UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CÉLIA MARIA FRANCISCO

**(RE) INTERNAÇÃO DE IDOSOS EM UM HOSPITAL PRIVADO:
VULNERABILIDADES, FRAGILIDADES E ENFRENTAMENTOS**

SÃO PAULO

2015

CÉLIA MARIA FRANCISCO

**(RE) INTERNAÇÃO DE IDOSOS EM UM HOSPITAL PRIVADO:
VULNERABILIDADES, FRAGILIDADES E ENFRENTAMENTOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak

Versão corrigida da Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Saúde Coletiva. A versão original encontra-se disponível na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Francisco, Célia Maria
(Re)internação de idosos em um hospital privado: vulnerabilidades, fragilidades e enfrentamentos./ Celia Maria Francisco. – São Paulo, 2015.

p.170

Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Suely ItsukoCiosak.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1.Idosos. 2. Vulnerabilidade. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

Nome: Célia Maria Francisco

Título: (Re) internação de idosos em um hospital privado:
vulnerabilidades, fragilidades e enfrentamentos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutora em Ciências.

Aprovado ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele não seria possível a minha existência, Ele que me fortalece todos os dias para continuar e alcançar a plena harmonia interior, ajuda-me a reconhecer que o amor e o respeito ao próximo são o princípio de tudo.

À minha família, que significa a razão pela qual vale a pena viver.

Com muito amor, aos meus pais, Francisca e Vicente, que me ensinaram valores que foram o alicerce para minha formação como pessoa e como profissional. Obrigada, meus pais.

Ao meu marido Arnaldo, que amo tanto, a minha fortaleza, que me ajudou a trilhar os meus caminhos, incentivando-me em todas as minhas decisões e compartilhando delas, sempre me apoiando nos momentos mais difíceis.

Ao meu filho Rafael, meu príncipe e anjo, hoje com seis anos de idade, mas com uma percepção e perspicácia incrível. Aprendo com ele a cada descoberta sua e, por isso, acredito que tudo, ou o pouco que faço, vale a pena para que ele tenha um mundo melhor.

À minha filha Lara, com a qual Deus me abençoou durante o percurso do doutorado, minha princesinha muito amada, hoje com dois anos de idade, sempre curiosa para saber o que a mamãe está fazendo, sem entender muito bem, mas indiretamente me fortalecendo com seus abraços apertados de muito amor e carinho.

Ao meu irmão Tarcísio, que sempre será único, pelo exemplo de superação diante das dificuldades que enfrentou.

Às minhas tias Lourdes, Creuza e Miúda e aos meus primos Marcia, Michele, Marcela, Edson, Vitória, Gabriel e Maria, que sempre me apoiaram nos meus projetos de vida e pelos quais tenho um carinho muito grande apesar da distância.

À família do meu marido, da qual hoje faço parte, sogros Sofia e Dutra, Regina, Gabriel, João, Verônica, Wiliam, Sofia, Estela, Eduardo, Ana Beatriz, Pedro e Sandra, que trouxeram porções de felicidade e incentivo à minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

À Joana, por quem tenho um carinho muito grande e que sempre cuidou dos meus filhos com muito amor, ajudando-me nos momentos mais difíceis da minha trajetória, de forma que a vida cotidiana dos meus anjos não fosse prejudicada.

À minha orientadora Suely Itsuko Ciosak, uma amiga inesquecível, um exemplo de mulher e de vida, pela paciência e compreensão no decorrer do doutorado, por reconhecer e entender as diferenças de cada um.

Ao meu eterno amigo Paulo Machado, que sempre me deu força para continuar, ajudando-me a enfrentar as dificuldades e apoiando-me na tomada da melhor decisão.

À minha eterna amiga Sônia Mercado, pela nossa história de vida, pelas nossas dificuldades e enfrentamentos, que juntas superamos pela fé em Deus e pelo companheirismo.

Aos meus eternos amigos Néia, Adriana, Lídia, Denise, Antenor, Paulinho, Philiphe, Grazy, Ana Flávia e Catherine, sempre inesquecíveis.

À equipe de trabalho que considero de extrema competência e responsabilidade e que é uma extensão da minha família, compartilhando da construção de uma educação de mais qualidade e ajudando nela, Carla Garcia, Fabiana Guimarães, Fernanda Reis, Gabriel, Israel, Dr. Mario Falcão, Rafael e Virginia Soares.

Aos professores das disciplinas que contribuíram com os seus conhecimentos e ensinamentos.

Aos professores que participaram da minha banca de qualificação, pela grande contribuição no trabalho.

Aos gerentes de enfermagem Euclides Garcia e Rosângela Novembre, por serem um exemplo de gestão em enfermagem e por me apoiarem no momento mais difícil.

Aos coordenadores de enfermagem, Paulo Machado, Milena, Érica, Getúlio, Michele, Paulo Fernandes, Daniele, Karina, Mara, Andrenisia, Cibele, Cybele, Raquel, Márcia e Lindomar, que sempre me ajudaram e apoiaram nesta trajetória.

Ao Bernardo Santos, sempre disponível à me ajudar na estatística dos dados.

Às Irmãs, pela oportunidade de crescimento como profissional e como pessoa, fortalecendo os meus princípios e valores que vão ao encontro da filosofia da instituição.

A toda a diretoria do Hospital, por acreditar que o conhecimento e a pesquisa são fundamentais para o crescimento profissional e permitir a realização do estudo.

Aos Recursos Humanos, que me ajudaram desde o princípio com o meu desenvolvimento profissional.

Ao grupo de pesquisa “A senescência e a senilidade: desafios no cuidar em saúde”, que me ajudou a trilhar este caminho, com as contribuições no trabalho.

Aos idosos que participaram do estudo e que, em vários momentos, verbalizaram a importância e a contribuição para aqueles mais jovens e para aqueles que chegaram a terceira e a quarta idade.

*A vida não para, mesmo quando tudo pede
um pouco mais de calma, até quando o
corpo pede um pouco mais de alma, a vida
não para. (Lenine)*

FRANCISCO, CM. (RE) INTERNAÇÃO DE IDOSOS EM UM HOSPITAL PRIVADO: VULNERABILIDADES, FRAGILIDADES E ENFRENTAMENTOS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Resumo

Introdução: As (re) internações entre idosos vem aumentando no decorrer dos últimos anos, principalmente entre aqueles em idade mais avançada que levam a alta demanda da atenção terciária. Conhecer as vulnerabilidades, as fragilidades e os diagnósticos que os idosos estão sujeitos, balizados pela lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), podem orientar mudanças no cenário do cuidado. **Objetivo:** Analisar as vulnerabilidades, as fragilidades e o enfrentamento da doença em idosos internados num hospital privado. **Método:** Pesquisa prospectiva, quantitativa e qualitativa, realizada na Clínica Médica de um Hospital Privado do Município de São Paulo, entre fevereiro à dezembro de 2014. A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas, a primeira através de um questionário e a aplicação da Escala de Avaliação de Fragilidade de Fabricio-Wehbe, em pacientes clínicos idosos (acima de 60 anos) por amostra de conveniência, a segunda, realizada por amostra intencional, selecionados dentre os participantes da primeira etapa e com diagnóstico de ICSAP, por entrevista no domicílio, a partir de agendamentos por telefone, após a alta. Atendendo a Resolução 466/12, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e da Instituição Privada e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram utilizados o teste ANOVA e o teste exato de Fisher (significativo para $p \leq 0,05$), para os dados quantitativos e análise qualitativa, realizada através do programa Alceste. **Resultados:** Participaram do estudo 60 idosos e, destes, 12 participaram da segunda fase. Dos 60 idosos, 65% eram mulheres, 48% tinham 80 anos ou mais, 88.3% eram

brasileiros, 90% da raça branca, 68.3% católicos, 85.7% dos homens eram casados e 51.3% mulheres viúvas e 75.4% aposentados. Os diagnósticos mais freqüentes foram a pneumonia e infecção do trato urinário, correspondendo respectivamente a 21.7% e 18.3%. Somente as mulheres apresentaram infecção do trato urinário. Das comorbidades, destaca-se a hipertensão entre as mulheres 51.3% e a diabetes nos homens 34.8%. A perda urinária foi referida por 43.3%, sendo mais freqüente entre as mulheres (46,2%). Dos idosos, 41.7% não apresentavam fragilidades, 16.7% eram aparentemente vulneráveis, 23.3% possuíam fragilidade leve, 11.7% moderada e 6.7% severa. O teste de Fisher evidenciou uma marginal (0,051) da fragilidade com a idade, onde a forma leve e moderada predominou na idade avançada e a severa atingiu o grupo de 70 anos. Quanto as atividades preventivas, os homens (61.9%) freqüentaram as consultas mais vezes ao ano. Verificou-se que 95% dos idosos referiram ter sempre suporte social. Apesar de possuírem convênio de saúde, 61.7% utilizavam o SUS para algum tipo de serviço, ocorrendo em 64.1% das mulheres e em 57.1% dos homens. As internações por ICSAP (58.3%) foram mais freqüente entre as mulheres (69.2%), aumentando com a idade em ambos os sexos. As ICSAP são as internações que poderiam ser evitadas por ações da atenção primária e, os testes aplicados, mostraram que estão estatisticamente associadas à idade (0,017). Ao buscar conhecer as vulnerabilidades dos idosos, evidenciaram-se três categorias: na *individual*, as falas expressaram os enfrentamentos da doença e, as limitações que comprometem a vida diária e a existência de apoio familiar, apesar das relações sociais estarem comprometidas entre os mais dependentes; no *social*, o apoio econômico possibilitou o acesso e segurança no tratamento; e por fim no *programático*, verificou-se a facilidade de acesso, um itinerário terapêutico resolutivo, no entanto alguns se utilizaram de liminar judicial para ter o direito ao atendimento nos serviços de saúde. **Conclusão:** O fato de mais da

metade dos idosos internarem por ICSAP, mostrou a importância de investimentos na prevenção e controle de doenças na atenção primária, especialmente pelo perfil leve e moderado de fragilidades na idade avançada. A área individual é onde os idosos apresentam maior vulnerabilidade, principalmente quanto ao enfrentamento da doença. Enfim, esta população de idosos, mostrou-se privilegiada e de baixa vulnerabilidade.

Descritores: Idosos, Vulnerabilidades, Atenção Primária à Saúde

FRANCISCO, CM. (RE) ADMISSION OF ELDERLY IN A PRIVATE HOSPITAL: VULNERABILITIES, FRAILY AND CONFRONTATION [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The (re) admissions amongst elderly have been increasing in the last years, mainly those with advanced aged who lead to a high demand of tertiary attention. Know its vulnerabilities, its frailties and the diagnosis which the elderly are subjected, guided by the Brazilian list of admission by sensitive condition to primary attention (ICSAP), may orient changes in the caring scenario. **Objective:** Analyze the vulnerabilities, the frailty and the confrontation of the illness in admitted elderly in a private hospital. **Method:** Prospective research, quantitative, qualitative, performed in the Medical Clinic of a Private Hospital of the City of São Paulo between February and December of 2014. The gathering data were developed in two stages, the first through a questionnaire and the application of the Fabrício-Wehbe Frailty Assessment Scale, in elderly clinical patients (above 60 years) by convenience sample, the second performed by intentional sample, selected among the first stage participants and with diagnostic of ICSAP, by home interview, from telephone scheduling after the discharge. Complying the Resolution 466/12, the study were approved by the USP Ethics Committee in Research of the Nursing School and from the Private Institution, and the participants sign the Free and Clarified Consent Term. Were used the ANOVA test and the Fisher exact test (significant for $\leq 0,05$), for the quantitative data and the qualitative analyzes, performed through the Alceste Program. **Results:** Participated in the study 60 elders, and, from those, 12 participated in the second stage. From the 60 elderly, 65% were women, 48% had 80 years or more, 88,3% were Brazilian, 90.0% were Caucasian, 68.3%

Catholics, 85.7% of men were married, and 51.3% widow women, and 75.4% retired. The most frequent diagnostics were pneumonia and urinary tract infection, corresponding, respectively, to 21.7% and 18.3%. Only women presented urinary tract infection. From the comorbidity, stands out the hypertension amongst women, 51.3%, and the diabetes in men, 34.8%. The urinary loss were referred by 43.3%, being most frequent amongst the women (46.2%). From the elderly, 41.7% didn't show frailties, 16.7% were apparently vulnerable, 23.3% had mild frailty, 11.7% moderate and 6.7% severe. The Fisher test showed a marginal (0,051) of the frailty with the age, where the mild and moderate forms predominated in advanced age and the severe hit the 70-years-old group. About the preventive actions, the men, (61.9%) attended the appointments more times a year. It was found that 95% of the elderly reported always having social support. Although hold health insurance, 61.7% used the Brazil's Unified Health System (SUS) for some type of service, occurring in 64.1% from women and in 57.1% of men. The admission by ICSAP (58.3%) was most frequent amongst the women (69.2%), increasing with age in both sexes. The ICSAPs are the admissions that could have been avoided by primary attention action and the applied shown that are statistic associated to age. (0,017). In the search to know the elderly vulnerabilities, three categories were revealed: in the *individual*, the speeches expressed the confrontation of the disease, the limitations that compromise the daily life and the existence of the family support, even though the social relationships being compromised amongst the more dependents; in *social*, the financial support enabled access and security in treatment and; at last, in programmatic, it was found the easy access, a resolute therapeutic route, however, some obtained in junctions for having the right to health care services. **Conclusion:** The fact that more than a half of are admitted by ICSAP, shows the importance of the investment in prevention and disease control in the primary attention, specially by the

mild and moderate profile of frailties in advanced age. The individual area is where the elderly presented more vulnerability, mostly concerned to the confrontation of the decease.

Finally, the elderly population showed to be privileged and with low vulnerability.

Key-Words: Elderly, Vulnerabilities, Primary Attention to Health

LISTA DE TABELA

Tabela 1 -	Caracterização dos Idosos segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.....	77
Tabela 2 -	Perfil de Saúde dos Idosos na Admissão segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.....	82
Tabela 3 -	Aspectos de Promoção e Prevenção de Saúde dos Idosos segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.....	85
Tabela 4 -	Utilização dos Serviços de Saúde pelos Idosos segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.....	87
Tabela 5 -	Classificação das Fragilidades dos Idosos na Admissão segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.....	88
Tabela 6 -	Internações dos Idosos por CSAP e não CSAP segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.....	89
Tabela 7 -	Diagnósticos dos Idosos de acordo com ICSAP segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.....	89
Tabela 8 -	Comorbidades dos Idosos de acordo com ICSAP por sexo e idade, São Paulo, 2014.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Variável e respectivo parâmetro para composição do UCI.....	69
Quadro 2 -	Categorias evidenciadas de acordo com as classes determinantes extraídas pelo programa ALCESTE e Referencial Teórico.....	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Fragilidade associada à idade.....	88
Figura 2 -	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) associada à idade.....	90

LISTA DE SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID	Código Internacional de Doença
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRECI@	Centro de Referência da Cidadania do Idoso
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ILPIs	Instituições de Longa Permanência
ITU	Infecção do Trato Urinário
NCI	Núcleo de Convivência do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
URSI	Unidades de Referências em Saúde do Idoso
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	25
1. INTRODUÇÃO.....	28
1.1 Atenção primária como caminho da desospitalização.....	35
1.2 A problemática da internação hospitalar entre os idosos	39
2. OBJETIVOS.....	46
2.1 Objetivo geral.....	46
2.2 Objetivos específicos.....	46
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	48
3.1 Vulnerabilidade.....	48
3.1.1 Vulnerabilidade do indivíduo idoso na dimensão individual.....	48
3.1.2 Vulnerabilidade do indivíduo idoso na dimensão social.....	50
3.1.3 Vulnerabilidade do indivíduo idoso na dimensão programática.....	55
3.2 Fragilidades na população idosa.....	56
3.3 Internações por Condições Sensíveis á Atenção Primária.....	58
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	62
4.1 Cenário de estudo.....	62
4.2 Sujeitos da pesquisa.....	63
4.2.1 Primeira etapa.....	63
4.2.2 Segunda etapa.....	63
4.2.2.1 Critérios de Inclusão.....	64
4.2.2.2 Critérios de exclusão.....	64
4.3 Instrumentos da pesquisa.....	64
4.4 Coleta de dados.....	64
4.5 Aspectos éticos.....	65

4.6 Análise dos dados.....	65
4.6.1 ALCESTE (Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte).....	65
5. RESULTADOS	72
5.1 Caracterização da População.....	72
5.2 Categorias Identificadas na análise dos Discursos.....	91
6. DISCUSSÃO.....	95
6.1 Contextualização do Perfil da População	95
6.2 Contextualização dos Discursos dos Idosos.....	114
6.2.1 Vulnerabilidade Individual.....	115
6.2.1.1 Enfrentamento da Doença.....	115
A. Convivendo com os agravos e as limitações	115
6.2.1.2 Suporte Familiar.....	121
A. Medo de depender do Outro.....	121
6.2.1.3 Suporte Social.....	123
A. As relações sociais comprometidas.....	123
6.2.2 Vulnerabilidade Social.....	125
6.2.2.1 Suporte econômico.....	125
A. Gastos com Saúde.....	125
B. Atividade Laboral como apoio na estabilidade financeira.....	126
6.2.3 Vulnerabilidade Programática.....	129
6.2.3.1 Acesso à Saúde.....	129
A. As relação dos atores no processo Saúde-doença.....	129
B. Itinerário Terapêutico.....	133
C. Liminar Judicial.....	136
7. CONCLUSÃO.....	140
8. CONSIDERAÇÕES.....	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	148

APÊNDICES.....	
Apêndice A – Questionário para Caracterização dos Participantes.....	166
Apêndice B – Roteiro Norteador das Entrevistas.....	167
ANEXOS.....	
Anexo 1 – Escala de Fragilidade de Edmonton.....	168
Anexo 2 – Lista das Condições Sensíveis a Internação.....	169
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	170

Apresentação

APRESENTAÇÃO

A graduação em enfermagem foi o primeiro passo para tornar-me o profissional que sou hoje. Formada (em graduação em enfermagem) pela Universidade de Mogi das Cruzes em 1998, iniciei minha carreira como enfermeira no Hospital Santa Catarina e, onde permaneço até o presente momento, apesar de atuar em outra instituição de saúde e também na área de docência durante determinado período.

Foi no Hospital Santa Catarina que construí a minha carreira, sempre preocupada em buscar conhecimento que pudesse contribuir com a minha prática. Atuei na área da Clínica médica como enfermeira assistencial e, já entendendo a necessidade de ampliar os serviços de saúde na área de atendimento ao idoso, realizei em 2000 a pós-graduação lato sensu na área de Home Care pela Escola de enfermagem, da Universidade de São Paulo. À partir daí despertou o interesse em aprofundar-me na área de geriatria e gerontologia. Em 2002 conclui a pós-graduação lato-sensu em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo.

Em 2002 iniciei a minha participação na Comissão de Geriatria do Hospital Santa Catarina, com o objetivo de desenvolver estratégias como simpósios, congressos e palestras para a comunidade que pudessem ajudar os profissionais, familiares e idosos no processo de senescência e senilidade.

Mediante as minhas inquietações em relação a minha contribuição na área do idoso e, preocupada com o aumento da população idosa, os agravos de saúde e as incapacidades funcionais e cognitivas, em 2008 recebi o título de Mestre em Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Sob a

orientação da Profª Yeda Aparecida Duarte. Já nesta época, atuava como supervisora de enfermagem do Hospital Santa Catarina e, tive oportunidade de mudar algumas práticas de enfermagem em relação ao atendimento do idoso.

Em 2011, procurei a professora Suely Itsuko Ciosak com o propósito de realizar o Doutorado, entendendo que o meu crescimento como profissional e na área da geriatria dependia da busca continua do conhecimento. No decorrer do Doutorado, fui convidada à participar como membro do Comitê de Ética e Pesquisa e assumir a Coordenação da Educação do Hospital Santa Catarina. Hoje estou concluindo mais uma etapa da minha trajetória. Agradeço à Deus por esta vitória e, à todos que contribuíram para este momento.

1 Introdução

INTRODUÇÃO

A população mundial alcança mais de sete bilhões de pessoas e as pessoas idosas atingem níveis superiores ao de qualquer outra época da história, alcançando 700 milhões de idosos, sendo que este número aumentará para 1,2 bilhões em 2025, e dois bilhões em 2050 (Carvalho e Garcia, 2003; Chaimowicz, 2006; Batista et al., 2008; Carvalho e Rodríguez-Wong, 2008; Lozano, 2009; Veras, 2009, 2012).

Já no Brasil, considerado um país em desenvolvimento, a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (Veras, 2009). Essa velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que a que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado (Carvalho e Rodríguez-Wong, 2008; Veras, 2009, Kuchemann, 2012).

Percebe-se pela pirâmide etária brasileira que vem se alterando profundamente. O último censo aponta 20 milhões de pessoas idosas residentes no Brasil, o que representa 11% do total da população. Este cenário tende a ficar mais expressivo, isto porque as projeções apontam que este número irá triplicar nas próximas quatro décadas, passando para cerca de 65 milhões em 2050, que representará 49% de idosos na população (IBGE, 2010; Veras, 2012).

Explica-se este fenômeno demográfico pela transição da fecundidade, da mortalidade e pelo aumento da expectativa de vida. Também, devem-se considerar os avanços tecnológicos e científicos, bem como melhores condições de saúde e condições socioeconômicas (Carvalho, Rodríguez-Wong, 2008; Batista et al., 2008).

No entanto, mesmo com as grandes transformações que ocorreram nas últimas décadas, o grande desafio no âmbito das políticas públicas, ainda é priorizar a saúde, a educação, combater as desigualdades e, assim, melhorar as condições sociais e econômicas da população

brasileira, inclusive entre os idosos, que são mais vulneráveis às doenças crônicas e as complicações (Noronha e Andrade, 2005, Pelicioni e Pelicioni, 2007; Barros et. al., 2011).

Neste contexto, considera-se que a educação interfere nas questões econômicas, nas desigualdades sociais e de saúde, sendo mais favorável para aqueles que possuem um nível de escolaridade elevado (Noronha e Andrade, 2005, Pelicioni e Pelicioni, 2007; Barros et. al., 2011).

Mesmo que as classes sociais, menos favorecidas sejam mais vulneráveis, diferentemente de outras faixas etárias, os idosos sofrem mais e, geram demandas aos serviços de saúde, em busca de atendimento e resolutividade às suas necessidades. (Alvarenga e Mendes, 2003; Batista et al; 2008; Guerrero e Catalán 2011).

Em contrapartida, existem outras especificidades que podem influenciar na demanda dos serviços de saúde, como no caso as mulheres quando comparadas com os homens, que freqüentam mais as unidades de saúde em busca das suas necessidades de saúde, dos filhos, do marido ou dos seus pais (Cecílio, 2001; Gomes et.al., 2007).

Tais cuidados podem ser atribuídos ao fato das mulheres serem consideradas ou sentirem-se “provedoras do cuidado”, enquanto os homens atribuem valor ao trabalho e buscam manterem-se fortes para proteger e sustentar a família (Cecílio, 2001; Gomes et.al., 2007).

Por outro lado, existe também uma tendência de gênero, onde as mulheres estão sendo cada vez mais inseridas no mercado de trabalho e em áreas que até pouco tempo eram específicas para os homens, como por exemplo, a construção civil, que pode interferir demograficamente e epidemiologicamente no perfil de envelhecimento (Cecílio, 2001; Batista et al,2008).

Quando se pensa em necessidades de saúde e não em demanda, deve-se considerar o vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente, porque o valor que o idoso atribui a sua doença e como ele a enfrenta é determinado pela sua cultura, o meio ambiente onde ele mora, as condições de moradia, saneamento básico e a sua relação com a comunidade e as redes sociais (Cecílio, 2001, Egry e Oliveira, 2008).

Decerto estas condições expostas influenciam na escolha da porta de entrada, o idoso procura o atendimento com a finalidade de encontrar resolutividade do seu problema, ou seja, podem avaliar a disponibilidade do serviço, a proximidade do local onde mora e o tipo de tecnologia oferecida e que atendam às suas necessidades percebidas, como por exemplo, exames radiológicos e os medicamentos e quando não a encontra na atenção primária, procura os hospitais, aumentando a demanda dos serviços terciários (Cecílio, 2001, Alfradique et. al., 2009).

Em poucas palavras, retrata-se um outro cenário hospitalar, no qual nos últimos anos, constatou-se uma mudança no perfil epidemiológico da população, com o aumento do número de internações dos idosos com comorbidades, dependência física e a longa permanência (Feuerwerker e Cecílio, 2007).

Ora, se um dos objetivos da Política Nacional do Idoso na atenção terciária, é reabilitar o idoso e devolvê-lo à sociedade com autonomia e capacidade funcional preservada ou o mínimo de prejuízo, por outro lado, em decorrência das complicações, fragilidades e/ou evento adversos, pode haver o comprometimento da funcionalidade, trazendo sérios prejuízos aos idosos e longa permanência dentro da instituição hospitalar (Dias, Martins, Navarro, 2012; Rizzoli, Reginter, Bruyère, 2013).

Por isso, a tendência, em muitos países, inclusive no Brasil, é indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de sua família, em virtude do alto custo da assistência hospitalar e institucional (Floriani e Schramm, 2004; Silva et.al. 2007).

Ocorre que a família tem dificuldade de lidar com o idoso dependente, devido às mudanças e adaptações na estrutura física da casa, na dinâmica da família, no contexto social e nas finanças (Chiu, Shyu e Liu, 2001; Caldas, 2003; Silva et.al. 2007).

Outro ponto que deve ser considerado e já mencionado é a inserção feminina no mercado de trabalho e a queda da taxa de natalidade que conseqüentemente trouxe a redução do número de filhos tornando uma estrutura familiar mais encolhida e refletindo no número e no perfil de cuidadores dos idosos (Cecílio, 2001; Gomes et.al., 2007).

Provavelmente para algumas famílias manter o idoso em casa, acaba se tornando inviável, quando se considera a dinâmica da família, a falta de um cuidador que possa prover os cuidados e o custo elevado, fazendo com que a maioria opte por internações em instituições de longa permanência e hospitais (Floriani e Schramm, 2004).

Em termos de despesas, verifica-se que nas famílias com baixa renda, há comprometimento das finanças com a compra de medicamentos, enquanto que as de maior renda comprometem-na com os planos de saúde (Garcia et.al, 2013).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso prevê serviços alternativos à admissão hospitalar prolongada, dentre eles a atenção domiciliar que visa diminuir os custos e o número de atendimentos hospitalares, bem como, proporcionar humanização no atendimento sem descuidar do acompanhamento dos idosos em condições de dependência prolongada (Alvarenga e Mendes, 2003; Mac Adam et.al, 2009).

Esta modalidade de assistência domiciliar é realizada por profissionais da saúde que são custeados pela Saúde Suplementar ou pelo Sistema Público e ainda assim, os custos ainda são onerosos para a família pela necessidade de prover um cuidador formal ou informal que acompanhe o idoso durante e após a internação domiciliar. Hoje, pouco se conhece sobre o impacto econômico da dependência do idoso na família e no próprio sistema de saúde. Seria de fundamental importância para a formulação de políticas saber quais são os gastos de um paciente idoso com alto grau de dependência para o Sistema Único de Saúde, para os planos privados de assistência à saúde e para aqueles sem cobertura alguma (Caldas, 2003).

À luz desta discussão, também se faz necessário, no âmbito social, políticas públicas que ampliem as redes de apoio e que possam atender as necessidades dos idosos e seus familiares (Caldas, 2003).

Em adição, para atender esta população crescente e com as suas peculiaridades, é primordial o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que está fundamentado nos princípios de universalização, integralidade e equidade.

Outro ponto a considerar, quando se fala do impacto da doença na velhice, são as mudanças no mercado de trabalho, nas questões sociais, econômicas e políticas, e que geram grandes desafios, no âmbito político e econômico, efetivamente a situação previdenciária, ou seja a Seguridade Social, que historicamente faz parte da construção do Sistema de Saúde no Brasil (Caldas, 2003; Monteiro, 2012).

Ocorre que com o aumento da expectativa de vida, os benefícios, especificamente as aposentadorias tendem a se estender por mais tempo, de tal forma que mesmo com as reformulações na previdência, ainda não será suficiente para suprir as necessidades atuais e futuras que envolvem o processo de envelhecimento (Batista et al, 2008).

Há de se pensar que a idade cronológica é vista como um marco para a “velhice” e o idoso é considerado um “ser” não produtivo e não ativo no mercado de trabalho (Debert, 1999). Acontece que o envelhecimento é um processo normal decorrente das alterações fisiológicas e por isso não se pode considerar o idoso um “ser doente” e incapaz de produzir economicamente. Mesmo que apareçam as morbidades entre os idosos, as complicações podem ser preveníveis, evitáveis e tratáveis, tornando-o capaz de envelhecer com saúde física e mental (Veras 2009, 2012).

