos e mais). O casamento está associado ao baixo risco de hospitalização, por oferecer proteção, uma vez que diminui a vulnerabilidade socioeconômica e melhora os hábitos de vida e de saúde, principalmente das pessoas idosas. Diversos fatores ambientais, econômicos, sociais e psicológicos se associam e oferecem ao idoso casado mais possibilidade de sobrevivência. Ademais, o casamento é seletivo, uma vez que escolhe pessoas mais saudáveis tanto física quanto mentalmente.<sup>18</sup>

A presente pesquisa verificou também que a cor preta esteve associada ao risco médio alto, enquanto que a cor branca associou-se ao baixo risco para a hospitalização nos idosos entrevistados, o que se assemelha a estudo realizado nos Estados Unidos que também encontrou associação entre cor preta e aumento do risco para a hospitalização.<sup>11</sup> A literatura pertinente sugere que a associação de pior saúde com a cor preta não está ligada apenas à cor, mas também a outras variáveis socioeconômicas. Estudo que analisou a relação da cor/raça com indicador de saúde de idosos brasileiros incluídos na base de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios constatou que 50,1% dos idosos sem escolaridade eram pretos; apenas 7,2% dos idosos dessa cor possuíam mais de nove anos de estudo; somente 8,8% desses indivíduos estavam no maior quintil de renda; e 88% dos idosos pretos dependiam exclusivamente do SUS.<sup>19</sup>

Além disso, o mesmo estudo apurou que a prevalência da autoavaliação de saúde ruim e muito ruim foi maior entre os pardos e negros, sendo a chance de referir pior estado de saúde 39% maior nos pretos quando comparados aos brancos. De

forma semelhante, a prevalência de condições crônicas foi 78,6% maior nos idosos pretos. Existem, entre as raças, disparidades de direitos sociais que foram refutados durante toda a vida e, ao se chegar à velhice, resultam em redução da qualidade de vida. Destacam-se aqui as divergências enfrentadas na área da saúde, nas quais o indivíduo negro e pobre está exposto a mais fatores de riscos e, por conseguinte, apresenta mais agravos à saúde quando comparado ao indivíduo branco.<sup>19</sup>

Vale destacar que as desigualdades sociais são consequências de processos sociais, políticos, econômicos, demográficos e culturais concebidos em diferentes contextos sociais e históricos. Tais desigualdades levam à dificuldade de acesso à renda e direitos estabelecidos como básicos, a exemplo da educação, saúde, previdência social, moradia e bens culturais para grupos excluídos historicamente. Nesse cenário, as desigualdades por raça firmadas no Brasil, alicerçadas pelo racismo, dificultam o acesso aos bens e serviços e fragilizam a saúde da população negra.

Os estudos que utilizaram o PRA na realidade brasileira confirmam a sua utilidade para detectar o risco de hospitalização em idosos, entretanto, deve-se considerar que o instrumento foi elaborado há mais de 10 anos e aplicado inicialmente em uma realidade socioeconômica diferente. Nos dados do presente estudo, percebe-se que existem outras variáveis clínicas e sociodemográficas que se associam ao aumento do risco de hospitalização e que não são abordadas no PRA, a exemplo da ocorrência de depressão e acidente vascular encefálico, do estado civil, do número de morbidades autorreferidas e da cor da pele.

Destaca-se aqui o número de morbidades autorreferidas, que é de grande relevância diante do crescente número de condições crônicas na população idosa. Nesse contexto, sugere-se a substituição das variáveis “diabetes” e “hipertensão” por uma que mensure o número total de morbidades autorreferidas, uma vez que outras enfermidades também são grandes causadoras de internações hospitalares, a exemplo da depressão e das neoplasias, especialmente quando ocorrem de forma concomitante.

## CONCLUSÃO

Diante o exposto, concluiu-se que os dados empíricos obtidos por meio desta pesquisa constituem subsídios importantes para o planejamento e para a implementação de intervenções que melhorem a equidade no atendimento, as condições de vida e o bem-estar na população estudada. Sugere-se, ainda, que sejam realizados estudos prospectivos, de base populacional, nos quais se possa constatar uma relação causal entre os fatores aqui apresentados e o desfecho hospitalização.

Reafirma-se a importância da estratificação de risco por meios de instrumentos específicos para o idoso, a exemplo do

PRA, a fim de proporcionar mais conhecimento da situação de saúde da população assistida, pois possibilitará o entendimento das prioridades e dos caminhos que deverão ser percorridos na rede de saúde, na busca de um atendimento mais eficiente, bem como o fortalecimento das ações de promoção da saúde, especialmente para os indivíduos que evidenciarem baixo risco para hospitalização repetida.

Para tanto, é fundamental mais desvelo dos gestores de saúde para a execução de protocolos que orientem a porta de entrada com programas peculiares, tendo em vista a melhoria da utilização dos serviços com estruturação das filas de acesso e consequente melhora para a saúde do usuário. A equipe multidisciplinar, especialmente a de Enfermagem, deve estar atenta para o direcionamento correto do idoso de acordo com seu risco, pois exerce papel de destaque no reconhecimento dos fatores predisponentes que sustentam ou majoram o risco para hospitalização repetida, com o intuito de estabilizar tais fatores e diminuir o risco na referida população.

