

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ADRIANA APARECIDA PAZ

**CARACTERÍSTICAS DE PESSOAS IDOSAS EM CONDIÇÃO DE ALTA
HOSPITALAR ASSOCIADAS À REHOSPITALIZAÇÃO**

Porto Alegre

2004

ADRIANA APARECIDA PAZ

**CARACTERÍSTICAS DE PESSOAS IDOSAS EM CONDIÇÃO DE
ALTA HOSPITALAR ASSOCIADAS À REHOSPITALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos

Porto Alegre

2004

P348c Paz, Adriana Aparecida
Características de pessoas idosas em condição de alta hospitalar associadas à rehospitalização / Adriana Aparecida Paz; orient. Beatriz Regina Lara dos Santos. – Porto Alegre, 2004.
138f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2004.

1. Readmissão do paciente. 2. Saúde do idoso. 3. Serviços de saúde para idosos. 4. Alta do paciente. I. Santos, Beatriz Regina Lara dos. II. Título.

HLSN – 509
NLM – WX 158

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

ADRIANA APARECIDA PAZ

Características de pessoas idosas em condição de alta hospitalar associadas à rehospitalização

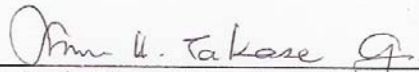
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aprovada em Porto Alegre, 28 de janeiro de 2004

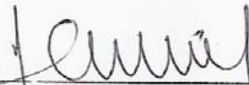
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos - Presidente
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



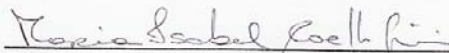
Profa. Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves - Membro
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Profa. Dra. Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts - Membro
Universidade Luterana do Brasil - ULBRA



Profa. Dra. Olga Rosaria Eid - Membro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Profa. Dra. Maria Isabel Coelho Pinto Gorini - Membro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

*Às pessoas que foram o alicerce para a
realização desse trabalho.*

AGRADECIMENTOS

O nascimento de um trabalho científico é regado de vivências e experiências, sejam essas pessoais e/ou profissionais, que possibilitam o convívio e a troca dos saberes.

Ao meu pai, João (in memmorian), e à minha mãe, Vera Lúcia, mulher forte e batalhadora, que deu a luz, me ensinando desde pequena os valores essenciais nas relações humanas. O fato de eu ser também uma pessoa batalhadora - portanto, o que sou, hoje - é merecimento dessa mulher que lutou muito e sentiu minha ausência.

Às minhas irmãs, Maria das Graças e Maria Joaquina, que souberam entender a minha ausência, tão distante, em períodos tão longos, que não possibilitou maiores trocas afetivas, e por ter pouco tempo para escutar suas confidências.

Ao Marcelo, amor da minha vida, amigo e companheiro, que, tão distante, a milhares de quilômetros permaneceu acompanhando meus desafios e incentivando a contínua caminhada acadêmica, em especial pela credibilidade em meu potencial.

À Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos, por todos seus ensinamentos, compreensão e respeito, por conduzir essa investigação, despertando meus próprios pensamentos. Por todo seu apoio e amizade durante esta jornada, que vem me acompanhando desde a Iniciação Científica, e, em especial, por ter acreditado no meu potencial. Os momentos de orientação sempre foram muito acolhedores, propiciando um ambiente agradável e enriquecedor. “Muito Obrigado” com certeza será muito pouco para expressar a minha gratidão.

Aos membros do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC), que me adotaram como membro e me apoiaram em diversos momentos da minha trajetória acadêmica.

Aos futuros enfermeiros, Luccas Melo de Souza e Quênia Camille Martins Barth, que, na época da coleta dos dados, graduandos e bolsistas de iniciação científica, demonstraram compromisso sério com o projeto.

Às Profa. Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves, Profa. Dra. Elisabeth Michelon, Profa. Dra. Olga Rosaria Eidt e a Profa. Dra. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, pelas sugestões no Exame de Qualificação do Projeto de Mestrado, que com certeza contribuíram na construção desta dissertação.

Aos professores doutores, professores convidados e auxiliares administrativos do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que, permearam esta caminhada com conhecimentos, palavras de incentivo e ensinamentos, que construíram dia após dia este caminho.

Aos colegas do Curso de Mestrado, principalmente aos amigos João Almeida da Silva e Letícia Rosa Santos pelo incentivo, convívio e aprendizagem que, enriqueceram através de idéias e saberes práticos em disciplinas.

Às 164 pessoas idosas e seus familiares que se dispuseram e compreenderam a importância desta investigação, e consentindo a participação, minha eterna gratidão.

*À Estaticista Vânia Naomi Hirakata e ao Enfermeiro Alex Vitelmo da
Silva Guimarães, pela contribuição e disponibilidade durante o desenrolar
deste trabalho.*

*Aos trabalhadores do Serviço de Enfermagem Clínica Médica, do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por terem me recebido e apoiado nas
longas jornadas exaustivas na busca de pessoas idosas em condição de alta
hospitalar.*

*A todos os meus amigos, que, conscientemente e inconscientemente,
souberam apoiar e contribuir de uma forma especial para o sucesso deste
trabalho.*

A todos aqueles que colaboraram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigado!!!

Vocês, jovens, já esqueceram, mas somos aqueles que, quando choravam, cantávamos cansados, mas com força, para fazê-los dormir, somos aqueles que, na madrugada fria, cobríamos seus corpos com o melhor cobertor.

Somos aqueles que os viram crescer, quando ficavam doentes, nós adoecíamos também, sua febre era a nossa febre, sua dor era a nossa dor.

Reclamavam nossa ausência, mas estávamos trabalhando em horas extras, para que pudessem estudar, vestir, morar, comer e brincar. Somos aqueles que, muitas vezes, choravam em silêncio, por não podermos dar tudo o que queriam e mereciam.

Ah, quantas vezes gostaríamos de parar e brincar mais, mas não podíamos, tínhamos que trabalhar, trabalhar, trabalhar... Ficávamos de coração nas mãos e sem dormir quando vocês, ainda adolescentes, saíam para as festas.

Vivemos para vocês, embora saibamos que vocês não viverão para nós, viverão para seus filhos, ensinamos tudo o que vocês quiseram aprender.

E hoje, o nosso papo não interessa mais a vocês como no passado.

Pode ser saudosismo, mas gostaríamos de poder ver vocês correrem novamente pela casa, acompanhá-los ao jogo de futebol ou às velhas pescarias.

Hoje, caminhamos devagar, podemos até pensar diferente, mas amamos vocês como vocês amam seus filhos.

Não nos digam que esse sentimento é apenas gerado pela saudade de um tempo que não voltará mais.

Hoje, discute-se a inteligência da emoção... só quem ama sabe que está teoria é correta.

A idade nos tempera, nos deixa sábio, fomos forjados com o fogo da natureza, amamos a vida e não tememos a morte.

Paulo Paim (BRASIL, 2003, p. 38-9).

RESUMO

Trata-se de um estudo epidemiológico, contemplando uma pesquisa de cunho descritivo-exploratório, observacional de coorte prospectivo, para caracterizar as pessoas idosas em condição de alta hospitalar e associar tais características com o desfecho de rehospitalização, no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar. Foram coletados dados de 164 pessoas idosas, no período de junho a setembro de 2003, no hospital universitário público, no município de Porto Alegre. Os fatores de risco para rehospitalização do idoso, no primeiro mês após a alta hospitalar, foram: o grupo de causas de neoplasias (tumores), permanência hospitalar, hospitalização prévia nos últimos doze meses e o sexo masculino do cuidador. No terceiro mês, os fatores de risco para rehospitalização foram os mesmos do primeiro mês, exceto a permanência hospitalar. Os resultados da investigação fornecem subsídios para o planejamento de Programas de Atenção à Saúde do Idoso, do contexto hospitalar ao comunitário. Recomenda-se a adoção de atividades voltadas para educação em saúde, durante a internação hospitalar, com o propósito de otimizar a assistência, diminuir as rehospitalizações e promover a qualidade de vida do idoso e de sua família.

Descritores: readmissão do paciente; saúde do idoso; serviços de saúde para idosos; alta do paciente.

Linha de Pesquisa: Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This is an observational epidemiological cohort study comprising an investigation of descriptive-exploratory nature aiming at characterizing the elderly ready for hospital charge and associating such characteristics with the rehospitalization outcome, at the 1st and 3rd month after the hospital discharge. Data from 164 elderly individuals were collected from June to September 2003 at the public university hospital in Porto Alegre. Risk factors for rehospitalization of the elderly at the 1st month after the discharge were: a number of causes for neoplasia (tumors), hospital stay, previous hospitalization in the last 12 months, and caregiver of the male gender. At the 3rd month, risk factors for rehospitalization were the same as those of the 1st month, excepting hospital stay. The investigation results provide information for the planning of the Elderly Health Care Programs, from the hospital to the community setting. The adoption of activities oriented to health education during hospitalization is recommended with the purpose of optimizing care, decreasing the number of rehospitalizations and promoting life quality for the elderly and their family.