Essa exclusão social pode levar o idoso à depressão, dependência física, agravamento da saúde e até a morte. Por isso é importante a inserção do idoso no mercado de trabalho, no contexto social e econômico, visando um envelhecimento mais ativo e produtivo, do ponto de vista da saúde, social e econômico. Reforçando a prática do Estatuto do Idoso- Capítulo VI, no qual rege que “o idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas”.

Assim, considerando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania (Brasil, 1996); o modelo de vulnerabilidade que interliga os aspectos individuais, sociais e programáticos e que reconhece a determinação social da doença e se coloca como um convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade (Sanchez, Bertolozzi, 2007); e que, além disso, reforça o conceito de que a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e desigualdade social, que antecede o risco e determina processos diferenciados de saúde e doença e as possibilidades para o seu enfrentamento (Nichiata, Takahashi, Bertolozzi, 2008), torna-se importante este estudo, no qual possibilitará conhecer quais são as

vulnerabilidades e fragilidades que possam ter levado à internação dos idosos.

A dimensão do contexto envelhecimento é ampla e são inúmeras as implicações. Por isso é de extrema importância para viabilizar políticas favoráveis aos idosos, pensar na sua qualidade de vida, nas suas necessidades de saúde, no futuro destes, nos possíveis recursos econômicos, de saúde e social, na alta demanda de atendimento e no impacto do financiamento da saúde (Batista et al., 2008; Veras, 2012).

Sob esta visão exposta e ao longo de uma trajetória e com formação na área de geriatria e gerontologia, bem como a longa experiência dentro do contexto hospitalar, é válido ressaltar que é primordial que haja intervenções de prevenção, para se conseguir um envelhecimento mais ativo, sem agravos e incapacidades. Soma-se a isto, os resultados do estudo realizado entre os idosos do município de São Paulo, que mostrou que os fatores como, não ter diabetes, viver sozinho e praticar atividade física eram preditores de um envelhecimento sem incapacidades entre aqueles com 80 anos ou mais (Francisco, 2006).

Entretanto, mesmo frente aos conhecimentos em torno das fragilidades e susceptibilidades aos quais os idosos estão expostos, ainda há questionamentos que desafiam este estudo. Acredita-se que o investimento com a prevenção a ainda é o melhor em se tratando de custo-benefício. A perspectiva é que a saúde do idoso não esteja comprometida ao extremo, espera-se que o acompanhamento na atenção primária seja efetivo, que cada vez mais as pessoas tenham comportamentos saudáveis e um envelhecimento mais ativo.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CAMINHODA DESOSPITALIZAÇÃO

Considerando que serão 65 milhões de idosos no Brasil em 2050 e, conseqüentemente haverá maior incidência das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, câncer e hipertensão, comprometendo a qualidade de vida da população idosa, faz-se necessário políticas que possam reverter esta projeção, promovendo comportamentos saudáveis, como ter uma dieta saudável, evitar o consumo de álcool e não fumar, possibilitando uma terceira idade com saúde (Veras, 2009).

No campo da saúde coletiva, o monitoramento das condições de saúde de uma dada população, assim como dos fatores associados a essas condições, é um instrumento-chave para orientar estratégias de prevenção, que devem ter como objetivos: - interferir favoravelmente na história natural da doença; antecipar o surgimento de complicações; prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos (Veras, 2009).

A atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde, que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual através da promoção de saúde, prevenção de doenças e educação continuada (Starfield, 2002).

Nessa perspectiva, a prevenção é primordial, visto que o acompanhamento e as intervenções aos idosos, podem evitar ou diminuir os agravos e possibilitar a redução de suas internações. Mas para que as ações sejam efetivas, se requer uma atenção global à saúde destes, enfocando os aspectos cognitivos, psicológicos, biológicos e funcionais.

Além disso, a busca ativa das necessidades do idoso é essencial, reforçando a aproximação do profissional e estabelecendo

um vínculo com o idoso. Decorre que em situações como a não adesão ao medicamento e ao tratamento, bem como as ausências nas consultas médicas, muitas vezes, são analisados sob a ótica do profissional curativista, desconsiderando as necessidades do idoso, há portanto, necessidade de transformar o modelo hegemônico que foca no biológico para um modelo socioambiental que se preocupa com o emocional, psicológico e o social (Cecilio, 2001; Feuerwerker, 2005).

Cabe aqui, enfatizar a busca das reais necessidades de saúde do idoso, quais são de fato as considerações que o idoso tem em relação a sua saúde e a necessidade quando procura do serviço de saúde e a efetiva dificuldade em manter o tratamento.

Com isso, um grande desafio para a atenção primária é acompanhar o idoso, nas idas e vindas às unidades básicas de saúde (UBS), que muitas vezes são prejudicadas pelo grau de dependência, que o impossibilita de chegar até a UBS, a própria localização da unidade que dificulta o acesso, somado aos recursos financeiros precários ou até mesmo o fato da pessoa idosa não considerar importante o seu tratamento diante de outros problemas que ele enfrenta no dia-dia (Cecilio, 2001).

Por outro lado, no âmbito estrutural, a maioria dos programas não atende as necessidades de saúde dos idosos e dependendo do profissional que atende, não se estabelece vínculo de relação e este que não se sente à vontade em dar prosseguimento ao seu tratamento.

Tal contexto pode refletir no aumento de demanda para a atenção terciária, especificamente no aumento do número das internações da população idosa, que por serem mais frágeis e ficarem expostos aos riscos durante a internação, podem desenvolver complicações, como infecções, comprometimento pulmonar,

incontinência urinária, trombose venosa, úlcera por pressão e outras afecções, prolongando o período de internação (Paz, Eidt, 2006).

Assim, se as políticas sociais e medidas de prevenção na atenção primária não forem efetivas, a tendência é que cada vez mais haja idosos frágeis e suscetíveis as vulnerabilidades. Por isso, para que haja mais idosos com a capacidade funcional preservada e haja redução das internações hospitalares, as ações preventivas não devem apenas ser direcionadas a doença, mas sim para todo o contexto que tem representatividade para o idoso, como por exemplo, as crenças, a opinião de um amigo ou vizinho, ou de um de líder religioso. Enfatiza-se aqui, a aproximação e o conhecimento da população como estratégias que possam responder às necessidades e interesses da comunidade (Figueiredo e Ayres, 2002).

A intervenção primária aos idosos, com foco nas suas funções cognitivas e funcionais são medidas que podem retardar complicações e até evitar as internações, isto porque a diminuição ou a perda da capacidade funcional e cognitiva desencadeiam a piora clínica, aumentando o tempo de permanência hospitalar e as vezes até levando a morte, sem considerar que os agravos provocados pelas morbidades ou comorbidades pioram este quadro, tornando o cuidado a este idoso mais oneroso para o Sistema de Saúde (Sheiner, 2012).

Daí a necessidade e a importância da prevenção e controle da saúde dos idosos. Um estudo que acompanhou idosos com ações preventivas, mostrou redução das internações e gastos, reafirmando que as principais intervenções são a prevenção primária, o diagnóstico precoce e o tratamento correto (Valenzuela et al., 2007).

Entende-se, portanto que a prevenção de doenças, o acompanhamento, o diagnóstico e o tratamento precoce devem ter

como consequência a redução de agravos e das internações hospitalares (Estrella et.al. 2009; Alfradique et.al., 2009).

A ocorrência de problemas de acesso em uma população, ou subgrupo(s) desta, ao sistema de saúde ou de seu desempenho, podem refletir em altas taxas de internações o que constitui o que se denomina de internações por condições sensíveis à atenção primária (Alfradique et.al., 2009), atualmente utilizadas para avaliar a qualidade e efetividade da atenção primária.

Em busca da prevenção, têm-se desenvolvido políticas com o propósito de garantir a atenção ao idoso, por meio de diretrizes definidas que norteiam as ações no setor de saúde e as responsabilidades institucionais para o alcance da qualidade do atendimento ao idoso.

Dentro deste contexto, a (PNSPI) visa a promoção de envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional dos idosos, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.

1.2 A PROBLEMÁTICA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR ENTRE OS IDOSOS

Embora, a atenção terciária tenha como objetivo conseguir que as limitações impostas pela condição provocada pelo adoecimento ou agravo prejudiquem o mínimo possível o cotidiano e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades afetadas, a atenção primária ainda, é fundamental, principalmente para a saúde do idoso, para que esta não seja comprometida ao extremo, a ponto de não se conseguir mais reverter os quadros de saúde desenvolvidos.

As internações entre idosos vem aumentando no decorrer dos últimos anos. Estes internam com maior frequência, são os mais suscetíveis às complicações e ao comprometimento da capacidade funcional e o tempo de internação é maior quando comparado com outras faixas etárias (Siqueira et.al. 2004; Valenzuela, 2007; Guerrero e Catalán, 2011; Kelley et.al. 2012).

Guerrero e Catalán (2011), apontam que o aumento do tempo de internação ocorre entre as pessoas mais idosas, que vivem sozinhas, com dependência física e cognitiva severa e com algum risco ou problema de exclusão social.

No Brasil, a média de internações entre os idosos com 60 anos ou mais, foram de 2.5 milhões em 2012, 2013 e 2014, que correspondem à 19% do total das internações hospitalares (DATASUS, 2015).

Este cenário é decorrente do aumento das doenças crônicas degenerativas entre os idosos, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Doença Renal Crônica, Diabetes, Acidente Vascular Cerebral, Ataque Isquêmico Transitório, e Insuficiência Cardíaca Congestiva (Kelley, et.al, 2012). Além do que, são as comorbidades e os acometimentos da funcionalidade física e cognitiva, que geram impacto

na qualidade de vida e demanda de atendimento na saúde pública, como as internações e as re-internações (Neupane et.al, 2010).

Diante do aumento da população idosa e das demandas de saúde, deve-se considerar o crescimento nos gastos com saúde, visto que pode comprometer a sustentabilidade financeira de todo o sistema de saúde, com conseqüências sobre a oferta e qualidade dos serviços prestados à população (Berenstein e Wajnman, 2008; Rodrigues e Afonso, 2012).

Ocorre que em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade própria de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, uso mais freqüente dos serviços de saúde, contribuindo para que os gastos no setor aumentem de forma substancial, tendendo a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas (Veras, 2009, 2012).

Este percentual é expressivo, considerando a proporção de idosos em relação a população brasileira e o total das internações das outras faixas etárias, pois quando se compara o grupo com idade inferior aos 20 anos com grupo de idade igual ou superior a 60 anos, o percentual entre os idosos é ainda mais notório. O custo médio de internação de uma criança ou adolescente foi de R\$ 926,06, adulto de R\$ 961,36, enquanto um indivíduo com 60 anos foi de R\$ 1.404,97 (DATASUS, 2012).

Portanto, o gasto com internação do idoso é superior, sendo mais visível quando se compara a proporção de pessoas idosas com o restante da população brasileira. Em 2012, ocorreram 2,236 milhões de internações entre o grupo com idade inferior a 20 anos, 4,468 milhões de internações no grupo com idade entre 20 e 59 anos e 2,050 milhões

na faixa etária de 60 anos ou mais, sendo que os gastos com as internações representaram cerca de R\$ 2 bilhões, R\$ 4 bilhões e R\$ 3 bilhões respectivamente, ou seja, os gastos com as internações de idosos corresponderam a 30% (DATASUS, 2012). Mostrando que o gasto per capita nos idosos é em torno de 50% maior que as outras faixas etárias.

Assim a maior parte dos gastos com internações ocorre entre os idosos, em alguns casos, com o propósito de prolongar a vida destes são utilizados procedimentos invasivos, desencadeando custos elevados (Sheiner, 2004; Rodrigues e Afonso, 2012).

Torna-se desafiador para os dois segmentos, o público e o privado, o aumento de receitas e à redução das despesas. Isto porque no que tange a Política de Saúde no Brasil, uma das diretrizes é a inclusão social universal e por isso as necessidades de recursos financeiros do setor tendem a ser sempre crescentes, ainda mais, se considerarmos o aumento e envelhecimento da população, as características próprias do nosso processo de transição epidemiológica e a rapidez do desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias (Carvalho, 2007).

Assim, é necessário fortalecer os programas já existentes, como as centrais de internação, de consultas e de exames, com a utilização de protocolos e diretrizes clínicas validadas por evidências científicas, de forma a evitar procedimentos desnecessários, equivocados ou duplicados, além de viabilizar a melhoria do acesso da população aos serviços, consolidando assim o “Pacto pela Saúde” (Portaria GM/MS nº 399 de 2006) e as “centrais de regulação” já existentes, a maioria voltada à organização da atenção hospitalar (Carvalho, 2007).

Além disso, o investimento em recursos na vigilância à saúde e na atenção básica pode viabilizar a redução de riscos e preservação da saúde e a longo prazo, o efeito de evitar gastos maiores com a

recuperação e reabilitação de pacientes (Marques e Mendes, 2003; Carvalho, 2007).

Portanto as medidas preventivas podem fazer com que os gastos com as doenças típicas dos idosos diminuam, caso seja possível evitar ou retardar o aparecimento de doenças que impliquem gastos em recursos tecnológicos mais sofisticados e um maior tempo de permanência em hospitais.

Em suma, o idoso consome mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior devido à multiplicidade de patologias, quando comparado a outras faixas etárias. Por isso a Saúde Suplementar e Setor Público começam à investir na medicina preventiva, visto que se torna cada vez mais oneroso manter os idosos nos hospitais (Feuerwerker e Cecílio, 2007; Estrella et.al. 2009).

Para a saúde suplementar, as internações dos idosos por longo período implicam em gastos elevados com diárias, procedimentos e medicamentos, além dos riscos a novas complicações, onerando cada vez mais a internação. Por outro lado, as internações de longa permanência podem comprometer a rotatividade dos leitos hospitalares e a rentabilidade do serviço.

Soma-se a isto, as internações de longa permanência decorrente de problemas sociais, onde para algumas famílias torna-se apropriado manter o idoso internado, quando se pensa no enfrentamento da doença no domicílio, pela sobrecarga nos cuidados, tempo despendido, agravos da saúde e nos custos. Nesse sentido o idoso pode permanecer internado, sob a ótica de questões sociais e não mais médica.

Há que se considerar a fragilidade entre os idosos e o “desconhecido”, como os procedimentos invasivos, o espaço físico e as pessoas, fatores que podem se intensificar durante a hospitalização

e agravar a situação de saúde do idoso, tornando-o mais frágil e predispondo à limitação ou a perda total da capacidade de desempenhar, de forma independente, suas atividades cotidianas (Paz e Santos, 2006).

Isso porque a suscetibilidade a complicações e as iatrogenias durante a internação, é maior entre os idosos quando comparadas a outras faixas etárias. É como um efeito cascata, os idosos são mais suscetíveis aos riscos iatrogênicos e, estes, se intensificam quando tem a presença de um ou mais fatores, como, maior tempo de internação, maior o número de medicamento, presença de infecção durante a internação, maior número de síndromes geriátricas, incontinência esfincteriana, instabilidade postural, imobilidade e presença de delirium (Szlej et al, 2008; Castro Sales et al., 2011).

Recomenda-se cautela permanente quanto aos benefícios e riscos desenvolvidos em internações hospitalares, pois as iatrogenias, o *delirium* e o declínio funcional, podem resultar em piora do estado geral e da qualidade de vida do idoso durante e/ou após a hospitalização (Santos e Ceolim, 2009). Deve-se considerar também, a existência das intervenções desnecessárias durante a internação e, que podem desencadear “risco de adoecimento iatrogênico”. A presença de um ou mais evento iatrogênico pode agravar as condições de saúde do idoso e desencadear complicações que podem levar a morte (Siqueira et al., 2004; Szlej et al., 2008).

A rastreabilidade do resultado adverso, ou seja, a presença de infecção do trato urinário, úlcera de pressão, pneumonia hospitalar, choque/parada cardíaca, hemorragia digestiva alta, sepse hospitalar, trombose venosa profunda, complicações do sistema nervoso central, infecção de ferida operatória, insuficiência respiratória e distúrbio

metabólico são indicadores de qualidade que mostra a ineficiência da assistência de saúde dentro do contexto hospitalar (Dias et al., 2012).

Cabe ao profissional de saúde intervir com olhar mais crítico em relação as necessidades do idoso e da família, direcionando a alta com segurança. Por outro lado, é importante investigar entre os idosos que internam, a efetividade da atenção primária à saúde, objetivando diminuir as admissões hospitalares por um determinado grupo de doenças, relacionadas na lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), que representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária, diminuiria o risco de internações (Alfradique et.al. 2009;; Rehem et.al, 2012).

Para a Saúde Coletiva, é primordial manter a qualidade de vida do idoso sem os comprometimentos funcionais e complicações. Por isso busca-se novas possibilidades de prevenção e perspectivas, distanciando cada vez mais das internações.

Na assistência ao idoso, o foco deve ser direcionado para os quatro níveis de prevenção, com maior cuidado e atenção: a primária objetivando a inibição do desenvolvimento de uma doença antes que ela ocorra, a secundária diagnosticando de forma precoce e o tratamento da doença, a terciária atuando na reabilitação ou recuperação da pessoa doente e a quaternária buscando ações que atenuem ou evitem as conseqüências do intervencionismo excessivo da equipe de saúde, considerando que os idosos, possuem redução fisiológica da sua reserva funcional e conseqüente riscos de eventos adversos, sendo a mais comum a farmacológica (Norman e Tesser, 2009).

2 Objetivo

2. Objetivo Geral

- Analisar as vulnerabilidades, as fragilidades e o enfrentamento da doença em idosos internados num hospital privado.

2.1 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil sócio demográfico dos idosos
- Conhecer os principais agravos/patologias que levaram a internação do idoso;
- Identificar as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) e por que ocorreram.
- Conhecer o itinerário terapêutico do idoso antes chegar à internação;
- Identificar as vulnerabilidades dos idosos frente a internação.

3 Referencial Teórico

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando que é primordial conhecer as vulnerabilidades que antecedem os riscos, as fragilidades que comprometem a funcionalidade e os diagnósticos que compõe a lista brasileira de interações por condições sensíveis à atenção primária, optou-se por estes referenciais no presente estudo.

Portanto, para a análise dos dados foram utilizados os seguintes referenciais teóricos:

3.1 VULNERABILIDADE

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, e expõe os idosos às vulnerabilidades, cujas dimensões são desencadeadas de acordo com a história de vida e do contexto social, econômico e familiar que ele está inserido (Paz, Eidt, 2006).

Segundo Ayres, et.al. (1999) a vulnerabilidade pode ser vista em três planos interdependentes de determinação, a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática:

3.1.1 Vulnerabilidade do indivíduo idoso na dimensão individual

A Vulnerabilidade Individual - refere-se "ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos (Ayres, et.al., 1999).

Devemos levar em consideração que o processo de envelhecimento envolve diversas variáveis no que diz respeito às transformações sociais, biológicas e psicológicas, pelas quais passa o indivíduo que atinge esta etapa de vida (Alonso, 2011).

A maneira como se vive, as condições de saúde e trabalho podem interferir na diminuição da capacidade funcional e na expectativa de vida, mas essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena, pois a velhice constitui uma etapa a mais da experiência humana e portanto, pode e deve ser uma fase positiva do desenvolvimento individual e social. Não se pode considerar a velhice apenas como patogênica; são as condições da sociedade em relação à resistência individual que determinam o surgimento da doença (Moragas, 2010).

O passado e o contexto de vida atual devem ser relacionados com outras variáveis para viabilizar uma melhor compreensão da dinâmica desta transição, que é o envelhecimento. As características da personalidade individual, assim como os seus processos de modificação e adaptação, são de extrema utilidade para a elaboração de estratégias, como um caminho para uma transição saudável entre a meia idade e a idade mais avançada (Alonso, 2011; Pavarini et al., 2009).

O controle das doenças, como a hipertensão arterial e a diabetes não se resume apenas em tratamentos medicamentosos. A possibilidade de prevenir as complicações como, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doenças Coronarianas e Doenças Arteriais, depende de hábitos saudáveis como as dietas e exercícios físicos, além de acesso às condições melhores de moradia e higiene.

Ainda, no âmbito individual, a busca pelos serviços de saúde depende de como o idoso reconhece a doença, ou seja, o quanto é importante cuidar da saúde por meio da prevenção e tratamento, entendendo que ele recebe e processa a informação, de acordo com suas crenças e valores, com o grau de escolaridade e a capacidade cognitiva.

Dentre os vários fatores que desencadeiam as doenças e agravos, a prática de hábitos não considerados saudáveis, como o uso de tabaco e o etilismo podem trazer sérios prejuízos a saúde, sendo considerado um problema de Saúde Pública e de difícil controle.

Além disso, entende-se que ter hábitos alimentares inadequados, sedentarismo não depende apenas de recursos financeiros, mas, também de aspectos culturais, da aceitação de mudanças e do reconhecimento dos efeitos maléficos à saúde.

Mas, o fortalecimento da Política Nacional do Idoso que prevê o envelhecimento saudável, por meio da prevenção e promoção de saúde, preservando a capacidade funcional, bem como as políticas de saúde e sociais podem ajudar a mudar este cenário.

3.1.2 Vulnerabilidade do indivíduo idoso na dimensão social

No âmbito da Vulnerabilidade Social que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições (Ayres, et al., 1999).

A condição de saúde e a expectativa de vida, mesmo em países ricos não dependem primordialmente do número de médicos ou de hospitais per capita, pelo contrário, depende essencialmente de abrigo, água potável, nutrição, vacinação, estilo de vida e educação adequada (Barchifontaine, 2006). Por isso, as condições culturais, econômicas e políticas precisam ser consideradas, quando se deseja compreender as razões pelas quais as pessoas pensam, fazem e querem coisas que as expõem a um agravo de longa duração (Paz e Eidt, 2006).

Estas questões sociais entre os idosos são de grande impacto no processo de envelhecimento. Um exemplo é a escolaridade, como já mencionado anteriormente, tem sido um expressivo indicador de condições sociais precárias, ou seja, os que vivem na pobreza são na maioria, analfabetos, ou com poucos anos de estudos (Santos et.al, 2010).

As condições socioeconômicas desfavoráveis os colocam em situação vulnerável, muitas vezes moram em cortiços apertados, sem janelas, junto a todos os tipos de pessoas, suportando o mau cheiro e falta de privacidade. Nas favelas, as casas são construídas uma à uma, ficando pouco espaço para circulação dos pedestres. São cômodos muitas vezes apertados, abafados, sem circulação que podem propiciar as doenças entre os moradores. A ausência de rede de esgoto, a dificuldade do acesso do coletor de lixo, faz com que aumente a proliferação dos ratos. Neste contexto, pessoas que vivem em situação econômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como crianças e idosos (Feliciano et.al, 2002).

Hoje, esta precariedade atinge proporções nunca imaginadas, a ausência de serviços de infra-estrutura, como as condições de segurança de moradia, com risco de desmoronamento, de inundação, de incêndio devido a ligações elétricas precárias, além do perigo de se contrair moléstias infecciosas decorrentes do acúmulo de lixo e de condições insatisfatórias de higiene. Persiste igualmente o perigo de contágio devido à promiscuidade decorrente do acúmulo de pessoas num diminuto espaço físico, sem condições de salubridade e, atualmente, de poluição com resíduos industriais e contaminação com material radioativo (Sampaio e Pereira, 2003).

O número maior de pessoas morando no mesmo domicílio, se dá nas famílias mais pobres, muitas vezes por uma questão de

sobrevivência, ou seja, dependem financeiramente dos idosos, sendo muitas vezes a única renda da família (Alonso, 2011). Por outro lado, cresce a quantidade de idosos brasileiros morando sozinhos. Existem alguns fatores que reforçam essa tendência que são a redução do número de filhos, o aumento de divórcios, as mudanças de estilo de vida, o individualismo, a melhoria nas condições de saúde da população idosa e a maior longevidade (Camargos et.al, 2000).

Os resultados de um estudo com idosos paulistanos indicaram uma associação entre o aumento da renda e morar sozinho, de forma significativa (Camargos et.al, 2000). Já, outro estudo realizado na Itália, mostrou que os idosos que viviam sozinhos, eram mais velhos, recebiam pouca assistência dos cuidadores, tinham melhor desempenho funcional e cognitivo, porém pior estado emocional, apresentavam mais vulnerabilidade social e financeira e um maior risco de depressão e, entre os idosos frágeis houve também uma maior prevalência de demência (Bilotta et al., 2008).

De acordo com o Estatuto do idoso é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Assim, o idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda, em instituição pública ou privada. E se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

A secretaria Municipal de São Paulo dispõe de uma rede de proteção social aos idosos:

- O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que atende indivíduos e famílias e tem como objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e de aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania;
- O Centro de Referência da Cidadania do Idoso (CRECI@), serviço de referência, proteção e defesa de direitos da pessoa idosa, oferece atendimento de modo individual e coletivo e estimula a participação social. É um espaço difusor de conhecimento e intercâmbio de experiências inovadoras, objetivando fortalecer as políticas públicas e disseminar práticas qualificadas para os demais parceiros da rede de proteção ao idoso. Além da atenção direta aos idosos; é referência para qualificação institucional e defesa dos direitos, mantendo estratégias de trabalho articulado com a rede de proteção social ao idoso;
- Apoio sócio alimentar que consiste em visitas domiciliares com a entrega de refeições prontas e aquecidas para idosos em situação de risco pessoal e social;
- Núcleos de Convivência do Idoso (NCI) e Centro de acolhida especial para idosos que oferecem atendimento integral a idosos independentes, abrigamento provisório, garantindo acolhimento digno e resgate da cidadania.

Enfim, apesar destes serviços ainda serem insuficientes para atender os idosos e a família, são recursos que podem auxiliar a família no momento de decisão, viabilizando condições mínimas de qualidade

de vida, seja através do apoio dos filhos, netos ou outros parentes em relação ao seu familiar idoso ou por meio de serviços públicos ou privados. (Alonso, 2011).

E quando não há uma estrutura familiar que possa atender ou entender as necessidades do idoso, outro cenário aparece, a violência entre os idosos, seja, a física, o abandono, a negligência ou a psicológica. São idosos frágeis que não tem o poder de decisão e, por isso submetem-se aos atos de violência. Ainda não é possível mensurar com precisão o número de idosos que sofrem violência, devido as sub notificações, mas sabe-se que este número é expressivo.

Além da dificuldade que os idosos têm em denunciar os maus-tratos que sofrem, muitos, apesar de afirmarem conhecer, não têm, na verdade, a consciência da abrangência de seus direitos, outros não conseguem se aproximar da delegacia, e muitos padecem do medo de denunciar aqueles que os cuidam (Souza et. al., 2007).

Estudo realizado em Fortaleza constatou que mais da metade dos casos de violência foram por abandono de idosos, com maior predominância entre as mulheres. Observaram-se, nos processos investigados, que os filhos são os principais agressores, seguidos de parentes e de órgão públicos (Souza et. al., 2007).

As violências contra os idosos se expressam em tradicionais formas de discriminação, como o atributo que comumente lhes é impingido como “descartáveis” e “peso social”. Por parte do Estado, com esse grande regulador do curso da vida, o idoso hoje é responsabilizado pelo custo insustentável da Previdência Social e, ao mesmo tempo, sofre uma enorme omissão quanto as políticas e programas de proteção específicos (Minayo, 2002).

Cabe então assinalar que as desigualdades sociais também indicam riscos diferenciados de sofrer violência e os mais pobres são

especialmente vulneráveis (Minayo, 2004). Assim, no âmbito da política, mesmo sendo um número expressivo de eleitores, ainda não existe por parte dos governantes a preocupação em ações políticas que possam atender a esse perfil de população, idosos que ainda sofrem de problemas sociais como, a marginalização, o abandono, a solidão e serviços que não atendem as demandas e as necessidades de saúde do idoso (Lima e Bueno, 2009).

3.1.3 Vulnerabilidade do indivíduo idoso na dimensão Programática

Por isso, o conhecimento acerca da Vulnerabilidade Programática consiste na avaliação dos programas que respondem ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (Ayres, et al., 1999).

Como forma de fortalecer o Estatuto do idoso que incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento e reabilitação.

Dentre os serviços, estão as Instituições de Longa Permanência (ILPIs) que visam atender os idosos dependentes, sem recursos financeiros e sociais, utilizando o serviço por opção própria ou da família.