A limitação deste estudo se dá pelo fato de o instrumento utilizado não ser validado na realidade brasileira. Além disso, por ser do tipo transversal, não foi possível estabelecer relações de causa e efeito. Em contrapartida, apesar das diferenças sociais e políticas no âmbito mundial, as variáveis contidas no PRA encontram relação com a hospitalização repetida em idosos de diversas realidades socioeconômicas. Além disso, esse instrumento contém perguntas simples e objetivas, sendo de fácil e rápida aplicação, e podem ser realizadas por qualquer membro da equipe multiprofissional de saúde previamente treinado.

## REFERÊNCIAS

- Myrrha LJD, Turra CM, Wajman S. A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. *Rev Latino-Am Población*. 2017[citado em 2018 dez. 14];11(20):37-54. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323852456003.pdf>
- Reis CS, Noronha K, Wajman S. Quality of sleep of the aged at home and hospital. *Rev Bras Estud Popul*. 2016[citado em 2018 dez. 12];33(3):591-612. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982016000300591&script=sci\\_abstrct](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982016000300591&script=sci_abstrct)
- Amorim DNP, Chiarello MD, Vianna LG, Moraes CF, Vilaça KHC. Interações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017[citado em 2018 dez. 12];11(2):576-83. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11976/14526>
- Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewicz H. Screening elders for risk of hospital admission. *J Am Geriatr Soc*. 1993[citado em 2016 ago. 20];41(1):811-7. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1993.tb06175.x/pdf>
- Negri LSA, Ruy GF, Colodetti JB, Pinto LF, Soranz DR. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciênc Saúde Colet*. 2004[citado em 2016 set. 14];9(4):1033-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a24v9n4.pdf>
- Perez M, Lourenço RA. Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013[citado em 2016 set. 23];29(7):1381-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/12.pdf>
- Dutra MM, Moriguchi EH, Lampert MA, Poli-de-Figueiredo CE. Predictive validity of a questionnaire to identify older adults at risk for hospitalization. *Rev Saúde Pública*. 2011[citado em 2016 set. 23];45(1):106-12. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en\\_2033.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_2033.pdf)
- Estrella K, Oliveira CEF, Sant'Anna AA, Caldas CP. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad Saúde Pública*. 2009[citado em 2016 set. 23];25(3):507-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/05.pdf>
- Veras RP. 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. *Cad Saúde Pública*. 2003[citado em 26 set. 23];19(3):705-15. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15874.pdf>
- Guerra IC, Ramos-Cerqueira ATA. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. *Cad Saúde Pública*. 2007[citado em 2016 set. 23];23(3):585-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/17.pdf>
- Wagner JT, Bachmann LM, Boulc C, Harari D, Renteln-Kruse W, Egger M, et al. Predicting the Risk of Hospital Admission in Older Persons - Validation of a Brief Self-Administered Questionnaire in Three European Countries. *JAGS*. 2006[citado em 2016 out. 2];54(8):1271-76. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2006.00829.x/pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Senado Federal; 2006[citado em 2018 dez. 13]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)
- Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. *REME - Rev Min Enferm*. 2017[citado em 2018 dez. 13];21e-1018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1154>
- Locatelli MC, Furlaneto AF, Cattaneo TN. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2017[citado em 2018 dez. 14];15(3):150-4. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875193>
- Amaral TLM, Amaral CA, Prado PR, Lima NS, Herculano PV, Monteiro GTR. Quality of life and associated morbidities among elderly persons registered with the Family Health Strategy of Senador Guiomard in the state of Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015[citado em 2019 jan. 05];18(4):797-808. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt\\_1809-9823-rbagg-18-04-00797.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt_1809-9823-rbagg-18-04-00797.pdf)
- Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015[citado 10 jan. 2019];18(2):3-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>
- Both TL, Alves AR, Pereira C, Teixeira TP. Uma abordagem sobre luto e viveuz na mulher idosa. *Rev Bras Ciênc Desenvolv Human*. 2013[citado 10 jan. 2019];9(sup.1):67-78. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/2788>
- Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais sócio-demográficos da mortalidade de idosos em idades precoces e longevas. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2015[citado 10 jan 2019];39(2): 249-61. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/286453072\\_DIFERENCIAIS\\_SOCIO-DEMOGRAFICOS\\_DA\\_MORTALIDADE\\_DE\\_IDOSOS\\_EM\\_IDADES\\_PRECOSES\\_E\\_LONGEVAS](https://www.researchgate.net/publication/286453072_DIFERENCIAIS_SOCIO-DEMOGRAFICOS_DA_MORTALIDADE_DE_IDOSOS_EM_IDADES_PRECOSES_E_LONGEVAS)
- Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). *Cad Saúde Pública*. 2014[citado em 2016 out. 21];30(7):1-15. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/pt\\_0102-311X-csp-30-7-1438.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/pt_0102-311X-csp-30-7-1438.pdf)