Descriptors: *patient readmission; aging health; health services for the aged; patient discharge.*

Title: *Characteristics of elderly people fit for hospital discharge associated with rehospitalization.*

RESUMEN

Se trata de un estudio epidemiológico, contemplando una investigación de características descriptiva - exploratoria, observacional de corte prospectivo, para caracterizar a las personas ancianas en condición de alta hospitalar y asociar tales características con el cuidado de re-hospitalización, en el primer y tercer mes después de tener alta hospitalar. Fueron colectados datos de 164 personas ancianas, en el período de junio a septiembre de 2003, en el hospital universitario público, en el municipio de Porto Alegre. Los factores de riesgo para la re-hospitalización del anciano, en el primer mes después del alta hospitalar fueron: el grupo de causas de neoplasias (tumores) permanencia hospitalar, hospitalización previa en los últimos doce meses y el sexo masculino del cuidador. En el tercer mes, los factores de riesgo para re-hospitalización fueron los mismos del primer mes, excepto la permanencia hospitalar. Los resultados de la investigación dan subsidios para el planeamiento de Programas de Atención a la Salud del Anciano, del contexto hospitalar al comunitario. Se recomienda la adopción de actividades direccionadas para la educación en salud, durante la internación hospitalar, con el propósito de optimizar la asistencia, disminuir las re-hospitalizaciones y promover cualidad de vida del anciano y de su familia.

Descriptores: *readmisión del paciente, salud del anciano; servicios de salud para ancianos; alta del paciente.*

Título: *Características de las personas ancianas en condición de alta hospitalar asociadas con la re-hospitalización.*

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD's	-	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD's	-	Atividades Básicas da Vida Diária
CID-10	-	10ª Classificação Internacional de Doenças
CTI	-	Centro de Tratamento Intensivo
EPTC	-	Empresa Pública de Transporte e Circulação
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
GHC	-	Grupo Hospitalar Conceição
GPPG	-	Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
HCPA	-	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HSL	-	Hospital São Lucas
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NHB	-	Necessidades Humanas Básicas
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	-	Programa de Saúde da Família
PUCRS	-	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RGS	-	Rio Grande do Sul
SAMIS	-	Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde
SCP	-	Sistema de Classificação de Pacientes
SPSS	-	Statistic Package for Social Sciences
STATA	-	Statistic Data Analysis
SUS	-	Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo os critérios de inclusão e exclusão, HCPA. Porto Alegre, 2003.	45
Tabela 2	- Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo as características demográficas, HCPA. Porto Alegre, 2003.	53
Tabela 3	- Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo as características sociais relacionadas ao idoso, HCPA. Porto Alegre, 2003.	55
Tabela 4	- Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo condição econômica e necessidades de medicamentos, materiais e/ou equipamentos e cuidador profissional relacionadas ao tratamento da saúde do idoso, HCPA. Porto Alegre, 2003.	57
Tabela 5	- Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo as características da situação de saúde relacionadas ao diagnóstico médico principal e secundário, HCPA. Porto Alegre, 2003.	59
Tabela 6	- Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo a permanência hospitalar, encaminhamento e serviço de acompanhamento, HCPA. Porto Alegre, 2003.	62
Tabela 7	- Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo a hospitalização prévia nos últimos doze meses, HCPA. Porto Alegre, 2003.	63

Tabela 8 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo o tipo de cuidado e o grau de dependência por necessidade humana básica, HCPA. Porto Alegre, 2003.	65
Tabela 9 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo as atividades instrumentais da vida diária, HCPA. Porto Alegre, 2003.	69
Tabela 10 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo a necessidade de cuidado, HCPA. Porto Alegre, 2003.	71
Tabela 11 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo rehospitalização um e três meses após a alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, 2003.	73
Tabela 12 - Variáveis independentes associadas ao desfecho de rehospitalização após a alta hospitalar de um e três meses, HCPA. Porto Alegre, 2003.	74
Tabela 13 - Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas ao desfecho de rehospitalização no período de um e três meses após a alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, 2003.	76
Tabela 14 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo o óbito em um e três meses após a alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, 2003.	78

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	18
<u>2</u>	<u>OBJETIVOS</u>	23
<u>2.1</u>	<u>OBJETIVO GERAL</u>	23
<u>2.2</u>	<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	23
<u>2.3</u>	<u>DEFINIÇÃO DE TERMOS</u>	24
<u>2.3.1</u>	<u>Característica</u>	24
<u>2.3.2</u>	<u>Situação de saúde</u>	24
<u>2.3.3</u>	<u>Tipo de cuidado</u>	25
<u>2.3.4</u>	<u>Atividades instrumentais da vida diária</u>	25
<u>2.3.5</u>	<u>Necessidade de cuidado</u>	25
<u>2.3.6</u>	<u>Idoso</u>	26
<u>2.3.7</u>	<u>Hospitalização prévia</u>	26
<u>2.3.8</u>	<u>Condição de alta hospitalar</u>	26
<u>2.3.9</u>	<u>Rehospitalização</u>	26
<u>3</u>	<u>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	27
<u>3.1</u>	<u>ENVELHECIMENTO POPULACIONAL</u>	27
<u>3.2</u>	<u>O SER IDOSO</u>	30
<u>3.3</u>	<u>ESTRATÉGIAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS IDOSAS DO CONTEXTO HOSPITALAR AO DOMICILIAR</u>	35
<u>4</u>	<u>MATERIAIS E MÉTODOS</u>	42

<u>4.1</u>	<u>DELINEAMENTO DO ESTUDO</u>	42
<u>4.2</u>	<u>CAMPO DE ESTUDO</u>	42
<u>4.3</u>	<u>POPULAÇÃO/AMOSTRA</u>	43
<u>4.4</u>	<u>INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS</u>	46
<u>4.5</u>	<u>COLETA DE DADOS</u>	48
<u>4.6</u>	<u>ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DE DADOS</u>	50
<u>4.7</u>	<u>ASPECTOS ÉTICOS</u>	52
<u>5</u>	<u>RESULTADOS</u>	53
<u>5.1</u>	<u>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS</u>	53
<u>5.2</u>	<u>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS</u>	55
<u>5.3</u>	<u>CARACTERÍSTICAS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE</u>	58
<u>5.4</u>	<u>TIPO DE CUIDADO</u>	64
<u>5.5</u>	<u>ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA</u>	69
<u>5.6</u>	<u>NECESSIDADE DE CUIDADO</u>	70
<u>5.7</u>	<u>FATORES ASSOCIADOS A REHOSPITALIZAÇÃO NO SEGUIMENTO DE UM E TRÊS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR</u>	72
<u>5.8</u>	<u>MORTALIDADE DE IDOSOS NO SEGUIMENTO DE UM E TRÊS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR</u>	77
<u>6</u>	<u>DISCUSSÃO</u>	79
<u>6.1</u>	<u>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS</u>	80
<u>6.2</u>	<u>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS</u>	83
<u>6.3</u>	<u>SITUAÇÃO DE SAÚDE</u>	89
<u>6.4</u>	<u>TIPO DE CUIDADO</u>	94
<u>6.5</u>	<u>ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA</u>	96

1 INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa, no Brasil, segundo os censos populacionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta um crescimento progressivo e rápido. No censo de 1991, os idosos correspondiam a 7,3% de uma população de 147 milhões de habitantes. No ano de 2000, entre 169 milhões de habitantes, 8,6% eram idosos. Projeções apontam que 16,0% da população no ano de 2050 será constituída de idosos (BRASIL, 2002a; 2002b; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002a).

A pessoa idosa é aquela com idade de 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, conforme o critério da Organização das Nações Unidas (ONU), definido em 1982, na Assembléia Mundial do Envelhecimento. Os países desenvolvidos consideram a pessoa idosa com idade de 65 anos ou mais (VERAS, 1994; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

O envelhecimento populacional é definido por Ramos (1993) como o aumento da proporção de idosos em uma população, às custas da diminuição da proporção de jovens. Esse evento associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, tais como às mudanças no perfil epidemiológico e nas demandas dos serviços de saúde.

Em menos de 50 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típica de uma população jovem, ou seja, do predomínio de doenças infecto-contagiosas, para o predomínio de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, próprias de faixas etárias mais avançadas. Tal mudança ocorreu devido ao acesso tecnológico da avaliação diagnóstica e das intervenções terapêuticas, que reduziram drasticamente a mortalidade por doenças infecto-contagiosas. No entanto, muitas vezes, a utilização de tecnologia implica aumento dos custos

diretos e indiretos para o sistema de saúde (VERAS, 1994; CHAIMOWICZ, 1997; BRASIL, 2002b; VERMELHO e MONTEIRO, 2002).

No período de 1993 a 2002, constatou-se um aumento de gastos com a população idosa e um declínio significativo na utilização de recursos financeiros com hospitalizações da população infantil. Por exemplo, em 2001, a população idosa consumiu 29,6% dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), destinados às hospitalizações (BRASIL, 2002c).

As hospitalizações relacionam-se, principalmente, à alta incidência de agravos de longa duração entre idosos, que perduram por vários anos e exigem acompanhamento de profissionais de saúde, assim como de intervenções contínuas que repercutiram na qualidade de vida. Paralelamente, os riscos associados à hospitalização e à rehospitalização constituem fatores que favorecem a permanência hospitalar prolongada, a qual gera custos elevados pelo consumo de medicamentos e realização de testes diagnósticos (CREDITOR, 1993; DUARTE e DIOGO, 2000; BRASIL, 2002b; SANTOS et al., 2002a; SILVA, 2003a).