Outros serviços, como as Unidades de Referências em Saúde do Idoso (URSI), visam garantir a atenção integral à saúde no nível secundário da atenção, para que o idoso permaneça na comunidade durante o maior tempo possível e com a maior capacidade funcional atingível. Atende a população idosa com doenças de maior complexidade, como, por exemplo, demência, seqüelas de acidente vascular cerebral e alterações de equilíbrio.

No entanto a quantidade destes serviços ainda não é suficiente para atender a população idosa e seus familiares. Além disso, é baixa a divulgação dos serviços disponíveis para pessoas idosas, dificultando o acesso. Existe a necessidade de fortalecer as políticas já existentes para que possam atender as desigualdades sociais, como o direito à saúde. Para isso, cabe novas discussões e ações que possam resultar em um modelo de saúde igual para todos.

Além disso, a busca pelos serviços de saúde depende de diversos fatores, a maneira como profissional transmite a informação e, estabelece vínculo, valorizando as necessidades individuais da pessoa idosa, bem como a resolutividade do problema. Desta forma, é provável que haja aumento da procura aos serviços, adesão e efetividade no tratamento e/ou nas intervenções preventivas.

3.2 FRAGILIDADE NA POPULAÇÃO IDOSA

Considera-se, o indivíduo em situação de fragilidade, mediante a manifestação de cinco domínios: a perda de peso não intencional, fraqueza muscular (força de preensão), auto-relato, exaustão, lentidão de caminhada (ou seja, baixa velocidade de marcha) e baixa atividade física (Fried et al. 2001).

Os estudos relatam que alguns fatores predispõem à fragilidade, como ser mulher, de raça negra, idade avançada, baixa renda e escolaridade, bem como comorbidades e prolongamento do tempo de permanência na internação (Andrew e Keefe, 2014; Mello et al. 2014).

Entre as pessoas idosas, a fragilidade intensifica os agravos de saúde, as incapacidades, institucionalização, levando até a morte. Portanto, torna-se um indicador ao nível de atenção à saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária (Orueta Sanchez, 2008; Pegorari e Tavares, 2014).

Apesar das mulheres serem consideradas mais frágeis que os homens, possivelmente decorrente dos processos históricos que as colocam em condições sociais e econômicas desfavoráveis ao longo de décadas, enfatiza-se que este cenário está mudando, reforçando que elas não estão tão frágeis, pelo contrário buscam mais cuidados de saúde e alcançam maiores expectativas de vida. Outro ponto à considerar é o crescimento populacional, as mulheres são a maioria quando comparado aos homens, influenciando nas amostras dos estudos e, muitas vezes nos resultados.

Dentre os agravos em situação de fragilidade estão as incapacidades funcionais, que dificultam as atividades de vida diárias como a higiene, alimentação e mobilização, sendo cada vez mais necessário a ajuda dos familiares ou de um cuidador.

Na atenção terciária o rastreamento da fragilidade possibilita realizar intervenções que possam evitar ou reduzir a progressão e, conseqüentemente diminuir o tempo de permanência, visto que quanto mais frágeis são os idosos, mais dias permanecem internados, ou ao contrário, quanto maior o prolongamento da internação maior o risco de desenvolver fragilidade.

Além disso, o conhecimento acerca das fragilidades entre os idosos que internam, torna-se um indicador para a atenção primária no âmbito da prevenção e da promoção da saúde, que busca manter os idosos autônomos e livres das incapacidades.

3.3 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família veio reorganizar a APS de acordo com os preceitos do SUS, para a superação do modelo assistencialista hospitalocêntrico, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. Deve se constituir como porta de entrada para o sistema de saúde, tendo como princípios a família como foco de abordagem, um território definido, a adscrição de clientela, o trabalho interdisciplinar, a corresponsabilização, a integralidade, a resolubilidade, a intersetorialidade e o estímulo à participação social (Brasil, 2004).

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) vem sendo utilizadas como indicadores de avaliação e monitoramento da atenção primária (AP) a saúde, permitindo conhecer a efetividade do atendimento no nível ambulatorial. Trata-se de um conjunto de problemas de saúde, ou seja, doenças que mediante ações preventivas, diagnóstico e tratamento precoce, bem como o controle e acompanhamento na atenção primária, possibilita a redução das internações (Alfradique et.al. 2009).

No Brasil a construção da lista de ICSAP foi adaptada (Alfradique et.al. 2009), para as condições brasileiras e publicadas em 2008, tendo como marco conceitual o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano, (2003). Esta lista é composta por 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos) (Brasil, 2008)

É um indicador que possibilita aos gestores medir a qualidade e efetividade das ações de prevenção e controle da saúde, buscando estratégias na redução das internações evitáveis, contribuindo para a redução dos custos de saúde.

Existem vários estudos que relatam as aplicações da ICSAP, (Rehem e Egry 2013; Torres e Ciosak, 2014, Melo e Egry, 2014), evidenciando que os diagnósticos que são evitáveis, como as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, hipertensão e infecção do rim e trato urinário, devem ser prevenidos, controlados e tratados na AP, buscando diminuir as hospitalizações, os agravos, tempo de permanência prolongado e mortalidade entre os idosos (Torres e Ciosak, 2014, Melo e Egry, 2014).

Outros estudos, apontam que podem reverter as ICSAP, como a redução do seguro privado para atendimentos ambulatoriais, que aumenta a procura do usuário e, conseqüentemente diminui as hospitalizações por ICSAP ou ainda o incentivo financeiro de acordo com o esquema de desempenho nos indicadores relacionados às ICSAP que possam trazer resultados na redução de internações emergenciais, dentre os quais estão o controle de hipertensão e diabetes que geram agravos.

Ainda, frente às estratégias que visam reduzir as internações hospitalares evitáveis, ressalta-se a importância da participação do usuário como ator principal, cercado de diversos fatores que interferem neste contexto de saúde, como o nível de educação, questões socioeconômicas, adesão à medicação, e a continuidade do cuidado

Em estudos, considerando a percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que poderiam ocasionar uma ICSAP, foram levantadas barreiras externas à competência da APS, como baixa escolaridade, dificuldade de compreensão das recomendações e adesão ao tratamento, fatores ambientais e socioeconômicos (Rehem, Egry, Ciosak, 2011), evidenciando concordância de que este indicador não deve ser utilizado para responsabilizar as internações somente à APS.

Não se pode desconsiderar que há outros determinantes sociais, que estão fora do controle da APS, evidenciando que a saúde não é único setor responsável pelo enfrentamento dos problemas de saúde dos indivíduos e devem ser consideradas ações intersetoriais (Campos, Theme-Filha, 2012; Rehem, 2011).

Portanto, são muitos os desafios relacionados à redução das internações que são evitáveis, não esquecendo que seja no âmbito do Sistema de Saúde, serviço de saúde ou na esfera profissional, deve existir sempre o comprometimento no atendimento as necessidades do usuário fundamentado nos preceitos éticos e nos princípios do SUS.

4 Percurso Metodológico

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, prospectiva, de caráter quanti-qualitativa, que permitirá aprofundar-se nas questões sociais, filosóficas e políticas da população estudada.

Considerando que diante do conjunto de dados quantitativos e qualitativos, os mesmos não se opõem, mas, pelo contrário, complementam-se, uma vez que a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (Minayo, 1994).

A análise de conteúdo fundamenta-se em um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2009).

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Clínica Médica de um Hospital Privado localizado no município de São Paulo. A instituição possui 337 leitos de internações, com especialidade em oncologia, ortopedia, cardiologia e neurologia. A Clínica Médica possui 31 leitos e 16 leitos respectivamente. A maioria dos pacientes são idosos, do sexo feminino, sendo a especialidade com mais frequência de internações a pneumologia e cardiologia, respectivamente. A média de internação por mês no ano de 2014 foi de 1799 pacientes, sendo que entre os idosos este número representou 360 internações por mês, o que equivale à 20% das internações. Na Clínica Médica internaram 309 idosos para tratamento clínico no ano de 2014, que representa 7% do total de internações de idosos. A filosofia da enfermagem é o atendimento humanizado, ético e com responsabilidade, composta pela gerência de

enfermagem, coordenação de enfermagem, supervisão de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem. O atendimento consiste na prática do modelo assistencial compartilhado, os pacientes são acompanhados pela equipe multiprofissional de acordo com o levantamento dos problemas/riscos e o objetivo é atender com qualidade e segurança, viabilizando um tratamento mais efetivo, diminuindo o tempo de permanência, dando apoio aos familiares e promovendo a alta segura.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram deste estudo, pacientes que internaram na Clínica Médica do Hospital, que atenderam aos critérios de inclusão e concordaram em participar da pesquisa. Foram considerados critérios de inclusão geral: idade 60 anos ou mais, ambos os sexos, conscientes e capazes de responderem verbalmente a entrevista.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, descritas a seguir:

4.2.1 Primeira etapa:

A amostra de conveniência, de acordo com a admissão de pacientes clínicos provenientes da internação ou do pronto atendimento durante o período da pesquisa.

4.2.2 Segunda etapa:

A amostra intencional (até que as resposta sejam saturadas) de idosos, selecionados dentre os participantes da primeira etapa, de acordo com os critérios estabelecidos:

4.2.2.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes que responderam a primeira etapa e que apresentarem ICAPS (Internação por Condições sensíveis à Atenção Primária) (Anexo 2);

4.2.2.2 Critérios de exclusão

- Óbitos dos pacientes que concluíram a primeira etapa e não conseguiram responder a segunda etapa;
- Pacientes que foram encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e não receberam alta para Clínica no período da coleta da segunda etapa;
- Pacientes que evoluírem com piora do quadro clínico, impossibilitando-os de responderem a segunda etapa;

4.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, cada qual utilizando instrumentos específicos.

1ª Etapa: caracterização dos participantes do estudo

- a. Questionário (Apêndice A), composto por dados sócio demográficos dos pacientes: data do nascimento, idade, sexo, estado civil, raça, religião, escolaridade, aposentadoria, atividade de trabalho, com quem vive, com quantas pessoas vive, moradia, diagnóstico de internação, Código Internacional da Doença (CID), comorbidades, internação nos últimos doze meses, tempo de permanência da última internação, frequência de consultas nos últimos doze meses, atividades física, participação de grupo/programa de saúde, frequência de exames periódicos, orientações de profissionais,

origem da internação (eletiva ou emergência), plano de saúde e se utiliza do Serviço Público.

b. Edmonton Frail Escala (ESF) (Anexo 1)

A aplicação do Edmonton Frail Scale, permitiu avaliar a fragilidade em idosos e considerando nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, investigados por 11 itens. Sua pontuação máxima é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise da fragilidade são: 0-4, não apresenta fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade severa (Fabricio-wehbe et.al., 2009).

2ª Etapa: Entrevista através de um roteiro estruturado (Apêndice B)

A entrevista buscou compreender o contexto social fora do hospital, quais foram as contribuições para a internação, o conhecimento da evolução da doença, a percepção dos cuidados em saúde e da necessidade do tratamento, se existe um vínculo com o profissional/serviço de saúde, as crenças e valores como tratamento da doença, qual o itinerário terapêutico, as redes de apoio e percepção da sua condição de vida.

4.4 COLETA DOS DADOS

Foi realizada no período de fevereiro de 2014 à Dezembro de 2014. A primeira etapa foi realizada quando o paciente internou na clínica médica e que atendeu aos critérios já estabelecidos. Após ser consultado quanto ao consentimento para participar do estudo e assinar o termo, foi aplicado a Edmonton Frail Scale e o questionário.

Após a conclusão da primeira etapa, de acordo com os critérios já estabelecidos para a segunda etapa, foram agendadas entrevistas individuais no âmbito domiciliar. Utilizou-se um roteiro de entrevista com auxílio de um gravador.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado mediante a autorização da Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e da Instituição Privada onde foram coletados os dados.

Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos da pesquisa e após tomarem ciência assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução 466/12 (Anexo 3).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram armazenados em um banco de dados em planilha Excel e analisados pelo programa computacional Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 15.0, e para a análise foram utilizados o teste ANOVA e o teste exato de Fisher (significativo para $p \leq 0,05$). Os resultados obtidos foram apresentados em tabelas de frequência e porcentagem. Para análise qualitativa foi utilizado o programa ALCESTE.

4.6.1 ALCESTE (Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte)

Desenvolvido por Max Reinert (1998), esse software conjuga uma série de procedimentos estatísticos aplicados a bancos de dados textuais, como entrevistas, obras literárias, artigos de jornais e revistas, entre outros (Camargo, 2005; Nascimento e Menandro, 2006).

Para melhor compreensão, abaixo está a descrição que aparece após a análise (Camargo, 2005; Nascimento e Menandro, 2006).

UCI: Unidade de Contexto Inicial - Unidade a partir da qual o programa efetuará a fragmentação inicial. Pode ser um capítulo de livro, uma matéria jornalística, uma resposta de entrevista.

UCE: Unidade de Contexto Elementar - Definida segundo critérios de tamanho do texto (número de palavras analisadas) e pontuação. “É a partir do pertencimento das palavras de um texto a uma UCE, que o programa Alceste vai estabelecer as matrizes a partir das quais será efetuado o trabalho de classificação.

UC: Unidade de Contexto - Agrupamento de UCE sucessivas dentro de uma mesma UCI, até que o número de palavras diferentes analisadas (contidas nessa unidade de contexto) seja superior ao limiar fixado na análise, são unidades estatísticas de peso idênticos.

Classe: pode ser definida como um agrupamento constituído por várias UCE de vocabulário homogêneo.

Lematização: operação de substituição de certas palavras por uma forma reduzida, que permite ao programa considerar equivalentes palavras com radical comum, que significam aproximadamente a mesma coisa, mas que diferem quanto ao gênero, ao número ou ao fato de serem substantivos, adjetivos ou advérbios. Por exemplo: AMOR, AMORES, AMOROSOS, são substituídas no texto pela forma AMOR+.

AFC: Análise Fatorial de Correspondência. Cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas.

Existem quatro etapas de procedimento que compõem o método Alceste (Camargo, 2005; Nascimento e Menandro, 2006).

A Etapa (A) refere-se a uma “leitura” do texto e aos cálculos dos dicionários. O programa gera inicialmente a listagem em ordem alfabética de todo o vocabulário do corpus. Dessa lista deriva uma segunda, composta pelas formas reduzidas e palavras representadas por essas formas reduzidas, ou seja, um dicionário de formas reduzidas. Uma outra lista é produzida com as formas reduzidas mais freqüentes. Adjetivo, substantivo, pronomes, artigos são algumas das chaves categoriais utilizadas pelo programa nessa etapa para a primeira classificação do vocabulário.

Na etapa B são selecionadas as formas reduzidas com freqüência maior ou igual a 04. Nessa etapa também, são definidas as UCE, o que se dá, como já foi visto, segundo o critério de tamanho do texto ou de pontuação (por exemplo, ponto final = fim de uma UCE). Nessa etapa o Alceste realiza o cálculo de três cruzamentos (Classificação Hierárquica Descendente - CHD): a) Todas as UCE x todas as formas reduzidas; b) UC tamanho 1 x formas reduzidas selecionadas; c) UC tamanho 2 x formas reduzidas selecionadas. É formada uma matriz para cada um desses cruzamentos, na qual os valores 0 e 1 indicam, respectivamente, ausência ou presença de determinada palavra em uma UCE ou UCI.

O procedimento é continuamente efetuado até que não resulte em novas classes. Na análise standard, os tamanhos diferenciados de UC são definidos pelo programa (podendo também ser alterados pelo pesquisador, assim como vários outros parâmetros do Alceste) e se referem ao encadeamento de UCE sucessivas até que o número de palavras selecionadas seja maior ou igual ao valor estipulado. O objetivo de cálculos com dois valores de UC é avaliar se o tamanho do texto a ser considerado pode interferir na formação das classes.

Na etapa C os valores obtidos nas duas últimas CHD são comparados, e apenas a parte “estável” dos resultados é considerada na determinação dos perfis de classe, definidos pelo Q^2 de associação das formas reduzidas às suas respectivas classes. Relacionada a essa etapa está a Análise Fatorial de Correspondência que efetua o cruzamento entre as formas reduzidas com frequência maior do que 08 e as classes formadas.

A etapa D destina-se aos cálculos complementares e nela são formadas as listas de formas reduzidas associadas a contextos, que correspondem às classes anteriormente formadas e possibilitam a identificação das UCE características de cada uma das classes. São identificados ainda os segmentos repetidos, isto é, os trechos de frases mais recorrentes em cada classe. Por fim, realiza-se a Classificação Hierárquica Ascendente que consiste no cruzamento entre as UCE das classes e as formas reduzidas características da mesma classe.

Considerou-se para compor as UCI, as variáveis sexo, idade, saúde, doença, financeiro, família, problema, internação e fumar.

Quadro 1 – Variável e respectivo parâmetro para composição do UCI

Variável	Parâmetro
Sexo	sex_mas;sex_fem
Saúde	Saud_conv
Doença	doenc_cuid
Financeiro	finan_saud
Família	famil_ajud
Problema	probl_med
Internação	int_hosp
Fumar	fum_doenc

Mediante o processamento do ALCESTE, com base no chi-quadrado, foram extraídas as classes dominantes do discurso. As categorias foram discutidas segundo o Referencial Teórico “Vulnerabilidade”.

5 Resultados

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 60 idosos que responderam o questionário e a Escala de avaliação de fragilidade (Fabricio-wehbe et.al., 2009), destes 12 participaram da segunda fase, ou seja, foram entrevistados no domicílio, a partir de agendamentos pós alta. Embora houvesse intenção inicial de entrevistar maior número de idosos, ocorreram imprevistos que limitaram esta amostra, devido diversas recusas de entrevistas, após seu agendamento e a indisponibilidade de outros. Os dados coletados foram apresentados em dois tópicos: 1. caracterização da população de estudo e 2. categorias identificadas mediante análise de conteúdo dos discursos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Conforme Tabela 1, do total idosos que participaram do estudo, 65% eram mulheres e 48% tinham 80 anos ou mais.

Metade, 50.0%, eram casados, dos quais, 85.7% eram homens, destacando-se em todas as faixas etárias, 71.4% entre 60-69 anos e, surpreendentemente, 100% na faixa de 70-79 anos e 90.9% de 80 anos ou mais. Já as mulheres casadas que eram 30.8%, apresentaram percentual de 55.6% e 50.0% nas faixas de 60-69 anos e 70-79 anos, respectivamente, reduzindo drasticamente (5.6%), na faixa etária de 80 anos ou mais, (Tabela 1).

Em contrapartida, a viuvez destacou-se entre as mulheres 51.3%, verificou-se que era mais expressivo na faixa de 80 anos ou mais (88.9%), ao contrário dos homens, que apenas um homem, 4.8% referiu ser viúvo, (Tabela 1).

Constatou-se que 22.2% das mulheres eram solteiras, não sendo observado entre os homens. Mas, chama a atenção, que 33.3% das

mulheres eram divorciadas e entre os homens apenas um referiu ser divorciado, o que corresponde a 4.8%. (Tabela 1).

Analisando a nacionalidade, 88.3% dos idosos eram brasileiros, 94.9% eram mulheres e 76.2% homens. Evidenciou-se que 11.7% dos idosos eram estrangeiros, aparecendo mais entre os homens que eram 23.8%, sendo que 16,7% pertenciam a faixa entre 60-69 anos, 33,3% na faixa de 70-79 anos e 30% na faixa de 80 anos ou mais, (Tabela 1).

O catolicismo foi evidenciado em 68.3%, sendo nítido que entre as mulheres aumenta de acordo com o avanço da idade cronológica, tornando-se expressivo na faixa etária de 80 anos ou mais (83.3%), quando comparado com as faixas etárias de 60-69 anos (66.7%) e 70-79 anos (50%). A religião católica também está presente entre os homens (66.7%) e, ao contrário das mulheres, apesar da diferença de percentual ser mínima, observa-se que diminui com a idade avançada, 71.4% na faixa de 60-69, 66.7% de 70-79 anos e 63.6% na faixa de 80 anos ou mais. Nota-se que 13.3% dos idosos eram evangélicos, 33.3% dos homens e 25% das mulheres na faixa de 70-79 anos. Os adeptos à religião espírita representaram 10.0%, com um pouco mais de seguidores na faixa de 60-69 anos, 22.2% e 14.3%, entre as mulheres e homens, respectivamente. Apenas um homem referiu seguir a religião budista (9.1%), na faixa etária de 80 anos ou mais, (Tabela 1).

Em relação a escolaridade, quase metade (48.3%) dos idosos estudaram 12 ou mais anos, bem expressivo entre os homens (66,7%), no qual 85.7% tinham entre 60-69 anos, 100% de 70-79 anos, chegando a um pouco menos da metade na faixa de 80 anos ou mais (45.5%). Encontrou-se entre as mulheres um percentual menor, 38.5% estudaram 12 anos ou mais, diminuindo progressivamente com o avanço da idade, 44.4% com 60-69 anos, 41.7% com 70-79 anos e 33.3% aos 80 anos ou mais. No grupo de idosos que estudaram de 7

até 11 anos (25.0%), pouca diferença foi encontrado entre as mulheres (35.9%), quando comparamos com o grupo que estudaram 12 anos ou mais, no entanto, identifica-se que a proporção das mulheres aumenta em comparação aos homens, 33,3% estavam nas faixas de 60-69 anos e 80 anos ou mais, 41.7% entre 70-79, com uma redução considerável entre os homens, 9.1% na faixa etária de 80 anos ou mais. Aqueles idosos que tiveram a oportunidade de estudarem de 1 a 6 anos (21.7%), compuseram de 22.2% de mulheres na faixa de 60-69 anos e 80 anos ou mais e 33.3% de 70-79 anos, não havendo grandes diferenças entre os homens (23.8%), apenas perceptível uma redução na faixa de 60-69 anos que apresentou um percentual de 14.3% e, um aumento na faixa de 80 anos ou mais (36.4%). Entre aqueles sem escolaridade, 5% dos idosos, estavam duas mulheres (11.1%) e um homem (9.1%) na faixa de 80 anos ou mais, (Tabela 1).

Verificou-se que 90.0% dos idosos eram da raça branca, no qual 92.3% eram mulheres e 85.7% homens. Havia um aumento considerável entre as mulheres de acordo com o avanço da idade, 77,8% na faixa de 60-69 anos, 91.7% de 70-79 anos e 100% de 80 anos ou mais. Ainda, neste grupo, 85.7% dos homens e na faixa de 60-69 anos eram brancos, 100% na faixa de 70-79 anos e 81.8% na faixa de 80 anos ou mais. Apesar de pouca representatividade, quatro idosos eram da raça amarela (6.7%), destes três homens (14.3%) e uma mulher (2.6%). No grupo, houve apenas uma mulher da raça negra e outra da raça parda, 1.7% da população estudada, (Tabela 1).

Apesar de 76.7% referirem não trabalhar, chama atenção que um número considerável de homens, 85.7% e 66.7%, nas faixas etárias 60-69 anos e 70-79 anos, respectivamente, exerciam atividades de trabalho. Este percentual reduz entre as mulheres quando compara-se com os homens e de acordo com o avanço da idade, 33.3% na faixa de

60-69 anos, 8.3% na faixa de 70-79 anos e 11.1% na faixa de 80 anos ou mais referiram trabalharem, (Tabela 1).

De acordo com os resultados, 75.4% da amostra total referiram serem aposentados, destes 71.8% eram mulheres e 81.0% homens. Um aumento considerável foi observado com o avanço da idade, entre os homens, 57.1% na faixa de 60-69 anos, 66.7% de 70-79 anos e 100% com 80 anos ou mais. Já entre as mulheres, manteve-se um percentual de 77.8% e 75.0% nas faixas de 60-69 e 70-79 anos, respectivamente, diminuindo na faixa de 80 anos ou mais (66.7%). Quatro mulheres (10.3%) recebiam pensão, 22.2% na faixa etária com 80 anos ou mais, (Tabela 1).

Um percentual de 33.3% dos homens e mulheres idosos recebiam 1-4 salários mínimos, sendo observado que na faixa etária de 80 anos ou mais, havia um aumento de percentual, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, 63.6% e 44.4%, respectivamente. A renda variou entre 5-9 salários mínimos e 10 ou mais salários mínimos, 21.7% e 26,7%, respectivamente. Recebiam de 5-9 salários mínimos 30.8% das mulheres, observando-se redução de acordo com o aumento da faixa etária, 44.4%, 33.3% e 22.2%, nas faixas de 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais, respectivamente. Não sendo observado este resultado entre os homens, somente 4.8% destes, recebiam de 5-9 salários mínimos. No entanto, entre aqueles que recebiam 10 salários ou mais, destacam-se os homens, que entre os que recebiam, estavam mais presentes na faixa de 60-69 anos e 70-79 anos, 71.4% e 66.7%, respectivamente, com redução na faixa de 80 anos ou mais (9.1%). Nota-se uma redução no grupo das mulheres, apenas 11.1% recebiam 10 salários ou mais na faixa de 60-69 anos e, 33.3% e 16.7%, nas faixas de 70-79 e 80 anos ou mais, respectivamente. Além disso, percebe-se que no grupo de 80 anos ou mais, existe uma redução de percentual de salários mínimos, vejam que enquanto 44.4% das

mulheres recebiam de a 1-4 salários, 22% de 5-9 e 16.7% 10 ou mais, também observado entre os homens, 63.6% recebiam de 1-4 salários e 27.3% 10 ou mais. Ressalta-se que somando o percentual da renda de 5-9 e 10 ou mais salários mínimos, verifica-se que 51.3% são mulheres que pertencem a classe média, sendo que 55.5% estão na faixa de 60-69 e 66.6% na faixa de 70-79 anos. Com relação aos homens, 42.9% correspondiam a classe média, 83.4% a faixa de 60-69 anos e 66.7% na faixa de 70-79 anos , (Tabela 1).

Dos idosos entrevistados, 21.7% viviam sozinhos, destes 100% eram mulheres, sendo que as mulheres sozinhas representavam 33.3% na faixa de 70-79 anos e, 22.2% na faixa de 70-79 anos, aumentando na faixa etária de 80 anos ou mais (38.9%) . Entre os idosos que residiam com o cônjuge (51.7%), quando se compara os sexos, os homens representam o maior percentual (90.5%), aparecendo expressivamente em todas as faixas etárias, 85.7% , 100% e 90.0% entre 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais, respectivamente. Os dados apresentados mostram que 30.8% das mulheres viviam com o cônjuge, 55.6% na faixa de 60-69 anos e 50.0% entre 70-79 anos, com redução do percentual na faixa etária de 80 anos ou mais (5.6%). Poucos idosos viviam exclusivamente com os filhos e netos, 11.7% e 5.0%, respectivamente. Apenas um percentual de 38.9% das mulheres na faixa etária de 80 anos ou mais referiram morar com os filhos (Tabela 1).

Quando questionados os idosos em relação ao número de pessoas que residiam na casa, 21.7% não moravam com ninguém. Como reforço em relação ao resultado já mencionado acima, 33.3% das mulheres não moravam com nenhuma pessoa. Aquelas mulheres que moravam com uma ou, de duas a três pessoas, representavam respectivamente 30.8% e 28.2%, reduzindo perceptivelmente entre as que residiam com quatro à cinco pessoas, 7.7%.

Tabela 1- Caracterização dos Idosos segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.