No que se refere à rehospitalização, os resultados de um estudo realizado em hospital universitário público, no município de Porto Alegre, constataram que, no período de um ano, a amostra de 442 idosos egressos da internação hospitalar, a incidência de uma a duas rehospitalizações foi de 14,0%; e de três ou mais rehospitalizações foi de 0,7% (SANTOS et al., 2002b). No estudo de Alvarenga (2000) a taxa de rehospitalização foi de 18,0% ocorrido nos 24 meses de seguimento do idoso.

Marcantonio et al. (1999) identificaram, entre os fatores associados à rehospitalização, a faixa etária de 80 anos ou mais; a internação hospitalar prévia nos últimos trinta dias; a presença de cinco ou mais comorbidades; a história prévia de depressão; a escassez de material instrucional para orientação educativa dos cuidados ao idoso que, muitas vezes, repercutirá em dificuldades do familiar ao cuidar do idoso no domicílio.

No município de Porto Alegre, na última década, foram realizados estudos que buscaram caracterizar as pessoas idosas no momento da alta hospitalar. Alguns destes estudos, ao analisarem o tipo de cuidado de que o idoso carecia, constataram que esse demandava cuidados de várias ordens, os quais estavam relacionados com o grau de dependência desse, no momento da alta hospitalar (SANTOS, CÉSAR e SOEIRO, 2002; PAZINATTO, 2003).

Assim, vislumbra-se as necessidades dos profissionais de saúde, por ocasião da alta hospitalar e no seguimento dessa, desenvolverem ações junto à família. Essas ações devem contemplar o preparo desse grupo para a realização do cuidado no contexto domiciliar (SCHIER, GONÇALVES e LIMA, 2001; PAZ, 2002).

O estudo de Santos et al. (2002b), ao analisar o sumário de alta médica de pacientes idosos, constatou que 11,6% desses tinham indicação de cuidado domiciliar. Dos 442 pacientes deste estudo, 3,7% e 3,5%, no momento da alta hospitalar, utilizavam, respectivamente, algum tipo de apoio para a deambulação (andador, muleta, bengala) e sondas vesicais ou nasoentéricas. No que se refere aos registros de enfermagem, no mesmo estudo foi observado que esses não contemplavam o planejamento da alta hospitalar e nem as orientações para o cuidado domiciliar.

O estudo realizado por Pazinato (2003), com idosos em condição de alta da unidade geriátrica do hospital privado e universitário do município de Porto Alegre, constatou que 73,3% dos 80 idosos entrevistados apresentavam a necessidade de um cuidador após alta hospitalar, e 22 (36,7%) referiram a carência de orientações e informações por ocasião da alta hospitalar.

Várias investigações observaram que os cuidados no domicílio, na sua maioria, são fornecidos por um cuidador familiar ou cuidador informal que, muitas vezes, não possuem conhecimento e habilidade para realizar o cuidado. Esses estudos evidenciaram que o

familiar, ao desempenhar o papel de cuidador, muitas vezes, apresentava sentimentos de insegurança, medo e vergonha ao prestar o cuidado ao idoso (LIMA, SCHIER e GONÇALVES, 1997; KARSCH, 1998; KARSCH e LEAL, 1998; MENDES, 1998; LEHR, 1999; CREUZTBERG, 2000).

Portanto, os resultados de vários estudos evidenciam a lacuna existente entre o cuidado realizado no contexto hospitalar e domiciliar, o que constitui um risco à saúde do idoso e de sua família (LIMA, SCHIER e GONÇALVES, 1997; KARSCH e LEAL, 1998; MENDES, 1998; MARCANTONIO et al., 1999; ALVARENGA, 2000; CREUZTBERG, 2000; SANTOS et al., 2002b; SANTOS, CÉSAR e SOEIRO, 2002; PAZINATTO, 2003).

Atualmente, observa-se, nas instituições hospitalares do Brasil, uma carência de envolvimento dos profissionais de saúde com as especificidades do processo de envelhecimento e da assistência ao idoso no domicílio. Programas específicos de planejamento e acompanhamento da alta hospitalar são escassos. Em contrapartida, a rede de serviços de saúde no município de Porto Alegre apresenta algumas iniciativas que têm suas ações voltadas à saúde do idoso.

O Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL/PUCRS) tem uma unidade de geriatria em que privilegia a assistência à saúde ao idoso (PAZINATTO, 2003). Na rede pública, o Serviço de Saúde Comunitária Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ligado ao Ministério da Saúde, prioriza, em suas atividades assistenciais, o programa de internação domiciliar aos idosos (SANTOS et al., 1999). Apesar dessas, iniciativas, evidencia-se a necessidade do sistema de saúde adequar-se à realidade, organizando serviços de saúde da rede pública e hospitalar dotados de profissionais com competência para atuarem na saúde do idoso.

O Programa da Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza, entre as suas ações, a visita domiciliar à família. Dentre os membros da família, a pessoa idosa com

comprometimento funcional demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso. O idoso depende, geralmente, do suporte familiar e informal para dar continuidade à manutenção da saúde. Desta forma, o cuidado ao idoso baseia-se na família, com o apoio das Equipes de Saúde da Família (ESF), que constituem o vínculo com o sistema de saúde (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Nessa perspectiva, a ação do enfermeiro junto a essas famílias torna-se imprescindível e, ao mesmo tempo, um grande desafio à práxis de enfermagem, devido às influências dos aspectos físicos, psicossociais e culturais inerentes ao idoso, sua família e seu cuidador, bem como à necessidade de reduzir os impactos gerados pela doença no ambiente domiciliar (CREUZTBERG, 2000; SANTOS et al., 2002c).

Esse panorama aponta para uma prática assistencial que adote estratégias e tecnologias que contemplem e valorizem a hierarquização, a equidade, a integralidade e a resolutividade da atenção à saúde do idoso, muito além do contexto hospitalar: a adoção de tecnologias leves, como o vínculo e o acolhimento, tanto na gestão dos processos como na maneira de agir para produção de bens; e os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde (ROLLO e OLIVEIRA, 1997; MERHY et al., 1997).

Ao identificar a necessidade de adoção de estratégias assistenciais que auxiliem a resolução do problema exposto, questiona-se: quais as características do idoso em condição de alta hospitalar? Quais suas necessidades de cuidado por ocasião da alta hospitalar? Qual o grau de dependência para a realização do cuidado em seu domicílio? Existe relação entre as características do idoso e a incidência de rehospitalização?

Considerando tais questionamentos, esta investigação pretende contribuir para a política pública no que se refere ao aperfeiçoamento do modelo assistencial de vigilância da saúde, oferecendo subsídios para a adequação das atividades dos profissionais de saúde, frente às reais necessidades dessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as características de pessoas idosas em condição de alta hospitalar associadas à rehospitalização.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características demográficas, socioeconômicas, de situação de saúde, tipo de cuidado, atividades instrumentais da vida diária e necessidade de cuidado por ocasião da alta hospitalar.
- Investigar a associação entre as características das pessoas idosas em condição de alta hospitalar com a rehospitalização, no seguimento do primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar.

2.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS

2.3.1 Característica

Relaciona-se às pessoas e ao lugar, constitui-se de variáveis: demográficas, sociais e comportamentais (PEREIRA, 1998). Este estudo analisou as variáveis demográficas e socioeconômicas:

- As características demográficas relacionaram-se ao sexo, idade e ao município de procedência do idoso.
- As características socioeconômicas relacionaram-se à situação conjugal, ao número total de filhos vivos, ao número de pessoas que moram no mesmo domicílio, ao número de anos que frequentou a escola, à ocupação profissional e a existência de dificuldades financeiras para manter o tratamento.

2.3.2 Situação de saúde

No estudo de Santos et al. (2002b) a situação de saúde referiu-se à descrição realizada pelo médico em sumário de alta médica, sendo que tal sumário era constituído de informações tais como diagnóstico médico primário e secundário, o número de dias de internação hospitalar e o serviço de acompanhamento após a alta hospitalar. Os diagnósticos médicos foram categorizados pelos grupos de causas que constituem a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

2.3.3 Tipo de cuidado

O tipo de cuidado foi verificado por meio do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), proposto por Perroca e Gaidzinski (1998), que avalia as necessidades de cuidado de enfermagem aos pacientes em instituições hospitalares. Tal classificação avalia o grau de dependência por meio das necessidades humanas básicas e contempla quatro tipos de cuidado: cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos.

2.3.4 Atividades instrumentais da vida diária

As atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) referem-se à capacidade de operar o telefone; realizar compras em estabelecimentos comerciais; planejar, preparar e servir as refeições; realizar atividades de manutenção em casa; colocar, estender ou lavar as roupas; utilizar quaisquer meios de transporte; preparar e tomar medicações essenciais à manutenção da saúde; e manejar ou controlar qualquer assunto financeiro. Tais atividades foram propostas por Lawton e Brody (1969).