	Feminino								Masculino								Total Geral 60 (100)			
	60-69 anos 9 (23.0)		70-79 anos 12 (31.0)		≥ 80 Anos 18 (46.0)		Total 39 (100.0)	60-69 anos 7(33.0)		70-79 Anos 3(14.0)		> 80 Anos 11(52.0)		Total 21(100.0)						
Estado Civil	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Solteiro	2	22,2	0	0,0	1	5,6	3	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,0		
Casado	5	55,6	6	50,0	1	5,6	12	30,8	5	71,4	3	100,0	10	90,9	18	85,7	30	50,0		
Viúvo	2	22,2	2	16,7	16	88,9	20	51,3	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	21	35,0		
Divorciado	0	0,0	4	33,3	0	0,0	4	10,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8	5	8,3		
União Estável	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8	1	1,7		
Nacionalidade																				
Brasileiro	9	100,0	11	91,7	17	94,4	37	94,9	6	85,7	2	66,7	8	72,7	16	76,2	53	88,3		
Estrangeiro	0	0,0	1	8,3	1	5,6	2	5,1	1	14,3	1	33,3	3	27,3	5	23,8	7	11,7		
Religião																				
Católica	6	66,7	6	50,0	15	83,3	27	69,2	5	71,4	2	66,7	7	63,6	14	66,7	41	68,3		
Evangélico	1	11,1	3	25,0	2	11,1	6	15,4	1	14,3	1	33,3	0	0,0	2	9,5	8	13,3		
Espirita	2	22,2	2	16,7	0	0,0	4	10,3	1	14,3	0	0,0	1	9,1	2	9,5	6	10,0		
Budista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	1	1,7		
Não Tem	0	0,0	1	8,3	1	5,6	2	5,1	0	0,0	0	0,0	2	18,2	2	9,5	4	6,7		
Escolaridade																				
Sem Escolaridade	0	0,0	0	0,0	2	11,1	2	5,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	3	5,0		
1 A 6 Anos	2	22,2	2	16,7	4	22,2	8	20,5	1	14,3	0	0,0	4	36,4	5	23,8	13	21,7		
7 A 11 Anos	3	33,3	5	41,7	6	33,3	14	35,9	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	15	25,0		
12 Anos Ou +	4	44,4	5	41,7	6	33,3	15	38,5	6	85,7	3	100,0	5	45,5	14	66,7	29	48,3		
Cor da Pele																				
Branca	7	77,8	11	91,7	18	100,0	36	92,3	6	85,7	3	100,0	9	81,8	18	85,7	54	90,0		
Amarelo	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	14,3	0	0,0	2	18,2	3	14,3	4	6,7		
Parda	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7		
Negra	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7		
Trabalho																				
Sim	3	33,3	1	8,3	2	11,1	6	15,4	6	85,7	2	66,7	0	0,0	8	38,1	14	23,3		
Não	6	66,7	11	91,7	16	88,9	33	84,6	1	14,3	1	33,3	11	100,0	13	61,9	46	76,7		
Aposentado																				
Sim	7	77,8	9	75,0	12	66,7	28	71,8	4	57,1	2	66,7	11	100,0	17	81,0	45	75,4		
Não	2	22,2	3	25,0	2	11,1	7	17,9	3	42,9	1	33,3	0	0,0	4	19,0	11	18,3		
Pensionista	0	0,0	0	0,0	4	22,2	4	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,7		
Renda (SM)																				
1 A 4	3	33,3	2	16,7	8	44,4	13	33,3	0	0,0	0	0,0	7	63,6	7	33,3	20	33,3		
5 A 9	4	44,4	4	33,3	4	22,2	12	30,8	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8	13	21,7		
10 Ou Mais	1	11,1	4	33,3	3	16,7	8	20,5	4	71,4	2	66,7	1	9,1	8	38,1	16	26,7		
Não referiram	1	11,1	1	16,7	3	16,7	6	15,4	1	14,3	1	33,3	3	27,3	5	23,8	11	18,3		
Reside Com																				
Sozinho	2	22,2	4	33,3	7	38,9	13	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	21,7		
Cônjuge	5	55,6	6	50,0	1	5,6	12	30,8	6	85,7	3	100,0	10	90,9	19	90,5	31	51,7		
Filho	0	0,0	0	0,0	7	38,9	7	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	11,7		
Neto	0	0,0	2	16,7	0	0,0	2	5,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	3	5,0		
Outros	2	22,2	0	0,0	3	16,7	5	12,8	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8	6	10,0		
Nº pessoas na casa																				
Nenhum	2	22,2	4	33,3	7	38,9	13	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	21,7		
1	4	44,4	3	25,0	5	27,8	12	30,8	3	42,9	2	66,7	3	27,3	8	38,1	20	33,3		
2 A 3	2	22,2	4	33,3	5	27,8	11	28,2	4	57,1	1	33,3	7	63,6	12	57,1	23	38,7		
4 A 5	1	11,1	1	8,3	1	5,6	3	7,7	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	4	6,7		
Casa onde Mora																				
Própria	8	88,9	11	91,7	17	94,4	36	92,3	5	85,7	2	66,7	9	81,8	17	81,0	53	88,3		
Paga Prestação	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	1	1,7		
Paga Aluguel	0	0,0	1	8,3	1	5,6	2	5,1	1	14,3	1	33,3	1	9,1	3	14,3	5	8,3		
Emprestada	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7		
Região de Moradia																				
Zona Central	1	11,1	2	16,7	5	27,8	8	20,5	1	14,3	2	66,7	2	18,2	5	23,8	13	21,7		
Zona Leste	2	22,2	2	16,7	1	5,6	5	12,8	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	6	10,0		
Zona Norte	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7		
Zona Oeste	3	33,3	3	25,0	3	16,7	9	23,1	1	14,3	0	0,0	1	9,1	2	9,5	11	18,3		
Zona Sul	1	11,1	3	25,0	7	38,9	11	28,2	3	42,9	1	33,3	3	27,3	7	33,3	18	30,0		
Grande ABC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0	2	18,2	4	19,0	4	6,7		
Outros	1	11,1	2	16,7	2	11,1	5	12,8	0	0,0	0	0,0	2	18,2	2	9,5	7	11,7		

Outro dado importante é que na faixa etária de 60-69 anos, 44.4% das mulheres moravam com uma pessoa, este percentual diminui entre a faixa de 70-79 anos e 80 anos ou mais, apresentando percentuais de 25% e 27.8%, respectivamente. O resultado entre os homens mostrou que 57.1% moravam com duas à três pessoas na faixa de 60-69 anos, este percentual é menor na faixa etária de 70-79 anos (33.3%), e maior na faixa de 80 anos ou mais (63.6%). Quando se analisa os dados do ponto de vista de morar com alguém, observa-se que 100% dos homens moravam com uma ou mais pessoas, (Tabela 1)

A maioria dos idosos possuíam casa própria (88,3%), as mulheres destacam-se, com tendência de um aumento no percentual de acordo com o avanço da idade, 88.9%, 91.7% e 94.4%, respectivamente nas faixas de 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais. Não se observou grandes diferenças de percentual entre os homens que moravam em casa própria (81%), destes 85.7% na faixa de 60-69 anos, 66.7% na faixa de 70-79 anos e 81.8% de 80 anos ou mais. Entre os idosos que pagavam aluguel, destaca-se que 33.3% eram homens com 70-79 anos, um percentual que chama atenção, quando comparado com outras faixas etárias e no sexo oposto, (Tabela 1).

Possivelmente pela proximidade da instituição, a região de moradia foi representada por 30.0% da zona sul e 21.7% da zona central, seguidas da zona oeste (18.3%) zona leste (10%) e região grande ABC (6.7%). Os homens que referiram morar na zona sul eram 33.3%, destes 27.3% na faixa de 80 anos e mais, um pouco menos que as mulheres, que na mesma faixa etária eram 38.9%. Na região central destaca-se os homens na faixa etária de 70-79 anos, 66.7%. Um maior percentual de mulheres quando comparados aos homens, moram na zona oeste, 33,3%, 25% e 16.7% nas faixas de 60-69, 70-79 e 80 anos e mais, (Tabela 1).

Na Tabela 2, observa-se que o diagnóstico mais freqüente entre os idosos foram a pneumonia e a infecção do trato urinário (ITU), correspondendo a 21.7% e 18.3%, respectivamente. Na amostra avaliada, 41.7% referiram outros diagnósticos, no qual não foram descritos no estudo, por se tratar de diversos diagnósticos e por não fazerem parte das ICSAP.

Evidencia-se a pneumonia entre as mulheres nas faixas etárias de 60-69 (22.2%), 70-79 (16.7%) e 80 anos ou mais (33.3%), e nos homens, 33.3% na faixa de 70-79 anos e 18.2% na faixa de 80 anos ou mais (Tabela 2).

Percebe-se que a infecção do trato urinário está presente apenas entre as mulheres, que aumenta conforme a idade, 28.2% (70-79 anos) e 33.3% (80 anos ou mais) (Tabela 2).

Apesar de apresentar um percentual baixo, vale ressaltar, por se tratar de (ICSAP), 1.7% dos idosos internaram por Anemia e Doença Pulmonar Obstrutiva (DPOC), 3.3% por Insuficiência Cardíaca, Diarréia e Gastroenterite e Celulite, e 5.0% por Erisipela (Tabela 2).

Quanto as comorbidades referidas, 45% dos idosos referiram ter hipertensão arterial e 30% diabetes mellitus. Destaca-se a hipertensão entre as mulheres 51.3%, sendo que se acentua com o passar dos anos: 42.7% na faixa de 70-79 anos e 66.7% na faixa de 80 anos ou mais. Entre os homens, 45.5% na faixa de 80 anos ou mais referiram diabetes, seguido de 36% com hipertensão e doença coronariana (Tabela 2).

Nas internações anteriores, 45% dos idosos relataram internação no último ano, destes quem mais internou foram os homens na faixa de 80 anos ou mais (54.5%), cuja freqüência foi de 1-3 vezes, já nas mulheres apesar de reinternarem menos, houve 10,3% que o fizeram mais de cinco vezes. Ainda, em relação as reinternações, 43.6% das

mulheres e 47.6% dos homens tiveram mais de uma internação no último ano(Tabela 2).

Houve variação no tempo médio de permanência das internações anteriores, sendo mais freqüentes entre os de três a sete dias, para ambos os sexos. Os outros períodos maiores, se igualaram proporcionalmente entre os sexos (Tabela 2).

Mediante a aplicação do teste do relógio da escala Edmonton, podemos apreender que quanto a avaliação cognitiva 48.3% dos idosos foram aprovados sem erros, 28.3% com erros mínimos e 23.3% com erros significantes. Entre os idosos aprovados sem erros, 48.7% eram mulheres e 47.6% homens. O resultado variou de acordo com a faixa etária, observando-se entre as mulheres, 66.7% nas faixas de 60-69 e 70-79 anos, e a redução do percentual (27.8%) na faixa etária de 80 anos ou mais, diferentemente dos homens, que tiveram aprovação sem erros de 71.4% na faixa de 60-69 anos, mantendo o percentual de 45.5% na faixa de 80 anos ou mais (Tabela 2).

Quase metade, 45% relataram que às vezes sentiam-se tristes, mais freqüente entre as mulheres. Nota-se que este sentimento, não altera com a idade (Tabela 2).

Referente a percepção de saúde, 33.3% consideravam a saúde boa, e se considerarmos que 5.0% referiram saúde excelente e o mesmo percentual muito boa, totalizam 43.3%, mais evidente na faixa de 70-79 anos, sendo 65.7% e 100%, entre mulheres e homens respectivamente (Tabela 2).

Apenas 10.0% dos idosos referiram –se ter saúde ruim, ainda que 46.4% referiram saúde razoável. Essa classificação foi mais freqüente na faixa de 80 anos ou mais, em ambos os sexos, entre as mulheres 61.1% consideraram razoável e 5.6% ruim, já entre os homens, 63.6% referiram saúde razoável e 9.1% ruim (Tabela 2).

Daqueles que utilizavam mais de cinco medicamentos, representaram 65.0% dos idosos, sendo perceptível em todas as faixas etárias. Nas mulheres 59.0% das que usavam este quantitativo, 44.4% estavam na faixa de 60-69 anos, 58.3% nas faixas de 70-79 anos e 66.7% na faixa de 80 anos ou mais, mostrando que o seu uso aumenta com a idade. Já entre os homens, isto ocorreu em 76.2%, sendo 66.7% nas faixas de 60-69, 76.2% de 80 anos ou mais, destacando-se na faixa de 70-79 anos, 81,8% (Tabela 2).

A maioria (76.7%) referiram não esquecer de tomar o medicamento, tanto entre as mulheres como entre os homens. Verifica-se que o esquecimento é mais freqüente na última faixa etária (Tabela 2).

Observou-se que 43.3% dos idosos referiram apresentar perda urinária (incontinência), sendo mais freqüente entre as mulheres (46,2%). Nota-se que este agravamento, se acentua a partir dos 80 anos, presente em 72.2% das mulheres e 45.5% dos homens (Tabela 2).

Um pouco mais da metade dos idosos tinham histórico de perda de peso (55.0%), destes 56.4% eram mulheres e 52.4% homens. Vale lembrar que a caquexia senil (sarcopenia) se acentua com a idade, como a nossa amostra, no qual aparece a partir de 80 anos ou mais em 72.2% e 81.8%, entre mulheres e homens, respectivamente (Tabela 2).

Ao avaliar o desempenho funcional, verificamos que 55.0% dos idosos realizaram o teste de levantar e caminhar em até 10 segundos, destes 51.3% eram mulheres e 61.9% homens. Com o aumento da idade, verificamos o aumento do gasto de tempo, já esperado, pela limitação de movimentos (Tabela 2).

Tabela 2- Perfil de saúde na Admissão segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.

	Feminino								Masculino									
	60-69 anos 9 (23.0)		70-79 anos 12 (31.0)		≥ 80 anos 18 (46.0)		Total 39 (100.0)		60-69 anos 7(33.0)		70-79 anos 3(14.0)		> 80 anos 11(52.0)		Total 21(100.0)		Total Geral 60 (100)	
Diagnóstico internação	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pneumonia	2	22,2	2	16,7	6	33,3	10	25,6	0	0,0	1	33,3	2	18,2	3	14,3	13	21,7
ITU	1	11,1	4	33,3	6	33,3	11	28,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	18,3
Insuficiência Cardíaca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	18,2	2	9,5	2	3,3
Diarreia e Gastroenterite	0	0,0	0	0,0	2	11,1	2	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3
Erisipela	1	11.1	1	8,3	0	0,0	2	5.1	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	3	5,0
Celulite	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	2,6	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8	2	3,3
Anemia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	1	1,7
DPOC	0	0,0	0	0,0	1	5,6	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Outros	5	55.6	4	33,3	3	16,7	12	30,8	6	85,7	2	66,7	5	45,5	13	61,9	25	41,7
Comorbidades referidas																		
Diabetes Mellitus	2	22.2	3	25,0	5	27,8	10	25,6	2	28,6	1	33,3	5	45,5	8	38.1	18	30,0
Hipertensão Arterial	3	33.3	5	41,7	12	66,7	20	51,3	2	28,6	1	33,3	4	36,4	7	33.3	27	45,0
Doença Coronariana	0	0,0	1	8,3	1	5,6	2	5,1	1	14,3	0	0,0	4	36,4	5	23,8	7	11,7
Infarto do Miocárdio	0	0,0	2	16,7	0	0,0	2	5,1	1	14,3	0	0,0	1	9,1	2	9,5	4	6,7
Nº internações último ano																		
Nenhum	5	55.6	7	58,3	10	55,6	22	56,4	4	57,1	2	66,7	5	45,5	11	52,4	33	55,0
1 – 3 vezes	1	11.1	4	33,3	8	44,4	13	33,3	3	42,9	1	33,3	6	54,5	10	47,6	20	38,3
4 – 5 vezes	3	33.3	1	8,3	0	0,0	4	10.3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,7
TMP últimas internações																		
Nenhum	5	55,6	7	58,3	10	55,6	22	56,4	4	57,1	2	66,7	5	45,5	11	52,4	33	55,0
3 - 7 dias	2	22,2	3	22,2	4	22,2	9	23,1	2	28,6	1	33,3	3	27,3	6	28,6	15	25,0
8 – 15 dias	0	0,0	2	16,7	3	16,7	5	12,8	1	14,3	0	0,0	2	18,2	3	14,3	8	13,3
16 – 30 dias	2	22,2	0	5,6	1	5,6	3	7,7	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	4	6,7
Teste de Cognição	N																	
Aprovado	6	66,7	8	66,7	5	27,8	18	48,7	5	71,4	0	0,0	5	45,5	10	47,6	29	48,3
Erros Mínimos	2	22,2	4	33,3	6	33,3	12	30,8	2	28,6	1	33,3	2	18,2	5	23,8	17	28,3
Erros significantes	1	11,1	0	0,0	7	38,9	8	20,5	0	0,0	2	66,7	4	36,4	6	28,6	14	23,3
Às Vezes se sente triste																		
Sim	5	55,6	5	41,7	9	50,0	19	48,7	2	28,6	0	0,0	6	54,5	8	38,1	27	45,0
Não	4	44,4	7	58,3	9	50,0	20	51,3	5	71,4	3	100,0	5	45,5	13	61,9	33	55,0
Percepção da Saúde																		
Boa	3	33,3	5	41,7	4	22,2	12	30,8	3	42,9	2	66,7	3	27,3	8	38,1	20	33,3
Excelente	0	0,0	0	0,0	2	11,1	2	5,1	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	4,8	3	5,0
Muito Boa	0	0,0	3	25,0	0	0,0	3	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,0
Razoável	5	55,6	3	25,0	11	61,1	19	48,7	2	28,6	0	0,0	7	63,6	9	42,9	28	46,7
Ruim	1	11,1	1	8,9	1	5,6	3	7,7	2	28,6	0	0,0	1	9,1	3	14,3	6	10,0
Uso de Medicamentos																		
Nenhum	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
1 – 2	3	33,3	1	8,3	2	11,1	6	15,4	0	0,0	1	33,3	1	9,1	2	9,5	8	13,3
3 – 4	1	11,1	3	25,0	4	22,2	8	20,5	2	28,6	0	0,0	1	9,1	3	14,3	11	18,3
5 ou mais	4	44,4	7	58,3	12	66,7	23	59,0	5	71,4	2	66,7	9	81,8	16	76,2	39	65,0
Esquece tomar Remédio																		
Sim	1	11,1	2	16,7	5	27,8	8	20,5	1	14,3	1	33,3	4	36,4	6	28,6	14	23,3
Não	8	88,9	10	83,3	13	72,2	31	79,5	6	85,7	2	66,7	7	63,6	15	71,4	46	76,7
Incontinência																		
Sim	1	11,1	4	33,3	13	72,2	18	46,2	2	28,6	1	33,3	5	45,5	8	38,1	26	43,3
Não	8	88,9	8	66,7	5	27,8	21	53,8	5	71,4	2	66,7	6	54,5	13	61,9	34	56,7
História de perda de peso																		
Sim	4	44,4	5	41,7	13	72,2	22	56,4	1	14,3	1	33,3	9	81,8	11	52,4	33	55,0
Não	5	55,6	7	58,3	5	27,8	17	43,6	6	85,7	2	66,7	2	18,2	10	47,6	27	45,0
Desempenho Funcional																		
O A 10 segundos	5	55,6	8	66,7	7	38,9	20	51,3	5	71,4	3	100,0	5	45,5	13	61,9	33	55,0
11 A 20	1	11,1	4	33,3	3	16,7	8	20,5	1	14,3	0	0,0	3	27,3	4	19,0	12	20,0
>20	3	33,3	0	0,0	8	44,4	11	28,2	1	14,3	0	0,0	3	27,3	4	19,0	15	25,0

Em relação à procura pelos serviços de saúde apresentado na Tabela 3, 35% referiram que freqüentaram de uma à duas consultas ao ano e 58.3% de três ou mais consultas médicas. Os homens freqüentam as consultas mais vezes ao ano (61.9%), do que as mulheres (56.4%). Na análise geral, verificou-se que com o avanço da idade, houve aumento do número de consultas, tanto para as mulheres, como para os homens, sendo bastante evidente para os acima de 80 anos.

A orientação profissional é uma das medidas que mais promove boas práticas em relação ao hábito de vida e previne complicações e agravos das doenças. A maioria (79,3%) dos idosos receberam orientações profissionais sobre prevenção à saúde, voltadas as práticas de atividades físicas, alimentação saudável e outras. Os resultados mostraram que 70.0% estavam relacionadas à alimentação saudável, em todas as faixas etárias. Os homens receberam mais orientação para manter a alimentação saudável (90.5%), em relação as mulheres (59.0%) (Tabela 3).

Já as orientações para as práticas de atividades físicas esteve mais presente entre as mulheres, sendo relatadas mais pelo grupo de 70-79 anos, entre os homens esta indicação também ocorre, só que em menor proporção, no grupo de 60-69 anos (Tabela 3).

A maioria 73.3% referia não participar de nenhum programa de promoção a saúde. Chama atenção que apesar dos idosos referirem comorbidades como hipertensão e diabetes mellitus, apenas 1.7% do total participavam de programas de diabetes e o mesmo quantitativo para a hipertensão (Tabela 3). Do total 15.0% referiram que recebiam visitas domiciliares de profissionais de saúde e 8.2% receberam orientações por telefone.

Felizmente, 95.0% dos idosos de ambos os sexos, referiram ter sempre suporte social (Tabela 3).

Percebe-se que em relação as atividades, que o idosos necessitam de ajuda, no qual as mulheres são mais dependentes, visto que 46.1% referem necessidade de ajuda para mais de uma atividade. Verificou-se que a necessidade de ajuda tende a aumentar com a idade, mas que ela é mais relatada nos homens acima de 80 anos. (Tabela 3).

Quanto a prática de atividade física 76.7%, não realizavam nenhuma atividade. Entre 23.3% que praticavam exercícios, tanto as mulheres, quanto os homens predominam na faixa etária dos 70 a 79 anos (Tabela 3).

Apesar da baixa atividade física, a caminhada é a mais referida entre os idosos (13.3%), seguido pela musculação (5.0%), natação (3.3%), pilates (3.3%) e yoga (1.7%). No grupo dos homens, dos que realizavam atividade física, 42.9% realizavam caminhada na faixa de 60-69 anos e 33.3% praticavam natação ou musculação na faixa de 70-79 anos. Entre as mulheres, 16.7% praticavam caminhada ou pilates, 8.3% natação, musculação ou yoga, na faixa de 70-79 anos. Em ambos os sexos, houve diminuição nas atividades físicas com 80 anos ou mais, 18.2% dos homens e 5.6% das mulheres praticavam caminhada (Tabela 3).

Tabela 3 – Aspectos de Promoção e Prevenção de Saúde dos idosos segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.

	Feminino								Masculino								Total Geral 60 (100)	
	60-69 anos 9 (23,0)		70-79 anos 12 (31,0)		≥ 80 anos 18 (46,0)		Total 39 (100,0)		60-69 anos 7(33,0)		70-9 anos 3(14,0)		> 80 Anos 11(52,0)		Total 21(100,0)			
Consultas	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nenhuma	2	22,2	0	0,0	1	5,6	3	7,7	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8		
1 – 2	3	33,3	5	41,7	6	33,3	14	35,9	1	14,3	1	33,3	5	45,5	7	33,3		
3 ou mais	4	44,4	7	58,3	11	61,1	22	56,4	6	85,7	2	66,7	5	45,5	13	61,9		
Orientação Profissional																		
Praticar Atividade Física	3	33,3	6	50,0	3	16,7	12	30,8	4	57,1	0	0,0	2	18,2	6	28,6		
Alimentação Saudável	5	55,6	7	58,3	11	61,1	23	59,0	7	100,0	3	100,0	9	81,8	19	90,5		
Outros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8		
Não Recebeu	4	44,4	4	33,3	5	27,8	13	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Participa de Programas																		
Nenhum	8	88,9	9	75,0	12	66,7	29	74,4	6	85,7	1	33,3	8	72,7	15	71,4		
Hipertensão Arterial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8		
Diabetes Mellitus	0	0,0	0	0,0	1	5,6	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Visitas Domiciliares	1	11,1	2	16,7	2	11,1	5	12,8	1	14,3	2	66,7	1	9,1	4	19,0		
Orientação Pelo Telefone	0	0,0	1	8,3	3	16,7	4	10,3	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8		
Suporte social																		
Sempre	8	88,9	12	100,0	17	94,4	37	94,9	7	100,0	2	66,7	11	100,0	20	95,2		
Algumas Vezes	0	0,0	0	0,0	1	5,6	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Nunca	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	4,8		
Nº de atividades c/ajuda																		
0-1	6	66,7	9	75,0	6	33,3	21	53,8	7	100,0	3	100,0	3	27,3	13	61,9		
2-4	0	0,0	1	8,3	7	38,9	8	20,5	0	0,0	0	0,0	4	36,4	4	19,0		
5-8	3	33,3	0	0,0	5	27,8	10	25,6	0	0,0	0	0,0	4	36,4	4	19,0		
Realiza atividade Física																		
Sim	0	0,0	5	41,7	1	5,6	6	15,4	4	57,1	2	66,7	2	18,2	8	38,1		
Não	7	100,0	7	58,3	17	94,4	33	84,6	3	42,9	1	33,3	9	81,8	13	61,9		
Atividades que realiza																		
Natação	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	4,8		
Musculação	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	2,6	1	14,3	1	33,3	0	0,0	2	9,5		
Caminhada	0	0,0	2	16,7	1	5,6	3	7,7	3	42,9	0	0,0	2	18,2	5	23,8		
Pilates	0	0,0	2	16,7	0	0,0	2	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Yoga	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

Como o Hospital do estudo somente internavam pacientes que possuíam plano de Saúde Suplementar, 100% dos idosos estavam contemplados por planos de saúde, sendo os mais freqüentes a Unimed Paulistana (35.0%), seguida da SulAmérica (13.3%). Percebe-se que este número aumenta com o avançar da idade. Na Unimed Paulistana, 33% das mulheres e homens estavam na faixa de 70-79 anos, este número aumenta na idade avançada passando a 50% e 36.4%, respectivamente (Tabela 4).

Mais da metade (55.0%) dos idosos custeavam seus convênios, sendo mais freqüente entre os homens (76.2%). Apenas (28.3%) dos

homens eram dependentes dos filhos, sendo mais freqüente entre as mulheres (35.9%) (Tabela 4).

Quanto ao custeio do medicamento 73.3% dos idosos, o faziam com financiamento próprio e 26,6% por filho ou cônjuge. Os homens (85.7%) custeavam mais os seus medicamentos, do que as mulheres (66.7%). Nas mulheres observou-se que nas idades mais avançada, o custeio próprio dos medicamentos chegavam a 77.8% na faixa dos 80 anos ou mais. Já os homens nas faixas de 60 a 79 anos, 100% custeavam seus medicamentos, havendo diminuição na idade avançada (72.7%). Os filhos, também, ajudavam no custeio do medicamento, sendo mais freqüente para as mulheres, (15.4%) . Os homens recebiam pouca ajuda dos filhos, sendo percebido apenas na faixa de 80 anos ou mais, (Tabela 4)

Chama atenção que, apesar de possuírem um convênio, 61.7% utilizavam o SUS para algum tipo de serviço, destes, 64.1% eram mulheres e 57.1% homens. Esta utilização é mais freqüente na faixa etária dos 60-69 anos, (Tabela 4)

Os serviços mais usados do SUS, foram vacina (31.7%), medicamentos (21.7%), oxigênio (5%), fraldas (3.3%), exames (3.3%) e aparelho auditivo (1.7%). As mulheres eram as que mais utilizavam o serviço para vacina (28.6%). Já os homens utilizavam mais para medicamentos (28.6%). Para ambos os grupos, observou-se a redução da busca de medicamentos com o avanço da idade (Tabela 4).

O uso de oxigênio apesar da pequena freqüência, foi mais utilizado pelo grupo de mulheres entre 60-69 anos e pelos homens, na idade avançada.

Em relação a análise da fragilidade dos idosos a (Tabela 5), mostra que, 41.7% não apresentavam fragilidade, 16.7% eram aparentemente vulneráveis, 23.3% possuíam fragilidade leve, 11.7%

moderada e 6.7% severa. O grupos dos idosos aparentemente vulneráveis eram maior entre as mulheres (20.5%) do que entre os homens (9.5%). As mulheres, aparentemente vulneráveis, estavam nas faixas de 60-69 anos e 80 anos ou mais e, os homens na faixa de 70-79 anos.

Tabela 4 –Utilização dos Serviços de Saúde pelos Idosos segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.