2.3.5 Necessidade de cuidado

A necessidade define como "qualidade ou caráter de necessário; aquilo que é absolutamente necessário; exigência..." (NECESSIDADE, 1999, p. 1397). Assim, a necessidade de cuidado está relacionada à identificação, por parte do cuidador ou de seu familiar, da disponibilidade e das características do cuidador para supervisão, realização ou auxílio nos cuidados ao idoso no seguimento domiciliar. O cuidador principal geralmente é uma pessoa muito próxima ao idoso (KARSCH e LEAL, 1998).

2.3.6 Idoso

O critério utilizado para definir o idoso foi o proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1982, para países em desenvolvimento. Este critério estabelece como ponto de corte a idade de 60 anos (VERAS, 1994; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

2.3.7 Hospitalização prévia

A hospitalização prévia refere-se ao período anterior a doze meses que antecederam a hospitalização na qual houve a entrevista com o idoso em condição de alta hospitalar, conforme Santos et al. (2002b).

2.3.8 Condição de alta hospitalar

Neste estudo entende-se por condição de alta hospitalar o período de 48 horas que antecede a alta definitiva do paciente na unidade de internação, segundo o estudo realizado por Santos, César e Soeiro (2002).

2.3.9 Rehospitalização

Neste estudo, a rehospitalização refere-se ao idoso que, recebeu alta hospitalar, mas que num período de até três meses da alta hospitalar, retornou à instituição hospitalar (PAZINATTO, 2003).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Atualmente, o Brasil está em um processo de transição demográfica acelerado, sendo esse resultante de vários fatores, como a queda da fecundidade e da mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida ao nascer e o progressivo envelhecimento da população. Tem-se o reconhecimento que o aumento da longevidade é uma conquista social que marcou o século XX em quase todo o mundo, mas tal conquista gera impactos e novas demandas para o sistema de saúde e a família (VERAS, 1994; CHAIMOWICZ, 1997; KALACHE, 1998; BRASIL, 2002b).

Chaimowicz (1997, p. 192) acrescenta que "o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, à medida que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde".

Em 2000, no Brasil, 8,6% da população correspondia a pessoas com idade 60 anos ou mais; já no Rio Grande do Sul (RGS) esse percentual eleva-se para 10,5%, e, em Porto Alegre, 11,8% (BRASIL, 2002a). Projeções apontam que no ano 2020 a população idosa brasileira corresponderá a 12,6%, e para o ano 2050 alcançará o percentual de 16,0% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002a). Assim, o aumento do número de idosos é preocupante à medida que a sociedade não oferece a essas condições para a manutenção de sua independência, o que dificulta sua adaptação e convivência (DUARTE, 1994; SANTOS, 1997).

Em relação ao sexo, no Brasil, 44,9% da população idosa é constituída por homens, enquanto 55,1% são mulheres. De acordo com os dados demográficos relacionados à razão dos sexos¹ verifica-se que na primeira faixa 60 a 69 anos existem 88 homens para 100 mulheres; e na última faixa, considerando 80 anos e mais, há 66,4 homens para 100 mulheres. Observa-se nesses dados uma redução de idosos do sexo masculino à medida que aumenta a idade, evidenciando a sobremortalidade masculina (BRASIL, 2002a; 2002b).

Segundo o Anuário Estatístico de Saúde do Brasil, em 2001, no que se refere à esperança de vida ao nascer², por sexo, há uma diferença de quase oito anos, sendo 64,8 anos para os homens e 72,6 anos para as mulheres. Na população gaúcha, embora haja um aumento significativo de esperança de vida ao nascer para homens e mulheres, quando comparada à média nacional - ou seja, respectivamente, 67,5 anos e 75,9 anos - a diferença dessa taxa para os dois sexos acompanha o padrão nacional (BRASIL, 2002a).

Em relação à expectativa de vida aos 60 anos de idade³, verifica-se que, no Brasil, o tempo médio de vida, após os 60 anos, para homens e mulheres, corresponde, respectivamente a 16 e 19,4 anos. No Rio Grande do Sul, essa média é 16,2 para os homens e 20,9 anos para as mulheres (BRASIL, 2002a).

Frente à magnitude do envelhecimento populacional brasileiro, observa-se que o índice de envelhecimento⁴, em 2000, é da ordem de 19,8%. Na população gaúcha esse índice eleva-se significativamente para 27,6%, sendo inferior apenas ao do Estado do Rio de Janeiro, que atinge 29,6%. Em Porto Alegre, esse índice chega a 36,3%. Essas informações denotam a não homogeneidade da distribuição da população idosa nas Unidades Federativas do Brasil,

¹ Número de homens residentes para um grupo de 100 mulheres residentes (BRASIL, 2002a).

² Expressa a probabilidade de tempo médio de vida esperado para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente (BRASIL, 2002a).

³ Expressa a probabilidade de tempo médio de vida da população a partir do ingresso no grupo etário dos idosos (BRASIL, 2002a).

⁴ Número de pessoas de 65 anos e mais anos para cada 100 indivíduos com menos de 15 anos de idade (BRASIL, 2002a).

bem como o fato de que, no Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, as pessoas apresentam maior longevidade quando comparado ao índice nacional (BRASIL, 2002a).

Desde a década de 50, observa-se que a transição do perfil epidemiológico brasileiro deve-se tanto à redução de óbitos causados por doenças infecto-contagiosas e mortalidade infantil, quanto à redução da fecundidade materna. Paralelamente, ocorre o aumento significativo da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, à medida que avança a idade em anos (CHAIMOWICZ, 1997; BRASIL, 2002a; 2002b; LIMA-COSTA, 2003).

À medida que, no Brasil, parcelas crescentes da população atingem idades mais avançadas, conforme Stevenson, Gonçalves e Alvarez (1997, p. 35), "aumenta o número de casos de doenças do tipo crônico-degenerativo".

Tais doenças crônico-degenerativas ou doenças não transmissíveis, são terminologias utilizadas para definir grupos de entidades nosológicas, caracterizadas por: história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação entre fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos; ausência ou participação de microorganismos entre os determinantes da condição de cronicidade; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico lento, prolongado ou permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação; e evolução para graus variados de incapacidade ou para morte (LESSA, 1999).

No Anuário Estatístico de Saúde do Brasil (2002a), verifica-se que a mortalidade para a faixa etária acima dos 60 anos constitui aproximadamente 54,5% de óbitos em relação aos óbitos totais, no ano de 1999. Os idosos gaúchos apresentam um aumento significativo na mortalidade proporcional por grupos de idade evidenciando 63,0%. Em Porto Alegre, esta proporção é muito semelhante à estadual, sendo 63,4%.

Entre as causas de óbitos mais frequentes no Brasil, em 1999, na faixa etária idosa, identificou-se em 36,9% a doença do aparelho circulatório, seguido com 14,0% de neoplasias

(tumores); 12,2% doenças do aparelho respiratório; e 5,8% doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (BRASIL, 2002a).

Essas informações fornecem subsídios para o planejamento, a gestão e a avaliação das políticas públicas e ações de prevenção e controle de agravos à saúde da população idosa.

3.2 O SER IDOSO

O envelhecimento, segundo Erminda (1999, p. 43), é um "processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo". Certamente, o envelhecimento é um fenômeno natural, mas que geralmente apresenta um aumento da fragilidade e vulnerabilidade à saúde. A mesma autora coloca que o envelhecimento pode ser dividido em três dimensões: biológica, cronológica e social.

A vulnerabilidade é referida por Ayres et al. (2003) como sendo um produto da interação de três distintos planos, denominados de individual, social e programático. Esses autores reforçam que uma mudança em qualquer um dos planos influencia os demais. Conceituam a vulnerabilidade como:

o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades [...], segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado de aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES, FRANÇA JÚNIOR e CALAZANS, 1997, p. 20).

Portanto, esses autores inferem que conhecer a vulnerabilidade possibilita a avaliação objetiva, ética e política das condições de vida que tornam cada um dos indivíduos expostos a

determinados problemas. Ao mesmo tempo, possibilita a visibilidade de elementos que contribuem para a construção de alternativas reais de proteção para cada indivíduo, enquanto ser único.

Provavelmente o envelhecimento seja regulado por mecanismos celulares intrínsecos e modulado por numerosas influências do meio ambiente. A dimensão biológica ou vulnerabilidade individual/biológica expressa-se pela alteração estrutural e funcional, a qual nem sempre coincide com o avanço cronológico e a perda social. Porém, as alterações biológicas tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando submetido a um estresse fisiológico. Tais modificações quando associadas, principalmente, à idade cronológica avançada, determinam maior suscetibilidade à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte (ANDREOLI et al., 1998; ERMIDA, 1999).

A dimensão cronológica é mensurada pelo calendário. Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1982, nos países em desenvolvimento, a pessoa idosa é aquela com idade de 60 anos ou mais, enquanto em países desenvolvidos é aquela de 65 ou mais anos. No Brasil, o critério adotado é o de 60 anos ou mais (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

A dimensão social refere-se aos papéis e hábitos que a pessoa, ao longo do seu ciclo vital, assume na sociedade e na família, a partir de um padrão culturalmente estabelecido. O envelhecimento agregado à vulnerabilidade social pode, muitas vezes, manifestar-se pela diminuição ou perda do papel desempenhado por longos anos, na esfera familiar, social e principalmente profissional (ERMIDA, 1999).

Por outro lado, na Terceira Idade, pode-se considerar que as pessoas estejam em boas condições físicas e mentais, mas, algumas vezes, instalam-se limitações que podem tornar a vida diária complicada sobretudo pela restrição funcional para algumas ou todas as atividades básicas da vida diária (KARSCH e LEAL, 1998).

Alguns estudos apontam que o maior temor da velhice relaciona-se com a perda da saúde. As possibilidades de o idoso desenvolver doenças e incapacidades aumentam quando associadas aos hábitos de vida, tais como tabagismo, sedentarismo, obesidade e alcoolismo (LITVOC e DERNTL, 2002; VOSER e VARGAS NETO, 2002).

A ausência de políticas públicas relacionadas à saúde do idoso, bem como aos serviços, não oferecem qualidade no atendimento da demanda, que também constituem em elementos de vulnerabilidade programática/institucional para a população idosa (SILVA, 2003b).

Litvoc e Derntl (2002) indicam a existência de síndromes geriátricas, tais como a imobilidade, as quedas, a demência, a incontinência e a iatrogenia. Essas síndromes constituem riscos que podem contribuir para o declínio da capacidade funcional, o maior nível de dependência e a institucionalização. Esses aspectos podem desencadear o isolamento social e comprometer a qualidade de vida do idoso.

No que se refere ao isolamento social, Souza (2002) salienta que a saúde mental do idoso está associada à qualidade de vida, à medida que constitui o risco para instalação de doenças e incapacidades.

Nos idosos portadores de doenças (sejam essas agudas ou crônicas), é possível verificar declínio funcional, sendo que o grau de severidade é diferente para cada pessoa, bem como o tipo de agravo à saúde (DUARTE e DIOGO, 2000; LUECKENOTTE, 2002).

O envelhecimento traz a vulnerabilidade para doenças crônico-degenerativas, sendo essas uma das causas à alta incidência de hospitalizações. Tais doenças, quando associadas à hospitalização, favorecem o declínio funcional e, conseqüentemente, se encaminham para o desenvolvimento de incapacidades. Cabe salientar que a hospitalização e o repouso no leito podem gerar maior agravamento da situação de saúde, tornando mais frágil à saúde do idoso.

Os riscos associados à hospitalização de idosos são as infecções hospitalares, as reações adversas às drogas e às intervenções, assim como a imobilidade. Tais riscos, muitas vezes, favorecem a permanência hospitalar prolongada (CREDITOR, 1993; SILVA, 2003a).

Ao avaliar as condições funcionais e clínicas de 80 idosos, Pazinato (2003) verificou que 36,3% desses apresentavam dependência severa para as atividades básicas da vida diária (AVD's) no momento da pré-hospitalização. No mesmo estudo, a autora constatou que 50,0 % dos idosos que apresentavam dependência severa para AVD's permaneceram com o mesmo nível de dependência no momento da alta hospitalar.

Conforme Sager e Rudberg (1998), a hospitalização gera nos idosos quase duas vezes mais perdas funcionais para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) do que para as AVD's. Tal fato sugere que AIVD's possam ser marcadores sensíveis do impacto na hospitalização sobre a pessoa idosa.

O idoso, ao receber alta da instituição hospitalar, apresentando declínio funcional e grau de dependência elevado, necessita, no âmbito domiciliar, um cuidador para auxiliá-lo nas AIVD's, bem como no atendimento de suas necessidades básicas. Tal dependência remete a família a uma nova divisão de papéis e funções para o exercício do cuidado (KALACHE, 1998; KARSCH e LEAL, 1998; MENDES, 1998; DUARTE e DIOGO, 2000).

Tal fato é corroborado pelo estudo de Pazinato (2003) ao constatar que 73,3% de 80 idosos que receberam alta de uma unidade geriátrica necessitavam de um cuidador para o seguimento domiciliar. A autora também observou que o cuidado no núcleo familiar era predominantemente desempenhado, em 29,5%, por filhos, genros e noras, e em 18,0% pelo cônjuge.

Caldas (1998) descreve que o cuidador principal do idoso é aquele que tem total e maior responsabilidade pelos cuidados no domicílio. Já os cuidadores secundários são os

familiares, amigos e profissionais, os quais realizam atividades complementares no cuidado ao idoso.

No âmbito domiciliar, o cuidador do idoso assume várias tarefas, mas a mais difícil de todas é perceber-se no papel de cuidador ao vivenciar a situação de cuidado. Nesse momento, surgem sentimentos de incapacidade, ansiedade, medo, preocupação, sobrecarga de trabalho e responsabilidade, tanto para o cuidador familiar como para o idoso (GONÇALVES, SILVA e PFEIFFER, 1996; PELZER e FERNANDES, 1997; KARSCH e LEAL, 1998; MENDES, 1998; ALVAREZ, 2001).

Contrapondo ao acima exposto, BULLA et al. (2002) apontam os aspectos positivos relacionados à situação de ser cuidador, tais como "o desenvolvimento de novas habilidades, a oportunidade de estreitar as relações e ter mais tempo com os membros da família", enquanto Duarte e Diogo (2000) alegam que a assistência e a manutenção do idoso com a família acarretam conforto, participação da família no cuidado, bem como a inserção do idoso no contexto domiciliar por maior tempo. Tais autores também acrescentam que para a avaliação e intervenção profissional é essencial o conhecimento da real situação existente no domicílio.

Estudos constataram que a família, ao receber orientação profissional para execução de cuidados diários ao idoso expressa, geralmente, maior tranquilidade e diminuição do seu nível de estresse, bem como a observação da otimização e autonomia do idoso e da família (DUARTE et al., 2000).

Estudos realizados nos Estados Unidos constataram que as rehospitalizações de idosos são frequentes, apresentando taxas entre 15,0 e 17,0% para aquelas que ocorrem até trinta dias após alta hospitalar (COLLEDGE e FORD, 1994; HENNEN et al., 1995).

Rosswurn e Lanham (1998) acrescentam que a capacidade funcional total foi o melhor indicador de risco de rehospitalizações, sendo que os pacientes totalmente dependentes

apresentavam risco para rehospitalização de 58,0%, enquanto, entre os pacientes independentes, o risco de rehospitalização foi de 18,0% nos trinta dias após a alta hospitalar.

No estudo de Alvarenga (2000) a taxa de rehospitalização foi de 18,0 %, segue o padrão de outros estudos, embora o seguimento tenha sido mais longuíquo, 24 meses. Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) observaram a taxa de 13,6% de rehospitalização prévia através da análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, em 1998.

Os resultados desses estudos denotam a necessidade de caracterizar as pessoas idosas e associar suas características à rehospitalização, no que se refere aos serviços de saúde, no município de Porto Alegre. Desta maneira, obtém-se subsídios para orientar o familiar quanto ao processo de cuidar, priorizando o fortalecimento dos vínculos afetivos com o idoso, bem como para promover o cuidado com a finalidade de reduzir as rehospitalizações e, conseqüentemente, os custos gerados para o sistema de saúde.

3.3 ESTRATÉGIAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS IDOSAS DO CONTEXTO HOSPITALAR AO DOMICILIAR

A partir da promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 1988, a organização do sistema de saúde deve atender os princípios da universalização do acesso, da integralidade da atenção, da equidade, da descentralização da gestão, da hierarquização dos serviços e do controle social. Assim, a implantação do SUS pressupõe a adoção do modelo tecno-assistencial de Vigilância da Saúde e, conseqüentemente, a reorganização dos serviços de saúde e a adequação das práticas sanitárias, com o propósito de atender as necessidades da população (ROLLO e OLIVEIRA, 1997).

Entre os elementos de organização dos serviços destaca-se a vulnerabilidade programática. A partir da década de 90, segundo Ayres et al. (2003), surge a vulnerabilidade enquanto elemento que busca avaliar a suscetibilidade de indivíduos ou grupos populacionais a um determinado agravo à saúde, considerando-se os planos: individual, social e programático. O plano programático engloba o acesso e a forma de organização dos serviços de saúde. Inclui, ainda, programas voltados à prevenção, assistência e controle. Seu planejamento e execução ocorrem em nível nacional, regional ou local, e os seus executores são os governos municipais, estaduais e federal, ou até mesmo as organizações não-governamentais.

Assim, torna-se extremamente necessário incluir todas as formas de intervenção na sociedade, a partir da proteção e da educação em saúde, tendo como parceiros a família, profissionais e o Estado. Ayres, França Júnior e Calazans (1997, p. 27) afirmam que

os índices desenvolvidos para avaliar vulnerabilidade programática buscam dar conta justamente deste gradiente de permeabilidade e sensibilidade das estruturas sociopolíticas mais abrangentes e as necessidades concretamente postas para a saúde de indivíduos/população [...].