Cidade, São Paulo, 2014.																		
	Feminino								Masculino								Total Geral	
	60-69 anos		70-79 anos		≥ 80 anos		Total		60-69 anos		70-79 Anos		> 80 Anos		Total			
	9 (23.0)		12 (31.0)		18 (46.0)		39 (100.0)		7(33.0)		3(14.0)		11(52.0)		21(100.0)		60 (100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Saúde Suplementar																		
Unimed	2	22,2	4	33,3	9	50,0	15	38,5	1	14,3	1	33,3	4	36,4	6	28,6	21	35,0
Paulistana																		
Amil	2	22,2	0	0,0	3	16,7	5	12,8	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	4,8	6	10,0
Sul América	1	11,1	1	8,3	2	11,1	4	10,3	2	28,6	0	0,0	2	18,2	4	19,0	8	13,3
Cabesp	1	11,1	3	25,0	0	0,0	4	10,3	0	0,0	0	0,0	2	18,2	2	9,5	6	10,0
Bradesco Saúde	1	11,1	1	8,3	0	0,0	2	5,1	2	28,6	0	0,0	2	18,2	4	19,0	6	10,0
Medial Saúde	1	11,1	0	0,0	2	11,1	3	7,7	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	4	6,7
NotreDame	1	11,1	1	8,3	0	0,0	2	5,1	0	28,6	0	0,0	0	0,0	0	14,3	2	3,3
Outros	0	0,0	2	16,7	2	11,1	4	10,3	2	0,0	1	33,3	0	0,0	3	0,0	7	11,7
Custeio Convênio																		
Próprio	4	44,4	4	33,3	9	50,0	17	43,6	5	85,7	2	66,7	8	72,7	16	76,2	33	55,0
Empresa	0	0,0	1	8,3	1	5,6	2	5,1	1	14,3	1	33,3	0	0,0	2	9,5	4	6,7
Filho	1	11,1	5	41,7	8	44,4	14	35,9	0	0,0	0	0,0	3	27,3	3	14,3	17	28,3
Cônjuge	3	33,3	2	16,7	0	0,0	5	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,3
Outros	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Custeio medicamento																		
Próprio	5	55,6	7	58,3	14	77,8	26	66,7	7	100,0	3	100,0	8	72,7	18	85,7	44	73,3
Filho	1	11,1	1	8,3	4	22,2	6	15,4	0	0,0	0	0,0	2	18,2	2	9,5	8	13,3
Cônjuge	3	33,3	4	33,3	0	0,0	7	17,9	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	8	13,3
Utiliza o SUS																		
Sim	8	88,9	5	41,7	12	66,7	25	64,1	5	71,4	1	33,3	6	54,5	12	57,1	37	61,7
Não	1	11,1	7	58,3	6	33,3	14	35,9	2	28,6	2	66,7	5	45,5	9	42,9	23	38,3
Recursos SUS																		
Vacina	5	55,6	3	25,0	9	50,0	17	43,6	2	28,6	0	0,0	0	0,0	2	9,5	19	31,7
Medicamentos	3	33,3	1	8,3	3	16,7	7	17,9	3	42,9	1	33,3	2	18,2	6	28,6	13	21,7
Oxigênio	2	22,2	0	0,0	0	0,0	2	5,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8	3	5,0
Aparelho Auditivo	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Fraldas	0	0,0	0	0,0	2	11,1	2	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3
Consultas	1	11,1	1	8,3	1	5,6	3	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,0
Exames	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	18,2	2	9,5	2	3,3

Dentre as mulheres frágeis (38.4%), verificou-se que na faixa de 60-69 anos 11.1% apresentavam fragilidade moderada e 22.2% severa. Com o aumento da idade ou seja acima dos 80 anos, 33.3% delas apresentavam fragilidade leve, 16.7% moderada e 5.6% severa. Os homens frágeis, somavam maior número que as mulheres (47.6%), que se concentrava na faixa dos acima de 80 anos (Tabela 5).

Tabela 5 – Classificação das Fragilidades dos Idosos na Admissão segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.

	Feminino								Masculino							
	60-69 anos		70-79 anos		≥ 80 Anos		Total		60-69 anos		70-79 anos		> 80 Anos		Total	Total Geral
	9 (23.0)		12 (31.0)		18 (46.0)		39(100.0)		7(33.0)		3(14.0)		11(52.0)		21(100.0)	60 (100)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fragilidade																
Não Apresenta	4	44,4	8	66,7	4	22,2	16	41,0	5	71,4	2	66,7	2	18,2	9	42,9
Vulnerável	2	22,2	2	16,7	4	22,2	8	20,5	0	0,0	1	33,3	1	9,1	2	9,5
Leve	0	0,0	1	8,3	6	33,3	7	17,9	2	14,3	0	0,0	5	45,5	7	33,3
Moderada	1	11,1	1	8,3	3	16,7	5	12,8	0	0,0	0	0,0	2	18,2	2	9,5
Severa	2	22,2	0	0,0	1	5,6	3	7,7	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,8

Na Figura 1, mediante o teste estatístico Fisher evidenciou-se uma marginal de fragilidade com a idade (0,051), onde observa-se que a fragilidade leve e moderada predomina na idade avançada, diferente da fragilidade severa que aparece no grupo dos mais jovens.

Figura 1 – Fragilidade dos idosos associada à idade, São Paulo, 2014.

Chama atenção que mais da metade das internações desses idosos foram por ICSAP (58.3%), com mais frequência entre as mulheres (69.2%), acentuando de acordo com o aumento da idade em ambos os sexos (Tabela 6). As ICSAP, conforme já mencionado são as internações que poderiam ser evitadas por ações da atenção primária.

Tabela 6 –Internações dos Idosos por CSAP e não CSAP segundo sexo e idade, São Paulo, 2014.

	Feminino								Masculino								Total Geral	
	60- 69 anos		70 -79 anos		≥ 80 anos		Total		61-69 anos		71 -79 anos		> 80 anos		Total			
	(n=9)		(n= 12)		(n= 18)		(n= 39)		(n= 7)		(n= 3)		(n= 11)		(n= 21)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ICSAP	4	44,4	8	66,7	15	83,3	27	69,2	1	14,3	1	33,3	6	54,5	8	38,1	35	58,3
NÃO ICSAP	5	55,6	4	33,3	3	16,7	12	30,8	6	85,7	2	66,7	5	45,5	13	61,9	25	41,7

De acordo com a Tabela 7, a pneumonia e ITU são os diagnósticos que mais aparece como já mencionado, sendo que a ITU aparece apenas entre as mulheres (40.7%), com maior proporção na faixa de 70-79 anos.

Tabela 7 – Diagnósticos dos Idosos de acordo com ICSAP segundo sexo e idade, São Paulo, 2014

	Feminino								Masculino									
	60 a 69 anos		70 a 79 anos		≥ 80 anos		Total		60 a 69 anos		70 a 79 anos		> 80 anos		Total		Total Geral	
	(n=4)		(n= 8)		(n= 15)		(n=27)		(n= 1)		(n= 1)		(n= 6)		(n= 8)		(n=35)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ICSAP	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pneumonia	2	50,0	2	25,0	6	40,0	10	37,0	0	0,0	1	100,0	2	33,3	3	37,5	13	37,5
ITU	1	25,0	4	50,0	6	40,0	11	40,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	31,4
Ins. Cardíaca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	2	25,0	2	5,7
Diarreia	0	0,0	0	0,0	2	13,3	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,7
Erisipela	1	25,0	1	12,5	0	0,0	2	7,4	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	12,5	3	8,6
Celulite	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	3,7	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	2	5,7
Anemia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	0,0	1	2,9
DPOC	0	0,0	0	0,0	1	6,7	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9

A Tabela 8, mostra entre as ICSAP, os idosos relataram comorbidades na internação que não foram considerados como diagnósticos de internação. Constatou-se que a hipertensão aparece mais entre os idosos (60.0%), com maior percentual entre as mulheres e com uma leve tendência de aumento entre mesmas, na idade avançada. Já entre os homens, aparece mais a diabetes (53%) e com um percentual considerável de hipertensão.

Tabela 8 –Comorbidades dos idosos de acordo com ICSAP por sexo e idade , São Paulo, 2014.

Feminino										Masculino								
	60 a 69 anos		70 a 79 anos		≥ 80 anos		Total		60 a 69 anos		70 a 79 anos		> 80 anos		Total		Total Geral	
	(n=5)		(n=8)		(n=17)		(n=30)		(n=4)		(n=2)		(n=9)		(n=15)		(n=45)	
ICSAP	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diabetes Mellitus	2	40,0	3	37,5	5	29,4	10	33,3	2	50,0	1	50,0	5	55,6	8	53,3	18	40,0
Hipertensão	3	60,0	5	62,5	12	70,6	20	66,7	2	50,0	1	50,0	4	44,4	7	46,7	27	60,0

O teste estatístico Fisher mostrou que as ICSAP estão estatisticamente associadas à idade (0,017), como mostra a Figura 2, no qual as ICSAP estão mais presentes entre aqueles com idade avançada, com um discreto aumento na faixa de 70-79, e uma baixa proporção faixa de 60-69 anos.

Figura 2 – ICSAP associada à idade, São Paulo, 2014.

5.2 CATEGORIAS IDENTIFICADAS NA ANÁLISE DO DISCURSO

Dos idosos que participaram da primeira etapa, foram selecionados para segunda etapa 35 idosos (58.3%), que atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, ter ICSAP. Destes, um foi à óbito, um morava em outro Estado e dois em outra cidade, sete não atenderam as ligações telefônicas, cinco os familiares não permitiram o acesso ao idoso e sete se recusaram a participar da segunda etapa, resultando em 12 participantes ou seja apenas 20% da amostra inicial.

Neste grupo tivemos um maior contingente feminino (83.3%) e apenas dois do sexo masculino, destes seis internaram por pneumonia, dois por celulite, e apenas entre as mulheres houve quatro internações por infecção do trato urinário.

Em relação à idade, 50% das mulheres pertenciam à faixa etária de 70 à 79 anos, 30% de 80 anos ou mais e 20% de 60 à 69 anos. Quanto aos homens, um pertencia ao grupo de 60 anos e o outro ao grupo de 70 anos.

Dentre as mulheres, 60% eram viúvas, e representando o mesmo percentual, 20%, respectivamente, eram casadas ou divorciadas. No entanto, vale ressaltar, que apesar de duas mulheres referirem serem casadas, não viviam na mesma residência do marido. Já os homens, não diferente dos resultados já apresentados, estes referiram serem casados.

Em geral, neste grupo de doze idosos, 50% não apresentavam fragilidade, 8% eram aparentemente vulnerável, 25% tinham fragilidade leve, e 17% tinham fragilidade severa, sendo este último especificamente duas mulheres.

Houve várias dificuldades para agendar as entrevistas, sendo de certa forma compreensível o fato dos idosos não aceitarem as entrevistas nas suas residências. Para Gazalle (2004), a população de idosos geralmente está mais propensa a recusar pesquisas em geral, muitas vezes por morarem sozinhos, não quererem receber estranhos, ou até mesmo pelo alto índice de problemas decorrentes da idade que os impedem de responder a questionários. A oportunidade de entrevistar os idosos no âmbito hospitalar e realizar a extensão para o domicílio, permitiu compreender com mais profundidade as questões individuais.

Apesar do número reduzido de entrevista, pode-se apreender que ao ser permitido falar, os idosos se estendem em detalhes mostrando uma necessidade latente de atenção. Alguns idosos, inclusive, estenderam a entrevista programada em 30 minutos para até mais de três horas.

Os discursos dos idosos após leitura e fragmentação foram processamento pelo programa Alceste e segundo o referencial de vulnerabilidade, adotado, classificou e evidenciou as três categorias da vulnerabilidade, conforme apresentado no Quadro 2.

Verifica-se que a vulnerabilidade individual sobressai a demais (59%), sendo que a vulnerabilidade social é onde suas fragilidades são menores.

Quadro 2 – Categorias evidenciadas de acordo com as classes determinantes extraídas pelo programa ALCESTE e referencial teórico

Classificação Alceste		Vulnerabilidade	Categorias	Subcategorias
Classe 1	60%	Individual	Enfrentamento da Doença	-Convivendo com os agravos e as limitações da doença.
			Suporte Familiar	-Medo de depender do Outro.
			Suporte Social	-As relações sociais comprometidas.
Classe 2	20%	Social	Suporte Econômico	-Gastos com a saúde; -Atividade Laboral como apoio na estabilidade financeira.
Classe 3	20%	Programática	Acesso à Saúde	- As relações entre os atores no processo saúde-doença; -Itinerário Terapêutico; - Liminar Judicial.

6 Discussão

6. DISCUSSÃO

6.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERFIL DA POPULAÇÃO

Envelhecer é um fenômeno inevitável no ciclo de vida de qualquer pessoa, sendo associado muitas vezes ao aumento de vulnerabilidade, fragilidades, problemas crônicos e agravos de saúde muitas vezes preveníveis e evitáveis na atenção primária. Entender como de fato, as fragilidades, o enfrentamento das doenças e as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que estão inseridas no contexto de vida dos idosos, torna-se um grande desafio.

A temporalidade e espacialidade são dois aspectos que devem ser considerados entre a vida comum e a vida hospitalar. Em um hospital, por exemplo, há a diferença entre (relógio) tempo objetivo e subjetivo (vivido), no qual se para os profissionais de saúde o tempo é cronometrado pelo relógio, para as pessoas idosas o tempo também refere-se a esperanças e aspirações que podem se tornar incerta durante a internação por causa das limitações físicas que dificultam os seus planos de trabalho, aspectos econômicos e sociais. (Van der Meide, Olthuis e Leget, 2014).

O Conhecimento acerca dos dois cenários de pesquisa, o hospitalar e o domiciliar, possibilitou o aprofundamento deste tempo vivido, não mais cronometrado. A maioria dos idosos apresentaram idade avançada, 80 anos ou mais, relaciona-se à isto, a mudança expressiva do perfil epidemiológico associado ao aumento da expectativa de vida decorrente das novas tecnologias de saúde, além das resiliências e reservas funcionais que contribuem para alcançar a idade avançada.

Não muito diferente de outros resultados encontrados em estudos anteriores (Pagotto, Silveira e Velasco, 2013; Martínez-Velilla, Contin Ibanez-Beiroz et al, 2014). A maioria dos idosos que internaram foram mulheres. Do ponto de vista da pirâmide populacional as mulheres alcançam maior expectativa de vida, portanto representam em maior número quando comparado com os homens (Carvalho e Garcia, 2003; Chaimowicz, 2006; Batista et al., 2008; Carvalho e Rodríguez-Wong, 2008; Lozano, 2009; Veras, 2009, 2012).

Por outro lado, a mortalidade vem crescendo consideravelmente entre os homens, para Batista et al., (2008), a sobremortalidade masculina tem sido observada como uma tendência mundial, cuja origem era atribuída, principalmente, a fatores biológicos, induzindo à naturalização desse fenômeno, explicam ainda, que pode ter relação com o perfil destes frente a sociedade, acerca dos riscos, como violência, consumo de drogas, álcool e tabaco, acidentes automobilísticos, entre outros.

Esta diferenciação na pirâmide em relação aos homens e as mulheres, são próprios de relação de gênero na sociedade, e atribui-se a diversos fatores sociais, econômicos, políticos e de saúde, dentro os quais estão a questão da inserção no mercado de trabalho, ainda muito mais presente entre os homens, que identificam-se como provedor da família, já mencionado, e que portanto estão mais expostos aos eventos e aos estresses cotidianos, principalmente às doenças cardíacas e aos acidentes de causas externas, elevando o índice de mortalidade, em contrapartida as mulheres também já estão igualando à eles, e cada vez mais buscam independência financeira através do seu trabalho, com isso é esperado que este cenário tende à mudar, explicitado por outros pesquisadores (Cecílio, 2001; Gomes, Nascimento e Araújo, 2007; Batista et al., 2008).

Metade dos idosos eram casados e não diferente de outros estudos esta condição foi mais freqüente entre os homens (Pagotto, Silveira e Velasco, 2013), aparecendo expressivamente em todas as faixas etárias, corroborando com estudo de Batista et al., (2008).

Os homens sentem mais necessidade de ter uma companheira, tornando-se dependentes do cuidado destas (Silva e Menandro, 2014), ou por que tem a necessidade de manter-se “provedor” e “viril”, diferentes das mulheres que apesar da feminilização, ainda prevalece a singularidade individual, reconhecendo-se ainda como mantedora e cuidadora do âmbito familiar, talvez por se envolverem em apelos e características biologicamente dadas da identidade como a afirmação de que o papel biológico como mães as tornam inerentemente mais altruístas e pacíficas, (Gomes, Nascimento e Araújo, 2007 ; Silva , 2014).

É interessante ressaltar que as mulheres que permaneciam casadas correspondiam a faixa entre 60 aos 79 anos, reduzindo drasticamente o percentual na idade avançada, justificado pelo fato de que a maioria eram viúvas. Cada vez mais as famílias estão vivenciando este processo, pelo fato das mulheres terem maior longevidade, e portanto tornarem-se viúvas em maior proporção que os homens (Silva e Menandro, 2014).

O estado civil pode causar grandes impactos na saúde, seja positivo ou negativo e pode ter influências à depender das condições sociais, econômicas e psicológicas, como tem sido apontado em alguns estudos, no qual é relatado que entre os casados há uma redução dos agravos das doenças, não ocorrendo entre os viúvos, solteiros e divorciados (Wright et al., 2014)

Neste grupo o número de viúvas, superam o de casadas e se somadas as divorciadas e solteira perfazem 69.2% de grupo de mulheres que preferem “estar só” pelas diferenças de enfrentamento

sob o aspecto de gêneros, no qual depende muito das suas escolhas, que são decorrentes de vários processos, prevalecendo o “eu individual”. A existência da “mulher” fundamenta-se em prol da família, e que portanto a escolha é cuidar dos filhos e dos netos, mas, também existem aquelas com ideais acerca da feminilização, colocando-se em um outro cenário, pela busca da liberdade de expressão e de escolha, no qual possam realizar sonhos que não foram possíveis quando eram casadas, talvez seja um reflexo de mudança de paradigma de gênero na sociedade, no qual estas mulheres sempre buscaram dedicarem-se ativamente na política e socialmente, e ainda serem independentes economicamente.

Neste sentido, Brun, (2007, p.31), destaca que:

As causas que mobilizam a mulher a tomar essa decisão são resultados de mudanças e articulações ocorridas entre as estâncias econômicas, políticas religiosas, científicas e educacionais acentuadas no decorrer dos últimos 40 anos e cujas ressonâncias enfraqueceram o modelo patriarcal e, conseqüentemente, remodelaram o lugar do homem na estrutura familiar – seus papéis profissionais, sexuais e sociais.

O isolamento e solidão, pode acontecer em ambos os sexos, decorrente das perdas, muitas vezes do cônjuge, tornando-os vulneráveis, depressivos, podendo chegar aos extremos, que é a morte (Gazalle, 2004). Mas, neste grupo a maioria dos idosos demonstraram superação mediante as perdas.

A maioria dos idosos eram brasileiros, no entanto o pequeno número de estrangeiros foi encontrado, mais freqüente entre os homens e entre os mais idosos, provenientes da Espanha, Suíça, Itália, Portugal, e Líbano, talvez por se sentirem seguro com o uso do sistema suplementar. Percebe-se que existe uma preocupação em ficar desprovidos de assistência.

Para Silva (2014), a questão da migração causa impactos tanto sobre o país de origem, quanto sobre o país de destino, gerando um processo de desigualdade em termos de desenvolvimento, pois em linhas gerais, o Sistema de Saúde não irá agüentar esta demanda, principalmente com a migração das populações desfavorecidas, caso não se prepare, visto que cada vez mais haverá doenças crônicas e incapacidades funcionais, principalmente entre os idosos brasileiros e estrangeiros, aumentando as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas entre estes, tornando estes cada vez mais frágeis e institucionalizados.

Neste contexto, é fundamental um melhor conhecimento dos determinantes de saúde dos indivíduos e comunidades imigrantes e que, muitos países estão sujeitos à migração, tornando necessário refletir sobre as políticas, estratégias de saúde que produzam efeitos reais na redução de riscos e vulnerabilidades e permitam obter ganhos efetivos em saúde.

Por ser a instituição de estudo uma entidade católica, talvez justifique o alto percentual de idosos católicos, por outro lado, historicamente, culturalmente e tradicionalmente, as pessoas procuram mais o catolicismo, de acordo com o censo brasileiro até os dias de hoje, mas, com a expansão dos pentecostais e dos sem religião, vem diminuindo este percentual, sendo que no ano de 1990 os católicos representavam (82.9%), em 2000 (73.6%) e em 2010 (64.6%) (Cardoso e Ferreira, 2009; Duarte e Wanderley, 2011; Mariano, 2013; Zenevicz, Moriguchi, Madureira, 2013; Steil e Toniol, 2013).

Como já esperado, verificou-se que o percentual de mulheres católicas aumenta com o avanço da idade, observado também entre a população geral, no qual a procura pelo suporte espiritual é comum entre aqueles que se deparam com a doença, somados a tradição de

rituais religiosos, além das crenças e aspectos culturais que ainda predominam nesta faixa etária (Duarte, 2011). O fato é que no processo de viver e envelhecer, a religião é uma estratégia poderosa no enfrentamento das crises existenciais especialmente para as pessoas idosas (Zenevicz, Moriguchi, Madureira, 2013).

Reforça-se, ainda que mediante os momentos de crises, a experiência religiosa pode proporcionar um senso de significado para a vida, principalmente para aqueles que passaram por situações de perdas ou por falta de suporte familiar ou social. (Cardoso e Ferreira, 2013).

O interessante é que os homens também seguem a religiosidade e, compartilham com a busca da espiritualidade, ainda que não esteja relacionada ao avanço da idade. Alguns idosos eram adeptos às outras religiões como o espiritismo e budismo. Existe uma tendência pela procura de outras religiões, cada vez mais há um crescimento de seguidores evangélicos, espíritas e budistas.

Em linhas gerais, os idosos apresentaram nível de escolaridade de médio a elevado, sendo observado uma diminuição de percentual na idade avançada. O conhecimento a respeito das estruturas fonológica e gramatical da língua, alcançada com o aprendizado da leitura e da escrita, influencia não somente a habilidade lingüística de um indivíduo, mas também a sua maneira de processar e representar informações não lingüísticas (Diniz, Volpe e Tavares, 2006), transcendendo no contexto de saúde e nas mudanças de comportamentos. Os homens apresentaram nível de escolaridade alto, sendo mais perceptível a idade entre 60 à 79 anos, reflexo de aspectos culturais, no qual os homens tinham mais acesso à educação, e as mulheres eram preparadas para as prendas domésticas, casamento e cuidar do marido

e filhos, sendo discutido como uma questão de gênero por estudiosos, como *Beltrão e Alves (2009, p.129)*:

O hiato de gênero (gender gap) na educação ocorre quando existem diferenças sistemáticas nos níveis de escolaridade entre homens e mulheres. É uma medida útil para evidenciar as desigualdades no acesso à escola entre os sexos. Na maior parte do século XX, o hiato de gênero na educação brasileira ocorreu porque as taxas de alfabetização e os demais níveis de educação dos homens eram superiores aos das mulheres. Segundo as abordagens de gênero, as diferenças nos níveis educacionais não decorrem de características biológicas, mas sim das condições históricas e estruturais da conformação de cada sociedade. Em quase todos os países do mundo as mulheres sempre tiveram maiores barreiras no acesso à escola. Alguns conseguiram derrubá-las, mas em outros ainda há uma longa batalha pela frente.

Embora em proporção menor, foi evidenciado mulheres que apresentaram nível de escolaridade elevado, com certa similaridade de percentual entre nível médio e elevado. Houve um percentual menor de idosos que apresentaram nível baixo para média escolaridade, observando que entre estes, as mulheres eram mais entre 70-79 e entre os homens na idade avançada. Aqueles que apresentaram nível de escolaridade baixo, estavam na idade avançada, apenas duas mulheres e dois homens.

A educação é o caminho para melhores condições financeiras e de saúde. Os idosos em sua maioria tinham um nível elevado de escolaridade, no grupo havia médico, física médica, enfermeiro, engenheiro, assistente social e advogado.

A raça branca prevaleceu, possivelmente por serem de um nível social diferenciado que possibilita usar o sistema suplementar de saúde, visto que historicamente a raça negra está presente entre os mais desfavoráveis, apesar de existirem movimentos e políticas que

favoreçam esta população, eles ainda são excluídos do ponto de vista de educação, econômico e social. A raça branca foi um pouco mais perceptível entre as mulheres e com um aumento considerável com o avanço da idade, mas não muito diferente dos homens. Houve apenas quatro pessoas de raça amarela (três homens e uma mulher), uma mulher da raça negra e outra da raça parda.

A maioria dos idosos eram aposentados, mas houve um percentual que ainda não eram aposentados. Os homens eram um pouco mais, e como já esperado o percentual aumentou com o avanço da idade, diferente das mulheres que apresentavam redução, mas recebiam pensão, justificado pelo estado de viuvez.

Além, da viabilização da reforma previdenciária, manter o idoso em atividade laboral, que possibilite a continuidade no mercado de trabalho, será uma estratégia que deve-se considerar, visto que esta população está crescendo em um ritmo acelerado e, com maior expectativa de vida (Fontoura, Doll e Oliveira, 2015). Quando projetou-se a aposentadoria aos 60 anos para mulheres e 65 anos para os homens, não havia esperança de aumento de expectativa vida, este cenário mudou e cada vez as pessoas vivem mais.

Os idosos em sua maioria não exerciam atividades laborais, porém destaca-se uma parcela importante de idosos entre 60 a 70 anos e outra um pouco menor até os 79 anos que optaram por continuar trabalhando, não apenas para ajudar financeiramente, mas por se sentirem mais úteis e produtivos, já que exercem atividades vinculadas as profissões liberais. Apesar de um percentual mais baixo quando comparado com os homens, encontramos mulheres que, também, exerciam atividades de trabalho, com redução mais drástica com o avanço da idade.

Os idosos têm enfrentado um grande desafio na inserção do mercado de trabalho, pois ainda existem aqueles que queiram continuar em atividade, a sociedade entende que eles já não são mais produtivos, (Fontoura, Doll e Oliveira, 2015), somados aos desejos de outros que querem encerrar sua carreira pela simples necessidade de “aproveitar a terceira idade”, visto que não teve tempo de usufruir algum benefício durante a vida.

Evidenciou-se um percentual que recebiam entre um a quatro salários mínimos, sendo mais presente entre aqueles em idade avançada. As mulheres, na sua maioria mantinham uma renda que variava de cinco a nove salários mínimos, havendo redução de renda com a idade avançada. Já o salário dos homens eram os maiores, entre dez ou mais salários mínimos, porém com redução com o aumento da idade. No geral, neste grupo, a metade da amostra tinha uma boa renda, situado entre cinco até 10 salários mínimos ou mais.

No grupo dos que moravam só, encontramos apenas mulheres em idade avançada. Apesar da minoria dos idosos viverem com filhos e netos, as de idade avançada, moravam com os filhos. Sabe-se que viver sozinha hoje em idade avançada, é um fator de risco para quedas e outros agravos, no entanto este grupo apesar de referirem que moravam sozinhas, foi detectado que a maioria eram independentes, quando não, tinham um cuidador que ajudava com as atividades básicas. Morar com os filhos muitas vezes para o idoso, acaba sendo a melhor opção, principalmente na idade avançada, e foi perceptível entre as mulheres, talvez pelo fato da viuvez.

A maioria dos idosos residiam em casa própria, mais comum entre as mulheres, visto que 14,0% dos homens pagavam aluguel. Este resultado vai ao encontro das condições econômicas descrita acima e que pôde ser constatado por algumas visitas domiciliares realizada nas residências destes idosos, para a entrevista da segunda fase.

O local de moradia reforça a condição socioeconômica desta população, visto que, os moradores da região sul e central, tiveram maior representatividade neste grupo, talvez devido a proximidade da instituição hospitalar, ou pela facilidade de acesso e ser servido por várias linhas de ônibus e metro. Embora tivéssemos pacientes de todas as regiões de São Paulo, inclusive do grande ABC, a zona oeste se destacou entre este grupo, especialmente no grupo de mulheres.

Os diagnósticos de internação mais freqüentes foram pneumonia e infecção do trato urinário e em pequeno número a Anemia, Doença Pulmonar Obstrutiva (DPOC), Insuficiência Cardíaca Congestiva, Diarréia e Gastroenterite, Celulite e Erisipela. Encontramos outros diagnósticos que não foram referidos devido não fazerem parte da ICSAP. A pneumonia nas mulheres foi mais freqüente na faixa de 60-69 anos e com aumento na idade avançada, já entre os homens observou-se uma freqüência maior na faixa de 70-79 anos com diminuição na idade avançada.

A infecção do trato urinário apareceu apenas entre as mulheres, sendo perceptível o aumento com a idade, evidenciado também por Torres e Ciosak (2014). Relaciona-se também a este resultado que quase metade de idosos, referiram perda urinária (incontinência), sendo mais freqüente entre as mulheres. Muitas vezes, fatores transitórios e estabelecidos se somam para determinar a incontinência urinária dos idosos, como, infecção urinária, uretrite atrófica, uso de medicamentos (diuréticos, anticolinérgicos, sedativos), produção excessiva de urina (diabete, hipercalcemia), impactação fecal (fecaloma) e delirium (Neto, 2005).

Especificamente em relação ITU, Almada-Filho, Gagliardi e Trembuch (2005), comentam que é o sítio de infecção mais comumente acometido na população geriátrica e a fonte mais freqüente de

bacteriemia entre os idosos e, que com o avançar da idade sua prevalência aumenta, numa proporção 2:1, para mulheres e homens, respectivamente, ressalta ainda, que nas mulheres idosas, geralmente se observa um PH das secreções vaginais e um relaxamento da musculatura que constitui o assoalho pélvico, alteração que favorece a estase urinária. Estes autores também relatam que a prevalência entre as mulheres é de 5% a 10% na faixa de 60 anos, 20% a 30% na faixa de 80 anos ou mais (Almada-Filho, Gagliardi e Trembuch, 2005).

Um dado importante que deve ser considerado é que as comorbidades referidas e mais freqüentes entre os idosos foram hipertensão arterial e diabetes mellitus, evidenciado também em outros estudos, (Chen et al., 2010; Ricci et.al, 2014). Metade das mulheres tinham hipertensão que se acentuava com o avanço da idade. Quase metade dos homens na idade avançada referiram diabetes e um percentual considerável referiram hipertensão e doença coronariana. A hipertensão e diabetes atinge ambos os sexos, observando uma presença maior entre as mulheres (Schmidtl et al., 2009). O aumento da proporção de hipertensão tem sido evidenciado (Ricci et al, 2014). A morbimortalidade decorrente da diabetes e hipertensão, é um fator preocupante, sendo necessário cada vez mais o investimento em prevenção (Schmidtl et al., 2009, Ricci et al., 2014).

Os dados mostraram que quase metade dos idosos internaram mais de uma vez no último ano, sendo que foram os homens que mais em idade avançada, mais da metade, com uma freqüência de uma internação até três internações. As mulheres referiram menos internações, no entanto, houveram aquelas que referiram internações mais de cinco vezes. O fato, de reinternarem, torna-se um alerta no sentido de prevenir os agravos, visto que à cada internação, o idoso ficam mais frágeis pelas próprias condições físicas e emocionais.

Soma-se à isto, o tempo de permanência, quanto mais tempo o idoso permanece internado, mais riscos de desencadear o processo de fragilidade. Mas, o tempo médio de internação manteve-se entre três até sete dias para ambos os sexos.

A partir da aplicação do teste do relógio da escala Edmonton, quase metade dos idosos foram aprovados sem erros, havendo aqueles que apresentaram erros mínimos e significantes. Não houveram diferenças de percentuais entre o grupo de homens e mulheres, quase metade apresentaram aprovações sem erros, com uma redução na idade avançada, mais perceptível entre as mulheres, pois os homens apesar da redução, mantiveram quase metade de aprovação sem erros. Vale ressaltar que os homens na faixa de 70-79 anos não apresentaram aprovações sem erros. Tais resultados podem ser associados ao nível educacional mais elevado entre os homens. Quanto maior a escolaridade do indivíduo, melhor o desempenho cognitivo, e ao mesmo tempo, quanto maior a idade, pior o desempenho, além disso, tem sido reconhecido como protetor de doenças demenciais (Diniz, Volpe e Tavares, 2006). O que para os idosos deste estudo torna-se um privilégio, envelhecerem com capacidade cognitiva preservada.

Quase metade dos idosos relataram que as vezes sentiam tristes, sendo mais freqüente entre as mulheres, não havendo diferencial com o aumento da idade. O estado de humor varia muito de acordo com maneira de viver de cada pessoa, para estes idosos, o fato de terem condições sociais e econômicas, não interfere na sua percepção de satisfação com a vida, reforçando que a satisfação com a vida, depende não somente das relações sociais e condições econômicas, mas também do contexto individual, ou seja, o “eu singular”. Para Van der Meide et al (2014), a pessoa idosa é o centro e, cercado de várias dimensões. Entende-se que o estado do espírito (humor), pode refletir na relação com mundo em todas as dimensões e

que pessoas diferentes podem responder de forma diferente ao mesmo estímulo. A satisfação com a vida diminui os sintomas depressivos, melhora as incapacidades funcionais e cognitivas, por outro lado, o não engajamento social pode levar ao declínio cognitivo e ao aumento das incapacidades (Andrew, Keefe, 2014). Vale considerar que estes idosos estavam passando por uma situação de agravamento de doença, em um ambiente hospitalar, o que possivelmente pode interferir em suas respostas, talvez as respostas seriam diferentes em outro contexto.

Em contrapartida, no que tange a percepção da saúde, um percentual considerável referiu saúde boa e uma minoria referiu ser excelente e muito boa, que somados alcançam quase metade, sendo mais evidente na faixa de 70-79 anos em ambos os sexos. Percebe-se que com o avanço da idade, como se esperava, a percepção sobre a própria saúde piora. Os homens mostram-se mais otimistas com a sua saúde.

A maioria dos idosos em ambos os sexos utilizavam mais de cinco medicamentos. Vale ressaltar que este percentual era maior entre os homens, diferente de outros estudos que evidenciou que as mulheres utilizavam mais medicamentos, (Flores e Mengue, 2005, Ribeiro et al., 2008). Para ambos os sexos o número de medicamentos aumentava com o avanço da idade, encontrado também em outro estudo (Flores e Mengue, 2005). Apesar da maioria referirem que não esqueciam de tomar os medicamentos, foi possível observar que o esquecimento ocorria com maior frequência na idade avançada.

Metade dos idosos tinham histórico de perda de peso, que aumentou com a idade avançada para ambos os sexos. Vale lembrar, que a sarcopenia é um processo que acompanha os idosos e interfere na manutenção do tônus muscular e conseqüentemente o funcionamento de vários órgãos e aparelhos, levando a quedas,

infecções respiratórias, entre outras, ressalta-se aqui, o quanto é importante o acompanhamento do peso dos idosos, visto que a caquexia senil acentua com a idade (Oliveira, 2010; Witzel, 2013).

Neste grupo, percebeu-se que apesar de referirem perda de peso, não houve influência no desempenho funcional, mais da metade conseguiu realizar o teste em até 10 segundos (levantar e caminhar), com uma diferença um pouco maior de percentual entre os homens. Com o aumento da idade, verificamos o aumento do gasto de tempo, já esperado, pela limitação dos movimentos.

Possivelmente esteja associado à alimentação mais adequada e a realização de atividades físicas, como comenta, Oliveira (2010), que os pilares do tratamento de sarcopenia é a nutrição e a atividade física.

A questão dos idosos terem acesso aos serviços de saúde também é um diferencial, estes tinham boa frequência as consultas médicas, visto que mais da metade o fizeram mais de três vezes ao ano, somente uma minoria de 6.7% não realizaram esta atividade. O interessante foi que os homens freqüentavam mais as consultas que as mulheres, bem diferente de outros resultados que apontam que as mulheres cuidam mais de sua saúde, buscam mais os serviços de saúde e que os homens não procuram a consulta, por várias questões, quer seja trabalho, medo de serem reconhecidos como incapazes, bem como a falta de programas voltados para este público (Cecílio, 2001; Gomes, Nascimento, Araújo et.al., 2007; Batista et al,2008).

Vale ressaltar que não foram investigados os motivos da procura por consultas, o que de fato, levaram estes homens, à procurarem mais os serviços, pois muitas vezes, as complicações e os agravos, fazem com que a busca seja mais freqüente. Um estudo realizado por Farias e Santos (2012), observou-se que a consulta médica era procurada por idosos somente quando se sentiam doentes, existia um baixo

percentual de consultas médicas programadas para avaliação de rotina a cada semestre ou ano.

Em geral, houve um aumento do número de consultas com o avanço da idade, para os ambos os sexos. Mais uma vez, este grupo mostra ser privilegiado, pela facilidade de acesso, diferente de outros grupos no qual, buscam a equidade, universalidade e integralidade. É preciso que cada vez mais as pessoas alcancem melhores condições, como este grupo, para tal, o Estado deve investir em educação, gerando acesso ao conhecimento e a informação, consequentemente condições econômicas favoráveis, acesso à moradia digna e à saúde, colocando o indivíduo como protagonista da sua saúde, conhecedor dos seus direitos enquanto cidadão.

Parte do pressuposto que ter acesso à saúde também dependerá de como o indivíduo entende o seu processo de saúde-doença, como pretende cuidar da sua saúde, e quais os recursos ele possui para chegar ao serviço de saúde. Em contrapartida a relação estabelecida entre profissional de saúde e paciente possibilita gerar vínculo, as tecnologias que estão disponíveis e por fim qual o itinerário o paciente precisa seguir para viabilizar o seu tratamento.

Associado ao contexto apresentado, reforça-se que a orientação profissional é primordial para a promoção e prevenção da saúde. Grande parte dos idosos receberam orientações profissionais sobre prevenção à saúde, mais relacionados as práticas de atividade física e alimentação saudável, sendo esta última com maior percentual em todas as idades e mais presente entre os homens.

Constata-se que estas medidas preventivas, ainda que pouco difundida, trazem resultados satisfatórios, evidenciado neste grupo, que demonstrou boa performance física mediante a avaliação. As orientações sobre as práticas de atividades físicas estavam mais

presentes entre as mulheres, no grupo de 70-79 anos, e os homens em menor percentual na faixa de 60-69 anos.

Mas, percebeu-se que ainda há uma lacuna em relação a participação dos idosos em programas de saúde, o que preocupa, por ser uma ferramenta imprescindível para a prevenção dos agravos das doenças, diabetes e hipertensão, com alta prevalência no mundo e no Brasil nos últimos anos.

O fato de boa parte dos idosos referirem não participarem de programas de promoção de saúde, é uma referência para intervenções que possam mudar este panorama, pois poucos participavam de programas de diabetes e hipertensão, principais comorbidades referidas.

Por isso, este método de acompanhamento tem sido uma alternativa de alguns planos de saúde para diminuir as consultas e internações dos idosos, embora com resultado restrito. Propor que as operadoras de planos de saúde ofereçam benefícios pecuniários aos clientes que participarem de programas de prevenção de doenças e detecção precoce de enfermidades é uma iniciativa bastante oportuna (Veras, 2011).

Por outro lado, conforme já foi mencionado, há uma lacuna em relação às internações que poderiam serem evitadas na atenção primária, tanto no sistema público, quanto no sistema privado, pela dificuldade na adesão da clientela, assim como a prática da referência e contra-referência. A proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem impacto particularmente importante para a população da terceira idade, ao estimular ações de envelhecimento ativo, e inverter um modelo imperativo que é pautada pelo ciclo de tratamento das doenças, e não da prevenção (Veras, 2011).

Em contrapartida, outras estratégias são defendidas para cada vez mais melhorar a saúde do idoso, trata-se não apenas de uma questão social, no qual o Estado também está inserido, mas também de como as relações humanas se permitem inserir-se neste contexto chamado “envelhecimento”. Acredita-se que o suporte social para os idosos é fundamental para diminuir os agravos e as complicações, e felizmente quase cem por cento dos idosos o tinham e, tanto as mulheres quanto os homens na idade avançada necessitavam de mais de ajuda.

Em linhas gerais, as redes sociais têm sido associadas a melhora da sobrevivência, menor incidência de demência, redução de comprometimento funcional e retardamento do início da incapacidade funcional nos mais velhos. A falta de suporte social é um fator de risco para a fragilidade (Andrew e Keefe, 2014). A relação acontece a partir do momento do nascimento, existindo uma conexão em uma teia de relações humanas, com os pais, familiares e do resto do mundo (van der Meide et al 2014). Estas relações são experimentadas diferentemente e, podem chegar aos dois extremos, amplo suporte de apoio ou isolamento.

Uma estratégia que possibilita as relações sociais é a prática de atividade física, sendo fundamental para manter um envelhecimento mais saudável, livre das complicações das comorbidades, porém a maioria não praticava atividade física, apenas um pequeno percentual, predominando na faixa de 70-79 anos.

A caminhada era mais freqüente tanto para homens como para as mulheres, depois vinham musculação, natação, pilates e yoga. Os homens praticavam mais caminhada que as mulheres, estes caminhavam mais na faixa de 60-69 anos e faziam natação e musculação na faixa de 70-79 anos. As mulheres referiram fazer mais caminhada e pilates do que musculação, natação e yoga na faixa 70-

79. As atividades físicas diminuam com o aumento da idade, sendo perceptível na idade avançada, no qual aqueles que ainda realizavam atividade optavam por caminhada.

Por ser uma instituição privada, todos os pacientes possuíam plano de Saúde Suplementar, sendo mais freqüente a Unimed Paulistana e depois a SulAmerica. Com o aumento da idade há um percentual maior de idosos, muito mais na Unimed, e este número aumenta na idade avançada tanto para os homens quanto para as mulheres. Este aumento é esperado, as internações são mais freqüentes nas idades avançadas, associadas ao aumento dos agravos e complicações (Feuerwerker e Cecílio, 2007).

O Custeio do convênio e dos medicamentos eram realizados pela maioria dos idosos, sendo mais freqüente pelos homens. Os filhos custeavam mais as mulheres, tanto para o convênio, como para os medicamentos, os homens recebiam um pouco mais de ajuda na idade avançada. Esta dependência das mulheres aumenta, talvez pelo fato de representarem um percentual maior de viuvez e, portanto necessitarem mais do apoio.

Mas, o mais surpreendente, foi o fato de todos possuírem situação econômica favorável e possuírem plano de Saúde, e ainda assim utilizarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Mais da metade utilizavam o SUS para algum tipo de serviço, pouco mais perceptível entre as mulheres, e a freqüência em ambos os sexos estava mais na faixa de 60-69 anos.

Os serviços mais usados do SUS, foram a vacina, seguido de medicamentos, a procura por oxigênio, fraldas, exames, aparelho auditivo também foram mencionados. As mulheres utilizavam mais para vacina e os homens utilizavam mais para medicamentos, no entanto em ambos os sexos houve uma redução da busca de medicamentos com o

avanço da idade. É notável que o fato dos idosos financiarem os seus medicamentos na idade avançada, talvez justifique a redução nesta faixa etária, associado também à aposentadoria. O uso de oxigênio apesar da pequena frequência, foi mais utilizado pelas mulheres entre 60 a 69 anos e pelos homens na idade avançada.

Mediante o rastreamento de fragilidade, verificou-se que quase metade dos idosos não apresentavam fragilidade, porém havia um grupo que estavam aparentemente vulneráveis, e entre os frágeis a fragilidade apareceu mais, depois a moderada e um percentual pequeno de fragilidade severa. Nos grupos dos idosos aparentemente vulneráveis apareceram mais as mulheres, estas estavam mais nas faixas de 60-69 anos e 80 anos ou mais e, os homens na faixa de 70-79 anos.

Dentre os frágeis, os homens eram mais frágeis que as mulheres, estes se concentravam na faixa dos acima de 80 anos. As mulheres frágeis no grupo de 60-69 anos, foi detectado fragilidade, apenas um percentual pequeno de fragilidade moderada e percentual considerável de fragilidade severa. Na idade avançada aumentou o percentual de fragilidade leve e moderada e reduziu a severa. O teste estatístico evidenciou uma marginal fragilidade com a idade, onde observa-se que a fragilidade leve e moderada predomina na idade avançada e a severa no grupo dos mais jovens.

Chama atenção que mais da metade das internações desses idosos foram por ICSAP, com mais frequência entre as mulheres, acentuando de acordo com o aumento da idade em ambos os sexos. As ICSAP, conforme já mencionado são as internações que poderiam ser evitadas por ações da atenção primária.

A pneumonia e ITU são os diagnósticos que mais aparecem, como já mencionado, sendo que a ITU aparece apenas entre as mulheres, com maior proporção na faixa de 70-79 anos.

Entre as ICSAP, as comorbidades nas internações não foram considerados como diagnósticos de internação. Constatou-se que a hipertensão aparece mais, com maior percentual entre as mulheres e com uma leve tendência de aumento entre mesmas, na idade avançada. Já entre os homens, aparece mais a diabetes e com um percentual considerável de hipertensão. A diabetes e a hipertensão tem sido cenário de preocupação no âmbito da saúde, sendo abordado propostas de intervenções em vários estudos (L-K, 2010; Ricci et.al, 2014). O teste estatístico mostrou que as ICSAP estão estatisticamente associadas à idade, mais presentes entre aqueles com idade avançada, com um discreto aumento na faixa de 70-79, e uma baixa proporção na faixa de 60-69 anos.

6.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS DISCURSOS DOS IDOSOS

Conforme a classificação obtida pelo programa ALCESTE, no âmbito individual, social e programática, pode-se verificar que a vulnerabilidade individual é a mais presente entre os idosos. Para melhor explorar os resultados encontrados serão apresentados com maior propriedade nos parágrafos a seguir.

6.2.1 Vulnerabilidade Individual

Esta área, que apresenta maior vulnerabilidade entre os idosos encontramos as categorias: **enfrentamento sob ponto de vista da doença e suporte familiar e social.**

6.2.2.1 Enfrentamento da Doença

A – Convivendo com os agravos e limitações da doença

A doença passa a fazer parte da identidade daqueles que a vivenciam, independente da classe social. Do ponto de vista de Canesqui (2007), deve-se dar atenção aos aspectos privados, à vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença e à própria vida dos adoecidos, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais, reforça ainda, que abordar a dimensão sociocultural das enfermidades de longa duração significa olhar para o sujeito (con) vivendo com uma condição que o acompanha a todos os lugares.

Ménendez (2009, p. 2) reforça que se o setor de saúde quer conhecer e/ou implementar o sistema de atendimento real que empregam os sujeitos e os conjuntos sociais, deve identificar, descrever e analisar as diferentes formas e saberes que sujeitos e conjuntos sociais manejam em relação a variedade de padecimentos reais e imaginários que reconhecem que afetam a saúde. Este conceito também é disseminado por Canesqui (2007), no qual aponta que a doença é individual por alcançar profundamente o mundo subjetivo, corporal e íntimo do adoecido, porém localiza-se também em um tempo e espaço social e historicamente construídos, que incluem e transcendem o mundo prático e imediato dos indivíduos.

Para Van Der Meide (2014), o corpo vivido, os hábitos de vida que fortalecem e nutrem o corpo físico, juntamente com o envelhecimento, podem levar a perda da funcionalidade com a

sensação de carga de peso no corpo e fadiga, nesta fase é o corpo que fala, interferindo nas atividades da vida diária e podendo progredir até alcançar um nível grave de funcionalidade.

Partindo deste conceito, o reconhecimento dos idosos neste “cenário mais amplo” possibilita intervenções de saúde com mais acerto, pois transcende o biológico e entra nas questões sociais, políticas e econômicas de cada indivíduo.

Embora, existissem os desafios diários em relação à doença, estes idosos eram privilegiados, tinham nível de educação elevado que possibilitava o seu entendimento quanto os benefícios em relação ao cuidado com a saúde, e situação financeira favorável que permitia acesso aos serviços, sem grandes dificuldades. Ainda que estes “privilégios” fossem facilitadores de cuidado à saúde, e estes eram em sua maioria independentes, a convivência com a doença era uma vulnerabilidade presente, mas alguns expressaram em suas falas, que o enfrentamento acerca das dificuldades e das limitações que surgiam no cotidiano era transformado em superação.

[...] eu sempre disse pra mim mesma, a gente não pode ser o problema, a gente tem que ser a solução, o problema já vem por si só, a solução você tem que dar [...]

[...]eu me sinto útil, porque apesar da minha saúde um pouco abalada [...] eu estou lutando.

[...] tenho muita consciência do que eu posso e o que eu não posso fazer, tenho meus limites, estou satisfeita comigo mesmo [...]

O reconhecimento enquanto ator no processo saúde-doença é fundamental para a prevenção dos agravos e complicações, e o acesso às informações, bem como a transformação destas no cotidiano,

possibilita que estes idosos cuidem mais de sua saúde. Cecílio (2001), fala muito das necessidades de saúde, e enfatiza a importância da participação do indivíduo neste contexto, visto que o sucesso depende de todos os envolvidos.

A forma pela qual os indivíduos de uma dada sociedade situam-se em relação à doença, ou como a percebem, é tema reconhecido como de fundamental importância para o estudo social das doenças e das formas de lidar com elas, e desde tempos remotos, a humanidade teve de enfrentar a doença como parte de seu cotidiano, desenvolvendo estratégias diversas (Leite e Vasconcellos, 2006).

O controle dos agravos da doença, evita ou diminui as limitações e fragilidades entre os idosos. Estes idosos apreenderam em suas falas, a importância de participarem ativamente do seu processo saúde doença, evidenciando a necessidade de cuidar da saúde como fator protetor, possibilitando maior expectativa de vida.

[...] a pessoa que tem que tomar cuidado, tem que tomar os remédios regularmente [...]

[...] se não tratar, como é que fica? você vai logo para o “beleléu” [...]

Mas apesar de viverem “positivamente” com a doença, para estes idosos, envelhecer significa “um dia de cada vez”, com a expectativa de limitar os agravos e as complicações, e prolongarem a vida.

Todavia, alguns buscam manter-se no mesmo ritmo, e o fato do envelhecer, não são empecilhos para continuarem com hábitos e atividades que realizavam na juventude ou na idade adulta. Para Monteiro (2012), existem aqueles que encaram o envelhecimento como um eterno jovem, praticando proezas heroicas em todos os aspectos, negando veementemente a passagem do tempo [...]. Vale lembrar, que

este modo de encarar a vida ao extremo, com atitudes não benéficas à saúde, pode desencadear os agravos da doença.

[...] A idade não está me atrapalhando, eu continuo levando a vida do jeito que eu levava antigamente[...]

A percepção em relação ao envelhecimento foi evidenciada nas falas. De fato para os idosos, “ser velho é inevitável” e, não há nada que se possa fazer, a não ser aceitar e viver. O tempo para estes, com certeza é bem diferente de uma pessoa jovem, principalmente entre aqueles na vida avançada, que vivem com as incertezas do amanhã. Mas, existem aqueles que atribuem o valor de terem a experiência e o conhecimento acerca da vida, bem como entende que chegar na terceira idade ou quarta idade é um privilégio, e que a morte é apenas uma etapa deste processo.

[...] ser velhos todos nós temos que ficar, mas, faz parte da vida, a idade da gente vai chegando [...]

[...] todo mundo fica velho [...] A gente, queira ou não queira, uns ficam com mais disposição, outros com menos, mas, velhos [...] se você não morre, você fica velho, você não escapa disso [...]

[...] isso também está relacionado ao fato das células já não estarem funcionando tão bem [...] como se agora eu tivesse me conscientizando mais da minha idade [...]

[...]sou velha, já passei meus anos, o que eu posso fazer? não posso fazer outra coisa, tem que aguentar mesmo, e vou ficar com tristeza pra que?

[...]não me incomoda ser velha, eu acho que eu estou no lucro, aquilo que eu sempre falo, estou na prorrogação da prorrogação.

[...] eu me sinto bem, o que eu vou fazer? todo mundo fica idoso [...] até agora, eu sei que eu sou idosa, mas eu não fico pensando, ai eu sou velha, eu sou velha [...]

O discurso abaixo, de uma idosa com uma cultura diferenciada, mostra como busca preencher a lacuna que possa existir com suas limitações com a arte, transformando as suas dificuldades e enfrentamentos em situações em momentos mais agradáveis.

[...] eu não sinto depressão, eu não sinto tristezas, porque eu fui preparada, eu tenho uma porção de opções [...] entre a música, arte, viagem [...]

É muito interessante observar a relação do idoso com a doença, é mais que uma cumplicidade, “eu” con (vivo) e cuido de você doença”, mas “você doença” me deixe viver sem os seus agravos. Nas falas os idosos deixam *transparecer expõem esta necessidade*

[...] eu tenho diabetes e a hipertensão agora que está aparecendo, mas eu tomo remédio, está sempre controlada, a diabetes, eu vou levando, eu tenho uma excelente convivência com ela, porque ela não me incomoda [...]

[...] eu tenho enfisema pulmonar, problema renal [...] eu tenho osteoporose que é doença normalmente de idoso, eu tenho uma estenose no canal vertebral, também, que me dói muito as pernas, tem mais coisas, não lembro, mas vai sendo tudo contornado [...]

[...] você pensa num carro, você pode ver carros velhos, super bonitinhos, bem cuidados e carro totalmente estragado, que não consegue nem andar, eu acho que é a

mesma coisa com o corpo da gente, o corpo da gente é uma máquina, tem que cuidar[...]

Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética (Veras, 2011). A percepção em relação aos hábitos ao longo da vida, e o quanto interferem na saúde, foi evidenciado na fala de alguns idosos, no qual reconhecem como desencadeador da doença.

[...]eu atribuo isso ao muito tempo que eu fumei, fumei desde a idade da adolescência até agora [...]

[...] o cigarro acabou com o rim, pulmão, mas eu consegui equilibrar as coisas [...]

Em outras palavras, estes idosos estão vulneráveis, apesar de demonstrarem estrutura psicológica, bom nível financeiro e educacional, apoio familiar e acesso à serviços que atende as necessidades de saúde, eles carregam uma história de saúde com hábitos de vida inadequado que influenciaram negativamente no processo saúde-doença. No que concerne fragilidade, ainda que, a maioria não apresentaram fragilidade, como histórico de reinternações e a própria doença a tendência é desencadear as limitações e agravos, tornando-os frágeis. Por fim, enquanto medidas de intervenções não serem de fato efetivas, este cenário será cada vez mais freqüente, doenças crônicas que comprometem a funcionalidade e a autonomia do idoso, impossibilitando-o de usufruir de uma “vida com mais qualidade”.

6.2.1.2 Suporte familiar

A. Medo de depender do Outro

Com o envelhecimento associado às doenças, agravos e limitações, torna-se inevitável a necessidade do suporte familiar nas atividades básicas, instrumentais e emocionais (Datilo e Horiguelao, 2007; Falcão, Flauzino e Fratezi, 2011). Em situações no qual o idoso não tem um familiar para ajudar, as redes sociais são fundamentais para o suporte, ou o Estado de acordo com Estatuto do Idoso, deve assumir esta responsabilidade.

Mas uma vez, vale ressaltar que todos os idosos tinham algum tipo de suporte, seja do familiar, social ou de cuidador. Havia uma percepção em relação a tomada de decisão, morar com o filho, buscar um cuidador ou ainda uma casa de repouso, no qual vale ressaltar que estes idosos tinham função cognitiva preservada, possibilitando autonomia para as decisões. Aos poucos, com as limitações da idade, a tendência é precisar de mais ajuda para as atividades diárias, sendo inevitável o suporte familiar ou social.

[...]chegará o momento em que eu vou ter que morar com algum dos meus filhos.

[...] quero fazer tudo sozinha e me dou conta que eu tenho até dificuldade de aceitar ajuda e tal, e que agora, eu vou ter que mudar isso porque, aos poucos, eu vou precisando cada vez mais de ajuda [...]

[...] eu estou muito dependente dela é uma coisa que não me agrada [...]

[...] porque a gente não pode fazer as coisas, que era acostuada [...]

[..]eu acho que isso faz parte desse processo de aceitar o envelhecimento, eu, por exemplo, sou esse tipo de pessoa que peço muito pouca coisa pros outros [...]

O familiar que mais cuida do idoso é a mulher, seja ela esposa ou filha, raramente, o cuidador é uma nora ou parente e, mais raramente ainda, um homem (Datilo e Horiguelao, 2007). Aqueles que dependiam de ajuda expressaram preocupação em relação sobrecarga que despendiam aos cuidadores, especificamente as suas filhas, reforçando que o cuidado feminino é imperativo, observado nas falas apreendidas:

[..] se eu falo, filha quero ir, ela me leva, mas eu rezo em casa, minha santinha me ajuda tanto[...]

[...]tem a minha filha que me ajuda, porque eu tomo banho sozinha, quando já estou me enxugando eu falo, já terminei[...]

[...] eu só passeio dia de domingo, muitas vezes minha filha leva para passear em outros lugares[...]

[...] Tenho quatro filhos, aqui mora minha filha e um neto, meus filhos são uns anjos, todos, eles já me ajudam.

Por mais que a situação financeira permita que a pessoa idosa tenha um cuidador, ao mesmo tempo é difícil permitir que o cuidado seja realizado por outra pessoa que não seja a filha ou um familiar, são sentimentos íntimos que afligem os idosos, torna-se muito difícil expor a sua intimidade e depender de pessoas estranhas.

[...] vamos dizer assim, ficar dependendo de uma pessoa na minha casa, só, se por uma infelicidade, eu ficar sem condições de andar [...]

[...] vai ficando menos capaz, vai ficando mais dependente, o que, pra mim, é uma tragédia, você depender de alguém é uma tragédia [...] eu comprei um apartamentinho pra mim, esse prédio tem um serviço, que tem uma pessoa que vai no teu apartamento, arruma a tua cama e limpa o teu banheiro, incluso já no teu pagamento de condomínio [...]

Os idosos que eram dependentes tinham muita dificuldade em estabelecerem relação social, ficavam mais restritos no domicílio e tinham pouco contato com amigos e vizinhos. Com o envelhecimento é importante a rede de apoio, visto que nem sempre haverá um familiar disponível para cuidar do idoso.

[...] eu não tenho amizade nenhuma, não recebo visita de ninguém, esse pessoal daqui também sai de manhã[...] então, eu não tenho amizade[...]