Diante de tal constructo conceitual, um dos objetivos do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) é manter a pessoa idosa na comunidade, junto de sua família, de forma digna e confortável. Muitas vezes, as condições de saúde dos idosos exigem hospitalização; porém, espera-se que essa não tenha longa duração, bem como a família seja orientada para o cuidado no contexto domiciliar. Entretanto, segundo Karsch e Leal (1998), nas instituições hospitalares do Brasil, observa-se a vulnerabilidade programática, no que se refere à falta de preparo dos profissionais de saúde para orientar o idoso e o seu cuidador no momento da alta hospitalar. Em consonância, programas específicos de preparo e acompanhamento da alta hospitalar praticamente inexistem.

Assim, como identificado no estudo de Santos, César e Soeiro (2002), há necessidade de realizar atividades voltadas para educação em saúde, durante a internação, enquanto estratégia para otimizar a assistência e diminuir o número de rehospitalizações de pacientes idosos portadores de insuficiência cardíaca.

É acrescido a essas observações o estudo de Caldas (2003), em que os cuidadores mencionaram, no momento da alta hospitalar, a falta de informações sobre a doença, a escassez de orientações e apoio para os familiares darem continuidade aos cuidados no domicílio e a não indicação de um serviço para prosseguir o tratamento. Ressaltam ainda, que, quando se tem o acompanhamento médico, existe, muitas vezes, a dificuldade de acesso ao meio de transporte adequado para o deslocamento, devido às limitações da locomoção do idoso.

Estudos de Stewart, Marley e Horowitz (1999) e Stewart et al. (1999), realizados na Austrália, acompanharam pessoas com insuficiência cardíaca congestiva após alta hospitalar, com média de idade, respectivamente, de 76 e 75 anos. Os dois estudos apontaram que o acompanhamento domiciliar reduz rehospitalizações não planejadas, permanência hospitalar e óbitos.

Nos Estados Unidos, Naylor et al. (1999) acompanharam 365 idosos com algum tipo de doença coronariana, admitidos para o cuidado domiciliar. Constataram que o planejamento da alta hospitalar e o cuidado domiciliar orientado por profissionais de enfermagem reduzem as rehospitalizações e os custos aos serviços de saúde. Elkan et al. (2001) contribuem com essa idéia através da meta-análise de quinze estudos norte-americanos e europeus relacionados à saúde do idoso, verificando que, em oito estudos, o cuidado domiciliar reduz os óbitos de pessoas idosas.

Litvoc e Derntl (2002, p. 279) afirmam em relação aos idosos, que "a promoção da saúde para essa população compreende a disponibilidade de um *continuum* de serviços que

atenda às necessidades que eles experimentam, à medida que avançam em anos e limitações". Tal concepção remete às ações de cuidado domiciliar e às atividades de educação em saúde, que devem ser desenvolvidas no momento da alta hospitalar para orientação dos cuidados a serem realizados com o idoso no domicílio.

O cuidado, em nível domiciliar, é exercido quase que exclusivamente pelo membro familiar, o qual geralmente não recebeu orientação para que possa atender e suprir adequadamente as demandas de cuidado ao idoso. Assim, o envolvimento do idoso, cuidador/família, comunidade e profissionais de saúde torna-se imprescindível para a elaboração, efetivação e avaliação do plano de cuidados após a alta hospitalar (PAZ, 2002; SANTOS et al., 2002c; CREUZTBERG, 2000).

Frente a tais considerações, Viegas (2001, p. 30), em sua dissertação de Mestrado, afirma que, para a continuidade do acompanhamento no domicílio, "é de vital importância que a enfermeira considere as implicações do impacto de uma doença na família, pois todos os membros são afetados".

Duarte e Diogo (2000, p. 7) complementam que a atenção no domicílio, engloba muito mais que um tratamento médico residencial padronizado "é um método aplicado ao cliente que enfatiza sua autonomia e esforça-se em realçar suas habilidades funcionais dentro de seu próprio ambiente. Envolve o planejamento, a coordenação e o fornecimento de vários serviços".

O estudo de Paskulin et al. (2002) ressalta que os idosos referiram a importância das orientações pré e pós-operatórias realizadas por enfermeiras, no ambiente domiciliar, para a recuperação e reabilitação da sua saúde.

No Canadá, Ribeiro (1998) ressalta a relevância dos serviços de atenção domiciliar. Esses serviços têm por objetivos cuidar de pessoas incapacitadas, ou que sofrem de doença crônicas; apóia-las e cuidá-las na fase final da vida; encorajar a independência, autonomia e

esperança; promover auto-estima e a dignidade; facilitar a recuperação e reabilitação; ensinar e dar apoio aos membros da família; reduzir a permanência hospitalar; e evitar ou adiar a institucionalização.

Acrescenta-se, ainda, o trabalho de conclusão de graduação de Paz (2002) que salienta a necessidade de cuidado de enfermagem domiciliar, assim como o fornecimento de subsídios para estruturação de programas de cuidado domiciliar para atender a demanda de pacientes idosos. Tal estudo aponta para os objetivos relacionados ao paciente, à família e aos cuidadores do paciente, às instituições de saúde e à formação de profissionais da área da saúde. A atitude de valorização e parceria da enfermeira torna-se essencial a partir do vínculo com o paciente em seu contexto familiar.

O envelhecimento com dependência é colocado por Caldas (2003) como um desafio a ser incorporado pela Saúde Pública, em que contrapõe duas situações. A primeira refere-se às condições necessárias para a manutenção dos cuidados ao idoso na comunidade, e a segunda refere-se às condições da família para que possa responsabilizar-se pela assistência ao idoso.

O PSF resgata o modelo de cuidado domiciliar, a partir da assistência no domicílio, por meio de visitas regulares e esporádicas, conforme a gravidade da situação de saúde do idoso assistido. Portanto, tal ação não pode ter por finalidade a redução de custos e a transferência de responsabilidades. No contexto da ESF, destacam-se as ações dos profissionais de saúde, voltadas para a assistência integral e contínua de todos os membros da família vinculados às unidades de saúde da família (USF), em cada uma das etapas do ciclo vital, sem perder de vista o seu contexto familiar e social (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

No entanto, os mesmos autores referem que a assistência domiciliar exige programas de orientação, informação e apoio dos profissionais de saúde capacitados na área da saúde do idoso. A necessidade de suporte informal ou familiar é essencial e, também, o elo entre o

idoso e os profissionais. Tal aliança é imprescindível para a orientação, pois os cuidadores informais cuidam sistematicamente, muitas vezes, idosos com comprometimento funcional grave, que intensifica a necessidade de cuidados.

Um estudo de Guimarães no ano de 1996, citado por Silvestre e Costa Neto (2003), aponta as características e demandas do idoso na atenção básica. Dentre as várias características, a rehospitalização tem a incidência de 5,0% ao ano, tendo como impacto individual ou familiar o risco de iatrogenias, ansiedade e aumento da dependência. No que se refere à implicação operacional, os profissionais de saúde devem avaliar as causas determinantes e os diagnósticos de risco para rehospitalização. Neste processo deve haver o controle adequado dos problemas de saúde e, como resultado esperado, a redução de rehospitalizações.

Portanto, a dependência do idoso é um processo dinâmico. Caldas (2003, p. 773) refere que "a dependência deve ser abordada por intermédio de programas que incluam estratégias de promoção da saúde até o estabelecimento de redes de apoio aos cuidados de longa duração na comunidade".

O cuidador informal no PSF, segundo Caldas (2003), deveria ser visto como agente de saúde e receber orientações direcionadas à prestação de cuidado à pessoa idosa, incluindo medidas preventivas com o propósito de evitar a dependência precoce e específicas sobre os cuidados ao idoso que envelhece na comunidade.

Da mesma forma, Karsch (2003) salienta a inexistência de uma política no que se refere aos papéis atribuídos às famílias e aos apoios que cabem à rede de serviços oferecer ao idoso com comprometimento funcional. Entretanto, os cuidadores de idosos dependentes precisam se tornar alvos de orientações de como proceder em situações difíceis, bem como receber a visita de profissionais de forma regular ou esporádica, conforme a necessidade de atenção requerida pelo idoso.

Assim, acredita-se na importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente assistencial, tratamento clínico e reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e ações de prevenção de doenças e promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo é de caráter epidemiológico, contemplando uma pesquisa de cunho exploratório analítico de coorte prospectivo, utilizando uma abordagem quantitativa. Desta forma, poder-se-á quantificar os dados, dando a representatividade às características da pessoa idosa e de seu cuidador. Os estudos de coorte são estudos observacionais, monitorados ao longo do tempo para avaliar a incidência ou o desfecho de interesse (PEREIRA, 1998; COELI e FAERSTEIN, 2002; COSTA e KALE, 2002).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), especificamente, as unidades de internação de clínica médica. Segundo dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2000), essa instituição caracteriza-se por ser uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação, vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tal instituição possui uma estrutura organizacional própria e autônoma. Nesse contexto, o hospital tem por objetivos prestar serviços nas áreas de assistência, de ensino e de pesquisa; sendo assim, também é considerado uma instituição com nível de alta complexidade no SUS.

O estudo foi realizado em três unidades clínicas: quinto, sexto e sétimo andares, todos situados na ala norte. Cada unidade é constituída por 15 enfermarias com três leitos cada uma, totalizando 45 leitos por unidade, sendo esses disponíveis às populações adolescente, adulta e idosa conveniadas ao SUS. Tal configuração da clientela denota a diversidade da atenção à saúde. Ainda que o envelhecimento populacional tenha especificidades no atendimento à saúde, não existe nessa instituição unidade geriátrica.

A equipe de enfermagem, em cada unidade no turno diurno, é geralmente composta por duas enfermeiras e oito auxiliares de enfermagem, exceto no turno da noite, em que se constata a presença de uma enfermeira. As informações da provável condição de alta hospitalar da pessoa idosa foram referidas por doze enfermeiras que exercem atividades nas três unidades de internação clínica.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população-alvo foi constituída por pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, as quais foram hospitalizadas em unidades de internação clínica do HCPA.

Devido à escassez de estudos significativos relacionados às condições de alta, rehospitalização do idoso após a alta hospitalar, bem como de dados sobre a dinâmica de internação e de alta hospitalar da população idosa na instituição cenário deste estudo, a amostra foi constituída de 164 pessoas idosas entrevistadas, no período de 15 de junho a 15 de dezembro de 2003, que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão da investigação. Os critérios de inclusão dos sujeitos na amostra foram:

- ter 60 anos ou mais;

- estar hospitalizado nas unidades de internação clínica médica;
- estar com alta hospitalar prevista para até 48 horas;
- ter disponibilidade de tempo para a entrevista no período estabelecido para coleta de dados⁵;
- estar acompanhado por algum familiar;
- aceitar participar do estudo.

Os critérios de exclusão da pessoa idosa para fins deste estudo foram:

- ter-se submetido a procedimento cirúrgico durante a internação;
- residir em instituição para idosos;
- ter solicitado Alta Administrativa;
- ter sido transferido para unidades cirúrgicas e Centro de Tratamento Intensivo (CTI);
- ter óbito durante a internação;
- ter participado dessa investigação na hospitalização anterior.

Durante a coleta de dados, ocorreram 570 hospitalizações de idosos, sendo que 197 foram excluídas, destacam-se: 50 (8,8%) permaneceram hospitalizados sem nenhuma previsão de alta hospitalar, 40 (7,0%) foram transferidos para unidades cirúrgicas e CTI, 36 (6,3%) foram a óbito, 28 (4,9%) rehospitalizaram durante esse período, 20 (3,5%) recusaram-se a participar do estudo, 13 (2,3%) realizaram procedimento cirúrgico durante a internação, 7 (1,2%) eram institucionalizados e 3 (0,5%) que solicitaram Alta Administrativa.

⁵ O período estabelecido para a coleta de dados foi do dia 15 de junho a 15 de dezembro de 2003, sendo realizado a busca ativa de segunda a sexta-feira, das 10 às 18 horas, nas três unidades de internação clínica do HCPA.

A amostra elegível totalizou 373 hospitalizações de pessoas idosas, sendo que 209 (36,7%) foram consideradas perdas. As perdas ocorreram devido a indisponibilidade de tempo do idoso ou familiar para realizar a entrevista; familiar não presente para realização da entrevista; e indisponibilidade da pesquisadora em realizar a entrevista, pois estava coletando dados de outro idoso. Esse último fato ocorreu, principalmente, no final de mês, quando o número de altas hospitalares aumentava consideravelmente devido à troca dos residentes nas equipes médicas. Assim, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi constituída por 164 idosos, ou seja, 28,8% da população.

Abaixo segue a Tabela 1, que apresenta as variáveis resultantes da busca ativa das pessoas idosas em condição de alta hospitalar nas unidades de internação clínica do HCPA.

Tabela 1 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo os critérios de inclusão e exclusão, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Critérios de inclusão e exclusão	5°N		6°N		7°N		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Perda por falta de disponibilidade	70	33,5	68	32,5	71	34,0	209	36,7
Dados coletados	65	39,6	49	29,9	50	30,5	164	28,8
Permanência sem previsão de alta	17	35,4	15	30,0	18	34,6	50	8,8
Transferências entre unidades	14	35,0	13	32,5	13	32,5	40	7,0
Óbitos na hospitalização	16	44,4	13	36,1	7	19,5	36	6,3
Rehospitalização	11	39,3	9	32,1	8	28,6	28	4,9
Recusa em participar do estudo	5	25,0	10	50,0	5	25,0	20	3,5
Procedimentos cirúrgicos	4	30,8	3	23,1	6	46,1	13	2,3
Institucionalização	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	1,2
Alta Administrativa	-	-	2	66,7	1	33,3	3	0,5
Total de pessoas idosas	203	35,6	184	32,3	183	32,1	570	100,0

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados em planilha de fluxo das pessoas idosas hospitalizadas em unidades de internação clínica, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

Notas: 1 Sinal convencional utilizado

- Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na coleta de dados foi utilizado um formulário semi-estruturado (Apêndice A) dirigido à pessoa idosa acompanhada do seu familiar. Esse questionário foi construído a partir de estudos que caracterizaram pessoas idosas e que avaliavam o grau de dependência para AVD's e AIVD's (LAWTON e BRODY, 1969; PERROCA e GAIDZINSKI 1998; SANTOS et al., 2002b; PAZINATTO, 2003). Junto a esse questionário, foi anexado o instrumento de Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) proposto por Perroca e Gaidzinski (1998) para avaliar as necessidades de cuidado às pessoas idosas em condição de alta hospitalar por meio do exame físico com a finalidade de averiguar o grau de dependência em relação às necessidades humanas básicas (Anexo A).

O instrumento de SCP contempla 13 indicadores críticos relacionados às necessidades humanas básicas (NHB), sendo que, para cada indicador, existem cinco alternativas. Assim, a avaliação do tipo de cuidado é realizada através da soma do valor que está ao lado esquerdo de cada uma das cinco alternativas para cada indicador. A soma total pode indicar as seguintes necessidades de cuidado: cuidados mínimos (13 a 26 pontos), cuidados intermediários (27 a 39 pontos), cuidados semi-intensivos (40 a 52 pontos) e cuidados intensivos (53 a 65 pontos).

As variáveis que constituíram os instrumentos de coleta tiveram embasamento na fundamentação teórica e em instrumentos de outros estudos que abordam o envelhecimento. Essas variáveis encontram-se agrupadas por dimensões. Segue-se o quadro:

DIMENSÕES	VARIÁVEIS
Demográficas	Sexo
	Idade
	Procedência
Socioeconômicas	Situação conjugal atual
	Mudança da situação conjugal nos últimos 12 meses
	Número total de filhos vivos atualmente
	Perda de filho nos últimos 12 meses
	Número de pessoas no mesmo domicílio
	Número de anos que frequentou a escola
	Ocupação profissional
	Dificuldades financeiras para custear o tratamento
	Necessidade de medicamentos
	Dificuldade financeira para medicamentos
	Necessidade de materiais e/ou equipamentos
	Tipo de material e/ou equipamento
	Dificuldade financeira para materiais e/ou equipamentos
Necessidade de um cuidador formal	
Situação de Saúde	Dificuldade financeira para pagar o cuidador formal
	Diagnóstico primário
	Diagnóstico secundário (comorbidades)
	Número de dias de internação hospitalar
	Encaminhamento para serviço de saúde
	Serviço de acompanhamento
	Internação hospitalar nos últimos 12 meses
	Frequência da internação hospitalar nos últimos 12 meses
	Mês em que houve internação nos últimos 12 meses
	Motivos da internação hospitalar nos últimos 12 meses
Tipo de Cuidado	Tipo de cuidado
	Estado mental e nível de consciência
	Oxigenação
	Sinais vitais
	Nutrição e hidratação
	Motilidade
	Locomoção
	Cuidado corporal
	Eliminações
	Terapêutica
	Educação à saúde
	Comportamento
	Comunicação
	Integridade cutâneo-mucosa
Atividades Instrumentais da Vida Diária	Telefone
	Compras
	Preparo de alimentos
	Manutenção da casa
	Lavar as roupas
	Transporte
	Medicações
	Finanças
	Necessidades de Cuidado
Cuidador principal	
Sexo do cuidador	
Idade do cuidador	
Cuidador secundário	
Rehospitalização	Teve rehospitalização
	Frequência de rehospitalização

Quadro - Lista de variáveis que foram investigadas.

Fonte: Estudos de Lawton e Brody (1969); Perroca e Gaidzinski (1998); Santos et al. (2002b); Pazinato (2003).

4.5 COLETA DE DADOS

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado um teste piloto com cinco pessoas idosas em condição de alta hospitalar acompanhadas de seus familiares. No instrumento (Apêndice A) foram feitos alguns ajustes que não alteraram o conteúdo e apenas somaram-se às demais questões.