6.2.1.3 Suporte Social

A. As relações sociais comprometidas

A situação de vulnerabilidade relacionado à convivência com os grupos sociais, foi visível nas falas, eles expressam a necessidade de relação com o outro, justamente por se sentirem tristes e solitários. Ora, a vida é intimamente fundamentada nas relações sociais, e para que estas sejam possíveis é preciso ter vínculos familiares, participar de grupos e da comunidade, sendo considerado o básico para a sobrevivência (Gunther, 2007).

[...] eu não tenho vida social, eu sou uma pessoa totalmente isolada de tudo e de todos, porque o problema que eu tenho de saúde me deixou fora do contexto, eu tenho uma doença pulmonar [...]

[...] mas é o meu cansaço e, depois, a própria doença do pulmão, deu as doenças secundárias, que é a artrite, a artrose, o reumatismo, que me limitam a não poder andar, a ter vida própria, eu não tenho vida social [...]

[..]eu não sei até que ponto vai me acarretar prejuízos, tem horas que eu fico preocupada porque eu me sinto só, eu não tenho com quem conversar, com quem expor minhas ideias, então, isso eu estou preocupada em termos de futuro[...]

Os idosos que moravam sozinhos por opção, mesmo com o suporte familiar, estes buscavam alternativas para suprir as suas necessidades. Não apenas as relações sociais ajudam, mas também o acesso à tecnologia facilita comprar, pagar contas e outras transações sem sair de casa.

[...] então, assim, eu tenho bastante gente em volta de mim, o feirante [...] eu telefono, ele faz a feira toda, traz e põe em cimada pia[...]

[...] eu tenho que entrar no site porque eu tenho contas [...]

Evidenciou-se que a doença é uma vulnerabilidade individual entre os idosos, mas por outro lado, o fato de possuírem nível de educação elevado, condições financeiras favoráveis, possibilita o acesso à informação e o entendimento do processo saúde-doença, conseqüentemente, estes buscam manter os cuidados com a saúde, enfrentando e superando os agravos e as limitações da doença.

Em linhas gerais, estes idosos sempre tinham suporte em situações de necessidade, além das condições financeiras que permitiam a aquisição de um cuidador. No entanto, para alguns idosos, ainda existe a vulnerabilidade nas relações sociais, considerando que

ter uma ampla rede social de suporte visa satisfazer as necessidades sociais dos indivíduos, além disso, ao longo dos anos, possibilita ter diferentes pessoas para dar suporte e para desempenharem os diversos papéis. (Günther, 2011).

6.2.2 Vulnerabilidade social.

Nesta categoria encontramos **o suporte econômico** como fator mais marcante entre os idosos, visto que apesar das condições financeiras favoráveis, se deparam com o elevado **gastos com a saúde**, mantendo a **atividade laboral** como apoio na estabilidade financeira.

6.2.2.1 Suporte econômico

A. Gastos com a saúde

Ter condições financeiras favoráveis, favorece no acesso à saúde e possibilita a aquisição de plano de saúde, trazendo segurança para aqueles que necessitam do serviço de saúde. Para estes idosos, as condições sociais e financeiras possibilitam que tenham várias opções de cuidados de saúde, não dependendo apenas de um cuidador familiar.

[...] a renda da pessoa faz com que a pessoa possa ter um plano de saúde [...]

[...] pessoas com menos poder aquisitivo não tem condições, eu sou considerada uma pessoa felizarda, porque eu pago uma boa assistência [...]

[...]se eu não tivesse a situação financeira que eu tenho agora eu não conseguia comprar nem remédio [...]

[...] eu tenho mais condições de fazer um tratamento, logicamente que a rentabilidade, a renda da pessoa faz

com que a pessoa possa ter um plano de saúde para intercorrências, então eu acho que o fato de ter uma vida estável financeiramente [...]

Apesar de ser apenas uma única fala, vale apenas ressaltar, que ainda que pertencem à uma classe social média, torna-se cada vez mais oneroso para as famílias manter o idoso em casa, em virtude das despesas com medicamentos, cuidador, materiais, entre outros, sendo melhor opção a internação que garante na maioria das vezes a cobertura de tudo.

Foi a fralda, muita coisa faltou, então não deu e eu pedi para ir pro hospital [...]

Os gastos com medicamentos e plano de saúde ainda é um problema sério para a pessoa idosa e para as famílias destes, visto que mesmo com boas condições financeiras, este custo torna-se cada vez mais insustentável.

B. Atividade Laboral como apoio na estabilidade financeira

Apesar da importância que o trabalho exerce na manutenção do envelhecimento ativo, o fato é que cada vez mais, os idosos procuram o trabalho para ajudar na renda, com o objetivo manter o nível social elevado, visto que a aposentadoria não é suficiente para manter uma vida estável e custear a saúde, como o convênio e os medicamentos, cenário este, não diferente entre os idosos deste estudo.

Os gastos com saúde ainda é problema para qualquer âmbito familiar, interferindo substancialmente na dinâmica da família, e apesar de não ser expressivo, é perceptível que mesmo com uma situação econômica favorável, torna-se preocupante para os idosos o futuro, visto que com o envelhecimento na maioria das vezes a tendência é a diminuição da renda e o aumento dos custos, principalmente com a

saúde, sendo evidente que à princípio o trabalho garante a estabilidade financeira destes idosos, visto que a aposentadoria não atende as necessidades destes.

[...] chegar naquele ponto que realmente não posso trabalhar, vou ter que mudar a condição da minha vida, morar num lugar menor, com menos despesas, fazer coisas mais grátis do que pagas, coisas assim [...]

[...] ter um emprego é muito bom, a gente tem que ter, porque a estabilidade econômica é fundamental.

[...] eu pago um mil reais por mês de remédio, isso é o salário de muita gente, então eu não vejo nenhuma chance de eu parar definitivamente em função dessas coisas, eu tenho que ter um convênio médico [...]

Outra questão é a autonomia, principalmente para os homens, que não querem perder a referência de provedor da família. Acredita-se que como aumento da esperança de vida, acompanhado por melhores condições de saúde, e diante da preocupação com o “envelhecimento ativo” e a redução no futuro próximo da oferta de força de trabalho, seria importante criar políticas para manter o trabalhador na ativa o maior número de anos possíveis (Fontoura, Doll e Oliveira, 2015).

Em outras palavras, a ampliação do mercado de trabalho para os idosos, seria benéfico não apenas para os idosos que sempre foram ativos, mas para a sociedade. Sob esta visão, nas falas, alguns idosos expressam que a doença não é um empecilho, estes necessitam manterem-se ativos por uma questão de identidade, para eles, significa muito ter uma representatividade na sociedade, e isto, depende da maneira como o idoso vive a terceira idade, e como conduziu a sua história de vida.

[...] eu sou também presidente de uma fundação, é voluntariado, eu não ganho nada para isso [...]

[...]eu gostaria de estar mais ativa, porque eu acho que eu ainda tenho capacidade pra isso, e acho que um dos males, hoje é não valorizar as pessoas idosas [...]

[...] trabalho para não ficar ociosa, ficar parada, é na minha mentalidade, se eu ficar parada, eu acho que vou me sentir doente, inútil, porque sempre trabalhei.

Fontoura, Doll e Oliveira, citam as teorias: a Teoria de Desengajamento, a Teoria da Atividade e a Teoria da Continuidade, respectivamente, e partir destas teorias articulam com a gerontologia e buscam a representatividade do idoso no mundo atual:

A Teoria do Desengajamento critica o ativismo como uma manutenção de valores da meia idade que desconsidera que a velhice possa ter um ritmo diferente, enquanto o discurso gerontológico, até hoje, destaca a importância de se manter ativo e, enquanto a Teoria do Desengajamento percebe o envelhecimento como uma retirada ou desengajamento gradual que é mútuo e inevitável, resultando em diminuição nas interações entre a pessoa que está envelhecendo e os membros que impõem seu sistema social, o discurso gerontológico, inclusive hoje em dia, luta contra uma imagem negativa da velhice; No entanto surge a Teoria da Atividade que influenciou comportamentos de pessoas mais velhas e também contribuiu para o surgimento de políticas públicas nos anos 70; e posteriormente a Teoria da Continuidade que se aproxima da Teoria da Atividade, no que também se define pela busca da continuidade como uma estratégia adaptativa das pessoas, que é estimulada tanto pelas preferências individuais quanto pelo retorno social.

Utiliza-se da seguinte reflexão, desafiar o processo natural do envelhecimento, para que não haja implicações psicológicas, biológicas e sociais, talvez seja o melhor caminho, entretanto, o limite

destas ações ainda é muito discutido. Todavia, é extremamente importante que o idoso possa manter-se ativo para a preservação física e cognitiva, visto que participa socialmente, ampliando as suas relações sociais, além disso é fator protetor para isolamentos e depressão. Entende-se que mediante ao aparecimento dos agravos e a diminuição da funcionalidade, o idoso já não conseguirá realizar as suas atividades, portanto “naturalmente” será o momento de parar.

6.2.3 Vulnerabilidade programática

Nesta categoria evidenciou-se o **Acesso à Saúde do ponto de vista das relações entre os atores, Liminar Judicial e Itinerário Terapêutico.**

6.2.3.1 Acesso à Saúde

A. Relação entre os atores envolvidos no processo saúde-doença

O estabelecimento de vínculo do profissional de saúde e do idoso que frequenta o serviço de saúde, também é uma estratégia que permite assiduidade às consultas e seguimento do tratamento proposto. No entanto os idosos expressam insatisfação com o “Modelo Médico” nas consultas médicas, com atendimento que não valoriza as necessidades do indivíduo.

Trata-se de um “modelo médico produtor de procedimentos”, ou modelo médico hegemônico, a assistência à saúde se tornou algo extremamente sumário, centrado no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nas condições sociais, ambientais e relacionadas às subjetividades, valorizando apenas as questões biológicas. Outro problema do modelo atual está no seu custo, extremamente elevado, porque utiliza como insumos principais para a

produção recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos, como se estes tivessem um fim em si mesmo e fossem capazes de restabelecer a saúde por si só. São produzidos atos desconexos sem uma intervenção articulada e cuidadora, reduzindo-se a eficácia da assistência prestada (Malta et.al.2004).

Entende-se que os recursos tecnológicos facilitam processos e também permite diagnósticos e tratamentos em tempo real e mais precisos, no entanto, interfere na relação humana, dificultando cada vez mais o estabelecimento de vínculos, que não seja apenas virtual. Neste sentido, vale ressaltar, o quanto é importante utilizar a tecnologia em prol da saúde, mas por outro lado, deve-se ter o cuidado de não sobrepor a relação humana, visto que são das relações estabelecidas com o outro, neste caso paciente e médico, que permite reconhecimento das necessidades reais que o levou a procurar o serviço de saúde. Ainda que não bem explicito, isto é uma vulnerabilidade programática, que dificulta o acesso do idoso ao serviço.

[...] ele olhava só no computador, a senhora tem pressão alta? se eu estivesse mentindo [...] ele não fez nada [...] [ao final] a senhora está ótima [...] o meu filho foi me buscar na consulta, e aí, mamãe? como sempre, eu estou ótima [...]

Com a era informatizada, a tendência é que as relações humanas sejam substituídas por relações virtuais, isto é preocupante, visto que a necessidade de manter a comunicação efetiva e presencial entre o indivíduo que procura o serviço e o profissional de saúde, sem dúvida, e comprovadamente, torna-se a melhor estratégia para envolvê-los no processo saúde-doença.

Com certeza, o idoso tem mais segurança quando o profissional demonstra atenção e preocupação com a sua saúde, este é um método que facilita a sua adesão do paciente ao tratamento proposto.

[...] eu sigo rigorosamente todo o tratamento médico, eu tomo todas as medicações, faço as fisioterapias, eu faço tudo que eles recomendam[...]

[...]seguir as orientações do profissional eu não tenho dificuldade, eu acho que contribui e muito, porque eles orientam a gente o que deve fazer, o que não deve[...]

Quando o usuário estabelece o vínculo e confiança com o profissional de saúde, as orientações e o tratamento são praticados. Por isso, a decisão do profissional de saúde deve ser fundamentada na ciência e de acordo com as necessidades de saúde do usuário, visando interferir positivamente no processo saúde-doença.

[...] não tomo vacina, a médica que eu vou, acha que não é necessário, de dois anos pra cá que eu não tomo [...]

[...] tomei a vacina, mas tomei no médico [...]

[...] tomei vacina, mas isso aqui [...], não é uma gripe, eu estou com uma alergia [...]

Soma-se a isto, o fato dos idosos optarem por pagar o médico particular, devido à confiança estabelecida e o acompanhamento ser mais próximo. Desta forma, o convênio acaba sendo apenas uma alternativa no sentido de cobertura de internações e exames. De todo, a possibilidade de escolha, seja pelo convênio ou particular, possibilita ao idoso a facilidade de acesso aos serviços de saúde, prevenindo as complicações e os agravos da saúde.

[...]essa internação que eu fiz no Santa Catarina, eu fiz pelo convênio, [...] o médico que me atendeu, a gente teve que pagar, pagamos dois mil reais pra ele me atender durante três, quatro dias [...]

[...] eu pago mil e quinhentos reais de convenio, cada vez que eu vou num médico particular e quatrocentos reais, as vezes junta o vascular com ortopedia, quer dizer, mesmo que você ganha razoável, dói no bolso [...]

Realmente, mesmo com a criação da ANS (lei 9.656/98 e lei 9.661/00), ainda existem grandes desafios no que tange as regularidades e fiscalização para melhor atender os usuários e os prestadores de serviços, visto que 24.5% da população brasileira tem cobertura de planos de saúde, correspondendo à 38,7 milhões de brasileiros (Malta et. al., 2014). Entretanto, apesar dos problemas relacionados as operadoras de saúde, este grupo de idosos são privilegiados, mesmo com dificuldades conseguem custear o convênio e o atendimento particular.

No entanto, fica a grande provocação, qual é o grau de segurança que a população tem em relação ao acesso ao sistema de saúde, seja público ou privado, entendendo que cada vez mais a crise financeira afeta a população brasileira, inclusive no que tange a saúde.

Chega-se à conclusão, que a facilidade de acesso aos serviços de saúde foi possível justamente pelo fato de ter um poder aquisitivo diferenciado, visto que mesmo com o convênio, eles procuravam o atendimento particular. Mas, o tempo é relativo e situacional, o que pode ser preocupante quando se pensa em Sistema de Saúde e recursos financeiros para esta população que está envelhecendo. Com certeza, o caminho é priorizar a atenção primária para melhorar as condições de

saúde e diminuir os gastos, além de uma boa gestão dos recursos financeiros.

B. Itinerário Terapêutico

O itinerário terapêutico é a busca de cuidados terapêuticos, ou seja, os caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde e, neste âmbito considera-se as práticas individuais e socioculturais de saúde (Gehardt, 2006). O conhecimento acerca dos diversos enfoques possíveis quando se observa os itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (Cabral et.al, 2011).

A procura de cuidados terapêuticos, por parte do indivíduo ou da família, origina-se de situações diversas, sendo a morbidade um fenômeno objetivo e subjetivo, não existindo uma demarcação nítida entre as variações da saúde e da doença (Gehardt, 2006).

O que evidenciou-se neste grupo em relação ao itinerário terapêutico, foi um idoso que pela facilidade de trabalhar com profissionais de saúde, teve como primeira opção, antes de procurar um serviço de saúde, seguir a orientação do profissional médico, neste caso, era um amigo.

[...] como eu trabalho no [...], eu fiz consulta assim, tipo, eu estou com isso, o que eu faço? ai, fiz os exames, então dava qual o antibiótico que a bactéria era sensível e ai a médica [amiga] falou assim, toma isso aqui, quando sair o resultado, a gente confirma, quando saiu o resultado, ele não era tão bom, tinha outros melhores [...] voltou a piorar e eu fui no pronto socorro, liguei pra amiga médica e falei, o que você acha? [...]

Para alguns o primeiro acesso do serviço de saúde foi o consultório do médico, a partir daí, eram encaminhados para atenção terciária. Do ponto de Sistema de Saúde, este trajeto é o mais adequado, e dependendo do nível de complexidade, a resolutividade e o tratamento possa ser a nível ambulatorial.

[...] eu fui por causa de infecção urinária, e por causa do descontrole da diabetes, que uma coisa provoca a outra, eu fui no medico, e ele mandou eu internar, eu senti até um pouco de dor nas costas, ele falou que a infecção estava muito forte[...]

[...] eu fui no urologista, não era mais do convênio, eu tinha que pagar uma consulta, eu falei, não vou fazer, aí, fui no pronto socorro, eles me internaram, mudaram a medicação de novo.

Alguns idosos buscaram primeiramente o atendimento do Hospital Santa Catarina. Este itinerário é muito comum com o propósito de resolução imediata, pelo fato do acesso à tecnologia dura, na visão destes possibilita a viabilização do tratamento.

[...] eu fui lá e fizeram um exame e me deram um antibiótico [...] três dias, voltei de novo no pronto socorro [...]

[...] nem me toquei que era febre que eu tinha, nunca tive nada, então a saída foi essa, ir direto pro hospital [...]

[...] foi de repente, eu estava no trabalho e começou a dar uma dor muito forte na minha perna, eu comecei a sentir até ânsia de vômito, sintoma de infecção, eu vim para

casa e falei com minha mulher, olha, vamos para o hospital, e internei [...]

[...] já sabia que o quadro não estava bom [...], já entrava para o pronto socorro e fazia aquele exame de ultrassom, e já informava se era celulite ou se era trombose

Houve um caso que o primeiro acesso foi no consultório médico, depois o retorno para o domicílio, e pôr fim a procura pelo hospital, como último recurso para a resolutividade do problema.

[...] primeiro eu passei no médico, depois, eu fui pro hospital, não fui no mesmo dia, mas, eu fui no outro dia, ele falou assim, ela não está bem, então, eu vim pra casa e fiquei quieta em casa, né? no outro dia, eu fui cedo.

A reinternação foi relatada pelos idosos, depois da primeira entrevista, alguns retornaram pelo mesmo diagnóstico, apenas um relatou o retorno como internação eletiva para procedimento cirúrgico, como intervenção preventiva para não desencadear novas complicações. Vale ressaltar, mesmo com a atenção primária e a atenção terciária buscando mais intervenções efetivas, ainda, existem um grande percentual de idosos suscetíveis à complicações e agravos, sendo necessário avaliar e buscar novas estratégias para mudar este cenário.

[..] então, já internei duas vezes depois da primeira entrevista, eu tenho o serviço de home care em casa, então, eu começo a sentir que estou sentindo falta de ar, aí eu ligo para o plantão e comunico, aí eles ligam para a central de ambulância [...]

[...] voltei com outra pneumonia, mas aí eu fui para o Hospital [...]

De modo geral, o itinerário dos idosos foi bem curto, entre consultório e hospital. O fato de possuírem convênio médico, facilita os processos relacionados à exames e a resolutividade quando se compara com o Sistema de Saúde Público.

C. Liminar Judicial

O perfil das coberturas assistenciais negadas pelos planos de saúde e levados ao Tribunal do Estado de São Paulo (TJ-SP), é preocupante, uma vez que se relaciona à problema de saúde e doenças, responsáveis pelos maiores índices de adoecimento e morte da população (Scheffer, 2006). Esta dificuldade foi mencionada pelos idosos, referiram que tinham acesso ao atendimento mediante a liminar jurídica. Mesmo que alguns tinham dificuldades para acessar o serviço de saúde pelo plano de saúde, ainda assim, foi possível garantir a assistência por meio de liminar.

[...] ela vira e mexe está entrando com ação contra o plano de saúde.

[...] eu tenho um bom plano de saúde, sou tratada num bom hospital, convênio eu tenho uma sentença judicial [...]

De fato, este contexto, é reflexo da saúde no Brasil, no qual o cidadão precisa “reivindicar” para ter acesso aos seus direitos, principalmente no que tange à saúde, do ponto de vista, da universalização, integralidade e equidade.

A maioria das liminares judiciais são para obter medicamentos ou atendimento nos serviços de saúde. Isto acontece entre aqueles que possuem convênio e condições financeiras favoráveis, bem como, entre os que vivem em condições desfavoráveis e que dependem do (SUS).

Acontece que, infelizmente, tomou-se proporções incontroláveis, por um lado “a necessidade do usuário” e por outro os “conflitos de

interesse”. Em outras palavras, existem processos desnecessários para aquisição de medicamentos, visto que apesar de constarem na lista dos que são dispensados gratuitamente para população, estes não tem acesso. Também, existem pacientes que do ponto de vista clínico não necessitam permanecerem em uma instituição hospitalar, mas a família solicita liminar para manter internado, na maioria das vezes por motivos sociais ou por convicções.

Em síntese, os caminhos para se alcançar o “A ética e o bom senso”, tornou-se outro, “os processos de Judicialização” que acontecem para suprirem uma real necessidade de saúde, não que seja inaceitável para se obter a resolatividade em determinados casos no qual o direito à saúde está sendo negligenciado, mas se os judiciários não forem capacitados, pode desencadear riscos para a população, bem como para saúde financeira do país.

Por outro lado, os planos de saúde não estão conseguindo sobreviver, diante do aumento de doenças crônicas e da população idosa, financiamento insuficiente e concorrência do mercado, conseqüentemente gerando aumento dos gastos com a saúde. Esta crise financeira no Sistema de Saúde, afeta os usuários, as operadoras, as prestadores de serviço e os profissionais de saúde, e se nada for feito, ficará cada vez mais difícil de sustentar.

Por isso, já se percebe movimentos para mudar este cenário, até pouco tempo, existia um consumo abusivo e descontrolado de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, por serem materiais de custo mais elevado em relação à outros e uma importante fonte de receita. Com isto, a tendência é produzir receita por meio de serviços com qualidade, profissionais qualificados, procedimentos e diárias, o que não acontece atualmente, ainda são os materiais e medicamentos que geram rentabilidade para os prestadores de serviço de saúde.

Além disso, outras estratégias estão sendo implementadas para superar a crise financeira na saúde, à exemplo da França, que desde da década de 80, implantou a gestão estratégica nos hospitais franceses, que visa manter as relações entre os atores do sistema de saúde e a organização do funcionamento operacional dos hospitais. Trata-se de um “modelo assistencial” centrado e com qualidade do atendimento, para tal, a formação, as qualificações, o desempenho e os valores são essenciais para formação da equipe de profissionais, além disso, a gestão segue uma linha de cuidado, visando acabar com as intervenções desnecessárias e a otimizar os procedimentos pouco invasivos, possibilitando o tempo de permanência reduzido (Cremadez, 2010).

Resumindo, identifica-se na vulnerabilidade programática, idosos que acessam judicialmente para garantir acesso ao atendimento do serviço de saúde, bem como, uma Saúde Suplementar vulnerável, do ponto de vista das operadoras, prestadores de serviços de saúde e por conseguinte para o usuário.

7 Conclusão

7. CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer o panorama geral dos idosos que têm acesso à Saúde Suplementar, tanto no âmbito hospitalar quanto no domiciliar, possibilitando as seguintes conclusões:

Perfil Sociodemográfico

- mais da metade eram mulheres e viúvas; havia mais homens casados em idade avançada.
- a maioria eram brasileiros, brancos e católicos.
- bom nível educacional, mais expressivo entre os homens, e um número considerável de idosos pertencentes à classe média.
- apesar da maioria serem aposentados, alguns homens exerciam atividades de trabalho.
- apenas as mulheres viviam sozinhas ou moravam com os filhos.
- a maioria dos idosos moravam em casa própria na proximidade do hospital, zona sul e zona central.

Principais agravos dos idosos

- a pneumonia e ITU foram os principais diagnósticos sendo a ITU, presente apenas entre as mulheres;
- a hipertensão acometeu mais os idosos do que a diabetes. Havia mais mulheres hipertensas. Os homens tinham mais diabetes, seguida de hipertensão e doença coronariana;
- quase metade tiveram internações no último ano. Os homens sofriam internações na faixa de 80 anos ou mais. O tempo médio de

permanência nas internações anteriores era de três a sete dias para ambos os sexos;

- as mulheres sentiam mais tristeza e a percepção de saúde, no geral, ficou entre boa e razoável;

- utilizavam mais de cinco medicamentos e se esqueciam de tomá-los;

- um percentual considerável apresentavam perda urinária (incontinência), sendo mais frequente entre as mulheres;

- metade dos idosos tinham histórico de perda de peso;

- grande parte apresentava bom desempenho funcional no teste de levantar e caminhar;

- mais da metade frequentava no ano três ou mais consultas médicas. Os homens frequentam as consultas mais vezes ao ano do que as mulheres;

- a maioria recebia orientações de profissionais sobre prevenção da saúde, mais relacionadas à alimentação saudável.

- os programas de saúde atingiram muito pouco o grupo de idosos, um percentual mínimo participava de programas de diabetes e hipertensão;

- as mulheres eram mais dependentes e a necessidade de ajuda tinha uma tendência a aumentar com a idade, mais entre os homens acima de 80 anos.

- apesar de a maioria não praticar atividades físicas, aqueles que o faziam optavam mais por caminhada.

- maior percentual de utilização dos planos de saúde na idade mais avançada.

- a maioria dos idosos custeavam seus convênios e medicamentos. As mulheres eram mais dependentes dos filhos, apesar de custearem mais os medicamentos na idade mais avançada.
- a maioria utilizava o SUS para algum tipo de serviço em ambos os sexos, mas mulheres utilizavam um pouco mais.

As Fragilidades

- a maioria não apresentava fragilidade. Entre os mais frágeis, estavam os homens, concentrando-se mais na idade avançada. O teste de Fisher evidenciou que a fragilidade leve e moderada predominou na idade avançada, diferentemente da severa, que aparece no grupo dos mais jovens, sendo um indicador importante para intervenções.

As ICSAP

- mais da metade das internações dos idosos foi por ICSAP, com mais frequência entre as mulheres, acentuando-se de acordo com o aumento da idade em ambos os sexos;
- as mais frequentes foram pneumonia e ITU. A ITU apareceu apenas entre as mulheres;
- a hipertensão tem maior percentual entre as mulheres e entre os homens, a diabetes;
- O teste estatístico Fisher mostrou que as ICSAP estão associadas à idade.

As Vulnerabilidades:

O enfrentamento da doença foi evidenciado como uma vulnerabilidade individual, os idosos expressaram problemas vivenciados no cotidiano, como a própria limitação decorrentes dos agravos da doença. Existia um suporte familiar e econômico que possibilitava ter apoio e segurança, no entanto o acesso a redes de

apoio social foi muito frágil entre alguns idosos, de tal forma que sentiam-se isolados, caracterizando uma vulnerabilidade social entre eles. Ainda que os idosos tivessem facilidade no acesso aos serviços de saúde e itinerário terapêutico curto, foram evidenciadas algumas vulnerabilidades programáticas, como a necessidade de acionar judicialmente para garantir acesso à assistência por meio de liminares judiciais e as necessidades de saúde que não eram valorizadas mediante atendimento médico.

8 Considerações

8. CONSIDERAÇÕES

O estudo mostrou o quanto são importantes investimentos na prevenção e controle de doenças na atenção primária, visto que mais da metade dos idosos que internaram no hospital foram por ICSAP, especialmente pelo perfil de fragilidade leve e moderada que a maioria tinha na idade avançada.

Em relação às vulnerabilidades, a maior fragilidade se encontra na individual, quanto ao enfrentamento da doença, visto que cada idoso “vive” o processo saúde-doença de maneira diferente, dependendo muito dos comportamentos de saúde, adquiridos e processados durante a história de vida, bem como percebem[a importância do cuidado em relação à sua saúde.

Em linhas gerais, esse grupo está envelhecendo com nível de educação elevado, ativos, com acesso à saúde, alimentação saudável e moradia digna, e isso é o que se espera para qualquer cidadão, ainda que o “eu” de cada um, a “identidade de cada um”, seja também determinante para o processo saúde-doença.

A possibilidade de conhecer os idosos no âmbito hospitalar e no domiciliar trouxe enriquecimento para o estudo, visto que não é comum, dentro da atenção terciária, ampliar os atendimentos para o contexto domiciliar e social dos pacientes. Os idosos que participaram contribuíram muito para esse processo de aprendizado e conhecimento, principalmente por compreenderem a importância do estudo.

Como contribuição, o estudo possibilitará que ações de prevenção sejam cada vez mais implementadas na saúde suplementar com o objetivo de diminuir os agravos das doenças, as

fragilidades e as internações por condições sensíveis à atenção primária.

Na atenção terciária, é necessário como medida o rastreamento dos idosos frágeis com intervenções que possam evitar a progressão da fragilidade, além da prática de referência e contra-referência entre os consultórios e os hospitais que possam diminuir os agravos e as complicações, mostrando resolutividade nas necessidades de cada indivíduo, eficácia e efetividade nos serviços de saúde.

Referências Bibliográfica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [atualizado 2015 Jan 15]; 25(6):1337-1349. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>.

Almada-Filho CM, Gagliardi AMZ, Trembuch M. Infecções. In: Ramos LR, Schor N. Guia de geriatria e gerontologia. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri SP.: Manole; 2005. p.117-18.

Alonso FRB. Envelhecimento e Vulnerabilidade: a inserção do idoso na família e o sentido dos fluxos intergeracionais na geração de capital social. [tese]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas; 2011.

Alvarenga MRM, Mendes MMR. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2003 [citado 2012 Mar 16]; 11(3):305-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16539.pdf>.

Andrew MK, Keefe JM. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. BMC Geriat. [Internet]. 2014 [cited 2014 Dez 8] 14(90): 1-14. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/90>.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: RelumeDumará; 1999. p. 50-71.

Barchifontaine CP. Vulnerabilidade e Dignidade humana. O mundo da saúde. [Internet] 2006.[citado 2013 Mar 18]; 30(30): 434-440. Disponível em: http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/38/vulnerabilidade_dignidade.pdf.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

Barros MBA; Francisco PMSB; Lima MG, Cesar CLG. Social inequalities in health among the elderly. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2011 [citado 2012 Fev 16]; 27, suppl.2, pp. s198-s208. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011001400008&script=sci_arttext.

Batista AS, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS, SSPS, 2008. 160p. – (Coleção Previdência Social; v.28).

Beltrão, KI; Alves, JED. A reversão do hiato de gênero na educação brasileira no século XX. Cadernos de Pesquisa. [Internet]. 2009 [citado 2015 Jan 12]; 39 (136): p. 125-156. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v39n136/a0739136.pdf>.

Berenstein CK, Wajnman C. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Cad.Saúde Pública. [Internet]. 2008 [citado 2012 Fev 16]; 24(10): 2301-2313. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/11.pdf>.

Bilotta C; Case A; Nicolini P; Mauri S; Castelli M; Vergani C. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. Aging Ment Health. [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 20]; 14(8):1024-36. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2010.508772>.

Brasil. (1996). Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Brasília: MPAS.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Atenção Primária – Seminário do CONASS para construção de consensos [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2013 mar 12]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2014 fev. 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>.

Bruns MAT. O Desejo tem Idade? In: Bruns MAT, Del-Masso MCS, organizadoras. Envelhecimento humano: diferentes perspectivas. São Paulo: Editora Alínea; 2007. p. 23-33.

Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2011 [citado 2014 Dez 16] 16(11): p. 4433-4442. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2003 [citado em 2014 Dez 15]; 19(3):773-781. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>.

Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM, organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Ed. Universitária; 2005. p. 511-539.

Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues RN. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos – 2000. R. bras. Est. Pop. [Internet]. 2007 [citado 2013 Dez 12];24(1):37-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v24n1/03.pdf>.

Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 2014 dez 15];28(5):845-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/04.pdf>.

Caminal-Homar J, Casanova-Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatorio de condiciones sensibles: marco conceptual. Atención Primaria. 2003; 31(1):61-65.

Canesqui AM. Estudos Antropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: Canesqui AM, organizadora. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec: Fapesp; 2007. p. 19-51.

Cardoso, MCS, Ferreira MC. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2009 [citado 2014 Fev 08]; 29(2): 380-393. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200013&lng=pt&nrm=iso.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública.* [Internet] 2003 [citado 2023 Jan 16];19(3):725-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300005&lng=en&nrm=iso.

Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro. [Internet] 2008 [citado 2013 Mar 18]; 24(3):597-605. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300013&lng=en&nrm=iso.

Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007; 12 (4): 879-892. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400010&lng=en&nrm=iso.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2001.

Chaimowicz F. Epidemiologia e envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.106-130.

Chen LK, Chen YM, Lin MH, Peng LN, Hwang SJ. Care of elderly patients with diabetes mellitus: A focus on frailty. *Ageing Res Rev.* [Internet] 2010 [cited 2014 Oct 10]; 9(Sup):S18-S22. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163710000656>

Chiu L, Shyu WC, Liu YH. Comparisons of the cost-effectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients. [Internet] 2001 [citado 2013 Mar 19]; 33 (3): 380–386. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251725>.

Cremadez, M. A gestão estratégica dos hospitais na França: balanço e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. [Internet] 2010 [citado 2013 Abr]; 15 (5): 2285–2296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500004&lng=en&nrm=iso.

Dátilo GMPA, Horiguela MLM. Idosos dependente. In: Bruns MAT, Del-Masso MCS, organizadoras. *Envelhecimento humano: diferentes perspectivas*. São Paulo: Editora Alínea; 2007. p. 143-166.

Debert, Guita Grin. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Edusp; 1999.

Dias MAE, Martins M, Navarro N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública.* [Internet]. 2012 [citado 2014 Feb 08]; 46(4): 719-729. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400017&lng=en&nrm=iso.

Diniz, BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *RevPsiq Clín.* [Internet] 2007 [citado 2014 Out 25]; 34(1):13-7. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n1/13.html>.

Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psic.: Teor. e Pesq.* [Internet]. 2011 [citado 2014 Mar 08]; 27(1): 49-53 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000100007&lng=en&nrm=iso

Egry EY, Oliveira MAC. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: Egry EY, organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008.

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, Rio de Janeiro. [Internet] 2009 [citado 2014 Out 16]; 25(3):507-512. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n3/05.pdf>.

Fabricio-wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton FrailScale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. Rev. Latino-am. Enferm. [Internet] 2009 [citado 2014 Out 5] 17(6): 1043-1049. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_18.pdf.

Falcão DVS, Flauzino KL, Flatezi FR. Rede de Suporte Social e Doença de Alzheimer: o caso de um cônjuge idoso cuidador. In: Falcão DVS, Araújo LF, organizadores. Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados. Campinas, SP: Editora Alínea; 2011. p. 45-66.

Farias RG, Santos S. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2012 [citado 2014 Fev 08]; 21(1): 167-176 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100019&lng=en&nrm=iso.

Feliciano AB, Moraes AS, Martins de Freitas IC. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2002 [citado 2014 Nov 16]; 20(6):1575-1585. Disponível em: Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600015&lng=en&nrm=iso.

Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2007 [citado 2014 Out 18]; 12(4):965-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=en&nrm=iso.

Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *ComunicSaude Educ*. [Internet]. 2005 [citado 2014 Set 20]; 9(18):489–506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>.

Figueiredo R, Ayres JRCM. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. [Internet] 2002 [citado 2014 Out 20]; 36(4): 1-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11169.pdf>.

Flores LM, Sotero SM. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2005 [citado 2014 Set 16] 39(6): 924-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26987.pdf>.

Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004; 20(4):986-994. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n4/13.pdf>.

Fontoura DS, Doll J, Oliveira SN. O Desafio de aposentar-se no mundo contemporâneo. *Educação & Realidade*. [Internet] 2015 [citado 2015 Jan 20]; 40(1). Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/45774/0>.

Francisco CM. Estudo dos fatores preditores de envelhecimento sem incapacidade funcional entre os idosos em velhice avançada no Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A BiolSci Med Sci*. [Internet] 2001[cited 2014 Out 5]; 56:M146-M156. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>.

Garcia LP, Sant'Anna AC, Magalhães LCG, Aurea AP. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2013 [citado 2014 Set 18]; 18(1):115-128. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/13.pdf>.

Gazalle, FK, Lima MD, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. [Internet] 2004 [citado 2014 Set 2014] 38(3), 365-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/10652.pdf>.

Gerhardt, TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 [citado 2014 Out 16]; 22(11): 2449-2463. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n11/19.pdf>.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pub*. [Internet] 2007 [citado 2014 Dez 8] 23(3):565-74. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf>.

Guerrero LL, Catalán AG. Variáveis biopsicossociais relacionadas à duração de hospitalização em idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2011 [citado 2014 Set 16]; 19 (6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_14.pdf.

Günther IA. Envelhecimento, relações sociais e ambiente. In: Falcão DVS, Araújo LF, organizadores. *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. Campinas, SP: EditoraAlínea; 2011. p. 11-25.

Hollander MJ, Miller JA, MacAdam M, Chappell N, Pedlar D. Increasing value for money in the Canadian healthcare system: New findings and the case for integrated care for seniors. *Healthcare Quarterly*. [Internet] 2009 [cited 2014 Abr 23]12(1): 38-47. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19142062.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [online]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> (20/03/2013).

Kelley AS; Ettner SL; Morrison RS; Du Q; Sarkisian CA. Disability and decline in physical function associated with hospital use at end of life. *J GenIntern Med.* [Internet] 2012 [citado 2014 Out 20]; 27(7): 794-800. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11606-012-2013-9>.

Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Rev. Sociedade e Estado.* [Internet] 2012 [citado 2014 Set 20]; 27 (1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922012000100010&script=sci_arttext.

Lima LCV, Bueno CMLB. Envelhecimento e Gênero: a Vulnerabilidade de Idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa.* [Internet] 2009 [citado 2014 Mar 20]; 2(2):273-280. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/1173/792>.

Lozano IA, González PA, Losillas CB. Comparación de Los Baremos Español, Frances Y Alemán para medir la Dependencia de las Personas con Discapacidad y sus Prestaciones. *Ver. Esp Salud Pública.* [Internet] 2009 [citado 2014 Abr 22]; 83: 379-392. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n3/original1.pdf>.

Malta, D. C., Cecílio, L. C. D. O., Merhy, E. E., Franco, T. B., Jorge, A. D. O., Costa, M. A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet] 2004 [citado 2014 abr]; 9(2), 433-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20397.pdf>

Mariano R. Mudanças no campo religioso brasileiro no censo 2010. *Debates do NER, Porto Alegre.* [Internet] 2013 [cited 2014 Mar 25]; 14(24): 119-137. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/debatesdoner/article/view/43696.

Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva.* [Internet] 2002 [citado 2014 Jun 25]; 8 (2): 403-415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007&lng=en&nrm=iso.

Martínez-Velilla N, Contin KC, Ibanez-Beiroz B. Comorbidity and prognostic indices do not improve the 5-year mortality prediction of components of comprehensive geriatric assessment in hospitalized olds patients. BMC Geriatrics 2014, 14:64 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/64>.

Menéndez EL. Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.p.09-29.

Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; [Internet] 2004 [citado 2013 Dez 22]. Disponível em: www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/livros/18.pdf.

Ministério da Saúde. Arquivo de dados 2012 [online]. Disponível:<http://www.datasus.gov.br/bbs/bbs_down.htm>(02/03/2013).

Ministério da Saúde. Arquivo de dados 2014 [online]. Disponível:<http://www.datasus.gov.br/bbs/bbs_down.htm>(10/01/2015).

Ministério da Saúde (BR). Estatuto do idoso. Brasília (DF); 2003.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528; 2006.

Monteiro DM. Ciclos vitais aposentar e envelhecer. In: Monteiro DM. Aposentadoria: ponto de mutação?: ressignificando os afetos e qualidade de vida. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2012. p.11-27.

Melo MD, Egrý EY. Determinante sociais das internações por condições sensíveis à atenção primária em Garulhos, São Paulo. RevEscEnferm USP 2014;48 (Esp): 133-40. DOI: 10.1590/S0080-623420140000600019.

Moragas RM. Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida. 3.ed. São Paulo: Paulinas, 2010.

Nascimento ARAD, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e pesquisas em psicologia*. [Internet]. 2006 [citado Nov 20] 6(2): 72-88 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200007&lng=pt&nrm=isso.

Neto NC. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento com fragilidade. In: Ramos LR, Schor N. Guia de geriatria e gerontologia. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri SP.: Manole; 2005. p. 20-21.

Neupane B, Walter SD, Krueger P, Marrie T, Loeb M. Predictors of in hospital mortality and re-hospitalization in older adults with community-acquired pneumonia: a prospective cohort study. *BMC Geriatr*. [Internet] 2010 [cited 2014 Oct 20]; 10(22). Available from: www.biomedcentral.com/1471-2318/10/22.

Nichiata LYI, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Perspectivas avaliativas das vulnerabilidades em saúde. IN: Egry EY organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone Editora, 2008.

Norman AH, Tesser CD. Prevenção quartenária na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2009 [citado 2014 Abr 25]; 25 (9): 2012-2020. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900015&lng=en&nrm=iso.

Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet] 2005 [citado 2014 Jun 30];17(5/6):410–8. Disponível em: www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26278.pdf.

Oliveira PA. Sarcopenia. In: Magnoni D, Cukier C, Oliveira PA. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2010. P168-171.

Orueta Sánchez R, Rodríguez CÁ, Carmona MJ, Moreno ÁVA, García López A, Pintor CC. Anciano Frágil y Calidad de Vida. *RevClinMedFam* [Internet] 2008 [cited 2014 Dez 18]; 2(3): 101-105. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2008000100003>.

Pagotto V, Silveira EA, Velasco WD. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 09] ; 18(10): 3061-3070. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001800031&lng=en.

Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Petrilli JF Filho, Santos AA. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2009 [citado 2014 Out 30]; 17(3):374-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/15.pdf>.

Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paul Enferm. [Internet] 2006 [citado 2104 out 10] 19(3):338-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300014&lng=en&nrm=iso.

Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da Saúde: uma retrospectiva histórica. O Mundo da Saúde (Impr.). São Paulo: 2007. 31(3):320-328.

Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egly EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do Município de São Paulo, Brasil. Texto & Contexto enfermagem. [Internet] 2012 [citado 2014 Jun 20]; (21): 535-542. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en&nrm=iso.

Rehem TCMSB. Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Rehem TCMSB, Egly EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. Ciên Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [citado 2014 mar 10]; 16(12):4755-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>.

Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egly EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012 [citado 2014 maio 20]; 21(3):53542. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a07.pdf>.

Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2008 4 [citado 2014 Fev 09]; 42 (4): 724-732. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400020&lng=pt&nrm=iso.

Ricci NA, Pessoa GS, Ferriolli E, Dias RC, Perracini MR. Frailty and cardiovascular risk in community-dwelling elderly: a population-based study. *Clin Interv Aging*. [Internet] 2014 [cited 2014 Nov 20] 9:1677-85, 2014. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199970/>.

Rizzoli R, Reginster J-Y, Arnal J-F, Bautmans I, Beaudart C, Bischoff-Ferrari H et al. [Quality of Life in Sarcopenia and Frailty]. *Calcif tissue int* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dez 12] 93(2):101-120. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3747610/>

Rodrigues CG, Afonso LE. O Efeito do Status de Sobrevivência sobre Gastos com Internações Hospitalares Públicas no Brasil em uma Perspectiva Temporal. *Est. Econ*. [Internet] 2012 [citado 2014 Out 20]; (42) 3:489-510. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000300003&lng=en&nrm=iso.

Torres, RL; Ciosak SI. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia. *Rev Esc. Enf. Usp*. 2014; 48(Esp\0: 141-8. DOI: 10.1590/S0080-623420140000600020.

Sales MVC, Silva TJA, Gil Jr LA, Jacob-Filho W. Efeitos adversos da Internação Hospitalar para o idoso. *Geriat&Geront* [Internet] 2010 [citado 2014 out 9] 4(4):238-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1809-9823201400010016500006&lng=en.

Sampaio MRA; Pereira PCX. Habitação em São Paulo. *Estud. Av*. [Internet]. 2003 [citado 2014 Jan 30]; v. 17, n. 48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200014&lng=en&nrm=iso.

Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2007 [citado 2014 Marc 30]; 12 (2):319-324. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso.

Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. Rev. esc. enferm. 2009; 43 (4): 810-817.

Santos AA, Pavarini SCI, Brito TRP. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2010 [citado 2014 Set 26]; 14 (3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300010&lng=en&nrm=iso.

Schmidt M, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Sampaio RM et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida. Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. [Internet] 2009 [citado 2014 Out 20];43(Supl. 2):74-82.Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32709/35147>.

Sheiner L. The effects of technology on the age distribution of health spending: a cross-country perspective. [Internet]. 2004 [citado 2013 Fev 18]. Disponível em: <https://www.federalreserve.gov/pubs/fedas/200414/200214pap.pdf>.

Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. Acta Paul Enferm. [Internet] [citado 2014 Ag 20] 2007;20(4):397-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/01.pdf>.

Silva SPC; Menandro MCS. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. Saude soc. [internet] 2014 [cited 2014 Mar 17]; 23(2): 626-640. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200626&lng=en.

Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública. [Internet] 2004 [citado 2014 Out 25]; 38(5): 687-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21757.pdf>.

Souza JAV, Freitas MC, Queiroz TA. Violência contra os idosos: análise documental. Rev. bras. enferm. [Internet] [citado 2014 Nov 20] 2007; 60(3): 268-272. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300004&lng=en&nrm=iso.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília; Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

Steil CA, Toniol RF. O catolicismo e a Igreja Católica no Brasil à luz dos dados sobre religião no censo de 2010. *Debates do NER*. [Internet] 2013 [citado 2014 Nov 23]; 14(24):223-243. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/103475>.

Szlejf C, Farfel JM, Saporetti LA, Jacob-Filho W, Curiati JA. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo. *Einstein* [Internet] 2008 [citado 2014 Out 8]; 6(3):337-42. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/966-v6n3aAO966portp337-42.pdf>.

Valenzuela López MI, GastónMorata JL, Melquizo Jiménez M, Valenzuela López MM, Bueno Cavanillas A. To identify primary care interventions that reduce hospitalization of people over 65 due to ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. [Internet]. 2007 [citado 2014 Out 23]; 39 (10):525-32. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/17949624>.

Van der Meide H, Olthuis G, Leget C. Why frailty needs vulnerability: A care ethical perspective on hospital care for older patients. *Nursing Ethics* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 10] Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25488763.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2009 [citado 2014 set 30]; 43(3):548-54. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>.

Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Revbrasgeriatrgerontol*. [Internet] 2011 [citado 2014 Out 23]; 14(4):779-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n4/a17v14n4.pdf>.

Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2012 [citado 2014 Fev 13]; 28(10): 1834-1840. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n10/03.pdf>.

Witzel D. Relação da sarcopenia na doença de Alzheimer: implicações clínicas. In: Pivi G, Schultz RR, Bertolucci PHF. Nutrição em demência, uma abordagem criteriosa do diagnóstico do estado nutricional e das medidas utilizadas para sua preservação e recuperação nas demências. São Paulo: Scio, 2013; P.82-91.

Zenevicz L, Moriguchi Y, Madureira VSF. (2013). A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [Internet]. 2013 [citado 2014 Out 23] 47(2):433-439. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/58523/0>.

Wright GA, Rauf A, Stoker S, Alharethi R, Kfoury AG. Marital status and survival in left ventricular assist device patient populations. *J Heart Lung Transplant*. 2014 Nov 15. pii: S1053-2498(14)01449-1. doi: 10.1016/j.healun.2014.11.016.

Apêndices

APÊNDICE A – Questionário para Caracterização dos Participantes

PRIMEIRA ETAPA - PERFIL DOS IDOSOS QUE INTERNAM NA CLÍNICA MÉDICA	
Nº DO FORMULÁRIO _____	TELEFONE _____
DATA DA ENTREVISTA _____	BAIRRO _____ NACIONALIDADE _____ NAT. _____
PLANO DE SAÚDE _____	
CÓDIGO DE INTERNAÇÃO: _____	
ORIGEM: EMERGÊNCIA () ELETIVA ()	
1. DATA DO NASCIMENTO _____ 2. IDADE _____ 3. SEXO _____ 4. ESTADO CÍVIL _____ 5. RELIGIÃO _____ 6. RAÇA: BRANCA () PARDA () MORENA () AMARELA () NEGRA () INDÍGENA () 7. GRAU DE ESCOLARIDADE: ANALFABETO () SABE LER E ESCRIVER () 8. ANOS DE ESTUDO _____ 9. APOSENTADO: SIM () NÃO () QUE PROFISSÃO EXERCIA (E) _____ 10. EXERCE ALGUMA ATIVIDADE DE TRABALHO? SIM () NÃO () QUAL? _____ 11. RENDA MENSAL – SALÁRIO MÍNIMO 01 () 02 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () OU MAIS ()	
12. COM QUEM VIVE: SOZINHO () CÔNJUGE () FILHO (A) () NETO (A) () ASILO () OUTRO _____ 13. QUANTAS PESSOAS VIVEM COM VOCÊ? 1 () 2 A 3 () 4 A 5 () 6 OU MAIS () OUTROS _____ 14. CASA ONDE MORA: PRÓPRIA () PAGA PRESTAÇÃO () PAGA ALUGUEL () ASILO () OUTRO _____	
15. DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO _____ 16. CID DE INTERNAÇÃO _____ 17. CO-MORBIDADES: DIABETES MELLITUS - SIM () NÃO () HIPERTENSÃO ARTERIAL - SIM () NÃO () ANGINA SIM () NÃO () DOENÇA CORONARIANA SIM () NÃO () INFARTO DO MIOCARDIO SIM () NÃO () OUTROS _____ NENHUM	
18. VOCÊ ESTEVE INTERNADO NOS ÚLTIMOS DOZE MESES? () SIM () NÃO QUANTAS VEZES? _____ 19. NA ÚLTIMA INTERNAÇÃO VOCÊ LEMBRA QUANTO TEMPO MÉDIO QUE FICOU INTERNADO? () 3 A 7 DIAS () 8 A 15 DIAS () 16 A 30 DIAS () 31 DIAS OU MAIS NÃO SE APLICA ()	
20. QUANTAS CONSULTAS VOCÊ TEVE NO SERVIÇO DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 12 MESES? 1 () 2 () 3 OU MAIS () NENHUMA () 21. VOCÊ PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA? SIM () NÃO () QUAL? _____ 22. VOCÊ PARTICIPA DE ALGUM PROGRAMA PARA ACOMPANHAMENTO DA SUA SAÚDE, QUAL? () MONITORIZAÇÃO/ORIENTAÇÃO PELO TELEFONE () GRUPOS DE SEGUIMENTOS PARA DIABETES MELLITUS () GRUPOS DE SEGUIMENTOS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL () GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA () VISITAS DOMICILIARES POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE () OUTROS _____ () NENHUM	
23. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ REALIZA OS EXAMES PERIÓDICOS? () 1 VEZ AO ANO () 2 VEZES AO ANO () 3 VEZES OU MAIS AO ANO	
24. VOCÊ JÁ RECEBEU ORIENTAÇÃO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA, MARQUE COM UM OU MAIS (X): () EVITAR ÁLCOOL () EVITAR O FUMO () PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA () ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL () OUTRO _____ () NUNCA RECEBEU ORIENTAÇÃO	
25. VOCÊ UTILIZA ALGUM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE? SIM () NÃO () QUAL? _____ 26. QUEM PAGA O CONVÊNIO QUE O SENHOR (A)? VOCÊ () FILHO (A) () CÔNJUGE () EMPRESA () OUTROS _____ 27. QUEM PAGA O MEDICAMENTO QUE O SENHOR (A) USA? VOCÊ () FILHO (A) () CÔNJUGE () OUTROS RECURSOS _____	

APÊNDICE B – Roteiro Norteador da Entrevista

1. Fale do seu cotidiano fora do Hospital?
2. O que você acha que contribuiu para sua internação?
3. O que você faz para cuidar da saúde?
4. Você acha que em algum momento teve um sinal que ficaria doente?
5. Você costuma procurar o profissional de saúde/serviço de saúde?
6. Você tem um profissional de saúde de referência no Serviço que você frequenta? Qual profissional?
7. Você segue todas as orientações/tratamento recomendado do profissional/serviço de saúde? Por que?
8. Você está satisfeito com o serviço de saúde que frequenta? Por que?
9. Você acredita e costuma procurar outras formas de tratamento não médico? Quais?
10. No momento de necessidade, você tem um familiar, amigo ou vizinho que possa cuidar de você?
11. Você acha que o acompanhamento dos profissionais de saúde/serviço de saúde contribuiu para o controle da doença ou falhou? Por que?
12. Se você pudesse você mudaria a história da sua vida? Por que?

Anexos

ANEXO 1 - ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON

Coluna B ____ x1 pt= ____ Coluna C= ____ x2 pt= ____ Total de pontos= ____/17.				
<p>Instruções: Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na coluna C. Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente completar o teste do desenho do relógio. (oferecer ao paciente uma folha com o desenho de um círculo e peça para completar).</p>				
F 1) Cognição				
TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR): "Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar "onze horas e dez minutos".				
	(0) Aprovado	(1) Erros mínimos	(2) Erros significantes	
F 2-a) Estado Geral da Saúde				
Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado (a)				
	(0) 0	(1) 1-2	(2) >2	
F 2-b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (Escolha uma alternativa)				
	(0) Excelente (0) Muito Boa (0) Boa	(1) Razoável	(2) Ruim	
F.3) Independência Funcional				
Em quantas das seguintes atividades você precise de ajuda?				
	(0) 0-1	(1) 2-4	(2) 5-8	
<ul style="list-style-type: none"> - Preparar refeição (cozinhar) - Fazer compras - Cuidar do dinheiro - Transporte (locomoção de um lugar para outro) - Usar o telefone - Tomar remédios - Cuidar da casa (limpar/arrumar casa) - Lavar a roupa 				
F.4) Suporte Social				
Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda as suas necessidades				
	(0) Sempre	(1) Algumas vezes	(2) Nunca	
F.5) Uso de Medicamentos				
Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e receitados (pelo médico)? (0) Não (1) Sim				
Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios? (0) Sim (1) Não				
F.6) Nutrição				
Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas? (0) Não (1) Sim				
F.7) Humor				
Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência? (0) Não (1) Sim				
F.8) Continência				
Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (Segurar urina?)				
(0) Não (1) Sim				
F.9) Desempenho Funcional				
FAVOR OBSERVAR: PONTUE este item do teste como > 20 segundos se:				
1. O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste.				
2. Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa de auxílio de outra pessoa.				
TESTE "LEVANTE E ANDE" CRONOMETRADO				
"Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser "VÁ", por favor, fique em pé e ande normalmente até a marca do chão (aproximadamente 3 m de distância) volte para a cadeira e sente-se novamente". (Se for omitir este item, marque o item 3).				
	(0) 0-10 seg	(1) 11- 20 seg	(2) > 20 seg	
Tempo total: _____ segundos				

ANEXO 2 – LISTA DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS A INTERNAÇÃO

Grupos de Diagnósticos	CID-10
1. Doenças imunizáveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19
2. Condições evitáveis	A15-A16, A18, A17.1-A17.9, A51-A53, B50-B54, B77
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09
4. Anemia	D50
5. Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
6. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31
7. Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
8. Asma	J45-J46
9. Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47
10. Hipertensão	I10-I11
11. Angina pectoris	I20
12. Insuficiência cardíaca	I50, J81
13. Doenças cérebro-vasculares	63-I67, I69, G45-G46
14. Diabetes mellitus	E10-E14
15. Epilepsias	G40-G41
16. Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76
19. Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto*	O23, A50, P35.0

Fonte: Alfradique et. Al, 2009

*Não será considerado devido a faixa etária da população do estudo que compreende 60 anos ou mais.

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Célia Maria Francisco, sou enfermeira e aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem de São Paulo – USP. O (a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Vulnerabilidades que Contribuíram para Internação de Idosos em um Hospital Privado no Município de São Paulo”**, com orientação da Profª Drª Suely Itsuko Ciosak, (Docente de Escola de Enfermagem de São Paulo – USP). Esta pesquisa tem por objetivo analisar as vulnerabilidades dos idosos internados e o seus enfrentamentos frente a doença. Sua participação poderá ser realizada em duas etapas. Na primeira, terá que responder um questionário que contém dados que caracteriza o seu perfil e uma escala que avalia a fragilidade do idoso. Sua duração está prevista para 30 minutos. Você poderá ser convidado (a) para participar da segunda etapa da pesquisa, de acordo com as respostas apresentadas na primeira etapa, ou seja se tiver como diagnósticos doenças preveníveis a atenção primária; Caso participe da segunda etapa, esta entrevista poderá ser gravada e terá duração aproximada de 20 minutos. Esta etapa poderá ser realizada durante a internação ou após alta hospitalar. As fitas gravadas ficarão guardadas sob a minha responsabilidade e em nenhum momento outras pessoas terão acesso à este material. Após a utilização das fitas, as mesmas serão destruídas. Sua participação é voluntária e o senhor (a) tem o direito de desistir em qualquer momento da entrevista. Esta pesquisa não trará riscos à sua saúde e mesmo não tendo benefícios diretos, indiretamente estará contribuindo para a buscar novos caminhos para promoção e prevenção da saúde das pessoas idosas. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Sito à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP, telefone 3061-7548 ou no e-mail edipesq@usp.br.

Assinatura do Pesquisador

Local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante Local e data
Célia Maria Francisco. Endereço: Rua Batista do Carmo, 25 – apto 171 -Cambuci –São Paulo.
Telefone: (11) 98218=1605. E-mail: cfransar@usp.br