Foi realizado a busca ativa em unidades de internação clínica do HCPA durante o período de 15 de junho a 15 de setembro de 2003, sistematicamente de segunda à sexta-feira. Aos sábados e domingos, o número de alta hospitalar era menor, e como a coleta dos dados poderia ser feita em até 48 horas antes da alta hospitalar, optou-se em não realizar busca ativa nesses dias. A busca ativa constituiu-se na revisão das evoluções médicas e de enfermagem em prontuários do idoso, bem como por informações verbalizadas pela enfermeira responsável por essa pessoa idosa.

Diante da dinâmica e da diversidade de informações nas unidades de internação, foi necessária a construção de uma planilha de registro do fluxo das pessoas idosas hospitalizadas nas unidades de internação clínica (Apêndice B), que permitiu armazenar diariamente dados relacionados às pessoas idosas que hospitalizaram. Esses dados referiam-se ao nome, idade, leito, critérios de inclusão e exclusão, rehospitalização e recusa pela pessoa idosa e/ou seu familiar/cuidador em participar da investigação, assim como relacionados à coleta de dados, às perdas por alta hospitalar em que a pesquisadora não estava na unidade e/ou idoso e familiar/cuidador não se disponibilizava à entrevista. Tais dados também referiram aos óbitos e transferências para unidades cirúrgicas ou CTI.

Desta maneira, foi identificada a pessoa idosa, sendo esta acompanhada diariamente até ter a condição de alta hospitalar, bem como testada quanto aos critérios de exclusão.

Depois de aplicar esses critérios, o idoso e seu familiar/cuidador eram convidados a participar da investigação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Após o aceite da participação no estudo, foram realizados o exame físico e a entrevista à pessoa idosa acompanhada de algum familiar/cuidador, a fim de contemplar o primeiro objetivo específico desse estudo.

Assim, em alguns momentos, diante de várias altas hospitalares e devido a ausência do familiar/cuidador, surgiu a necessidade de agendar a entrevista. A presença do familiar/cuidador fez-se necessária pelo fato de que o idoso ao aceitar participar do estudo, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Isso ocorreu porque nem sempre o idoso tinha o entendimento do que era o estudo, ou porque os familiares/cuidadores poderiam ter o entendimento de que o Termo seria um documento de transação de bens. Assim, optou-se pela presença do familiar/cuidador a fim de evitar possíveis transtornos às equipes de enfermagem dessas unidades. Outro ponto relevante, para a presença do familiar/cuidador, era quando o idoso apresentava declínio da capacidade cognitiva ou funcional para realizar a entrevista.

No decorrer da coleta de dados, alguns idosos rehospitalizaram, sendo necessário uma listagem com o nome completo do idoso e seu número de prontuário, a fim de averiguar se já tinha participado desta investigação. Neste panorama do que ocorreu nesses três meses de coleta de dados em unidades de internação clínica do HCPA, nota-se a grande demanda de pessoas idosas na procura do serviço, a fim de buscar resolutividade de seus agravos à saúde, visto que é preocupante o número de rehospitalizações que ocorreram nesse período.

Em relação às variáveis referentes aos diagnósticos primários e secundários, permanência hospitalar e do acompanhamento do idoso, os dados eram coletados no sumário de alta do prontuário do idoso, mas ao realizar a entrevista, antes da alta definitiva, algumas vezes, não se tinha disponíveis tais informações. Assim, foi necessária a solicitação de

prontuários dos idosos ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SAMIS/HCPA) para então obter essas informações.

No seguimento dessas pessoas idosas após o primeiro e o terceiro mês da alta hospitalar, respectivamente, essas foram abordadas, por meio de ligações telefônicas, durante o período 15 de julho a 15 de dezembro de 2003. Para o seguimento dessas pessoas surgiu a necessidade de construir uma planilha para registrar a ligação telefônica (Apêndice D), que teve como finalidade a organização dos dados dos idosos e seus respectivos telefones, para que se pudesse coletar informações referentes à rehospitalização. No entanto, também foi necessário averiguar números telefônicos em cinco prontuários no SAMIS; sendo constatado o mesmo número telefônico, esses eram celulares ou residenciais que permaneciam desligados.

Durante o seguimento as perdas de pessoas idosas por contato telefônico foram no primeiro mês foi de 3,0% (5), e no terceiro mês, de 6,7% (11).

4.6 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DE DADOS

Pinheiro e Torres (2002, p. 227) colocam que essa fase trata de um

conjunto de técnicas estatísticas e gráficas que permitem explorar grande massas de dados para uma primeira aproximação à realidade estudada, na procura de algum padrão ou comportamento relevante que esteja presente no conjunto de dados.

Primeiramente, os dados coletados foram organizados e codificados manualmente nos instrumentos, sendo que para cada resposta foi colocado um valor, conforme apêndice

(Apêndice E). Tal codificação reduz possíveis erros na identificação das respostas e diminui o tempo despendido na digitação desses nos bancos de dados.

Após essa etapa, os dados foram digitados no banco de dados do programa SPSS 10.1⁶, sendo utilizada dupla digitação como medida para garantir a segurança da entrada dos dados no banco, por meio da comparação das frequências das variáveis.

A análise univariada contemplou as dimensões demográficas, socioeconômicas, situação de saúde, tipo de cuidado, atividades instrumentais da vida diária e necessidades de cuidado do idoso. Nesta investigação esses dados foram apresentados de forma tabular de variáveis categóricas nominais, por meio de frequência absoluta e percentual simples. Em relação às variáveis discretas, essas foram apresentadas por meio de média, desvio padrão e mediana.

Posteriormente, na análise bivariada, utilizou-se o programa STATA 7.0⁷ para realizar testes X^2 e regressão de Poisson entre as variáveis e o desfecho de rehospitalização ocorrido no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar. Esse tipo de regressão é utilizado para analisar estudos seccionais e longitudinais, sendo que a interpretação torna-se mais fácil do que em outros modelos de regressão logística (BARROS e HIRAKATA, 2003). Sendo assim, as variáveis que apresentaram associações significativas com o desfecho ($p < 0,20$) foram incluídas no modelo de regressão múltipla de Poisson, com estimativa de variáveis robustas, sendo considerada a significância $p < 0,05$ com intervalo de confiança de 95,0%.

⁶ O *Statistic Package for Social Sciences* (2003) é um software que tem um amplo sistema de vigilância que permite inserir dados, organizar e analisar dados através de cálculos estatísticos (do mais simples, como frequência, até os mais complexos, como uma regressão múltipla), tabelas e gráficos, entre outros. Esse programa foi desenvolvido para o ambiente Windows da Microsoft, tendo uma boa interface com o usuário, e permite traslado de dados entre outros programas estatísticos.

⁷ *Statistic Data Analysis* (2003) é um software similar ao SPSS. Atualmente, esse programa está sendo mais utilizado pelos epidemiologistas e estatísticos devido a grande diversidade de testes que podem ser empregados em investigações científicas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Essa investigação foi encaminhada à Comissão de Ética e Pesquisa do HCPA (GPPG/HCPA), como projeto de pesquisa nº 03-135, sendo aprovado em nove de junho de 2003, em relação aos

seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde (Anexo B).

De acordo com o Código de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), a pessoa idosa e o familiar/cuidador foram convidados para participar deste estudo, sendo informados sobre os objetivos a que se propôs esta investigação. Para tanto, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Apêndice C), conforme modelo de Goldim (2000). Tal termo oportuniza que, a qualquer momento, o idoso ou familiar/cuidador possam desistir da participação nesta investigação. Os princípios éticos foram respeitados, procurando proteger os direitos das pessoas envolvidas, levando-se em consideração os aspectos apontados por Goldim (2000) e Palácios, Rego e Schramm (2002).

Como medida de segurança os instrumentos serão guardados pela pesquisadora por cinco anos, quando então, serão destruídos. Assim, será evitado o extravio ou manuseio desses instrumentos que colocam em risco o anonimato das pessoas idosas e de seus familiares/cuidadores que aderiram ao estudo.

Além da divulgação dos resultados da pesquisa através da dissertação de mestrado, publicações em periódicos indexados e divulgação em eventos científicos, assume-se, também, o compromisso de divulgá-los junto ao HCPA, permitindo que a Instituição faça uso científico deste relato final.

5 RESULTADOS

Os dados apresentados, na sua maioria, foram informados por filhos, noras ou netos 53,1% (87), seguidos pelos idosos 44,5% (73), e por outras pessoas sem grau de parentesco, tendo menor proporção 2,4% (4).

5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Os dados são referentes às características demográficas de 164 pessoas idosas em condição de alta hospitalar, e são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo as características demográficas, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%	média ± DP
Sexo e Idade			71,4 ± 8,1
Homens	78	47,6	71,3 ± 8,1
Mulheres	86	52,4	71,5 ± 8,1
Distribuição etária			
60 † 70 anos	78	47,5	
70 † 80 anos	59	36,0	
≥ 80 anos	27	16,5	
Procedência			
Porto Alegre	89	54,3	
Região Metropolitana	59	35,9	
Outros Municípios	16	9,8	

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

A média de idade das pessoas idosas apresentou $71,4 \pm 8,1$ anos, sendo a idade mínima de 60 anos e máxima de 93 anos. A idade média entre os homens e as mulheres não apresentou diferença significativa.

De acordo com distribuição etária proposta pelo IBGE, no censo demográfico, observou-se que houve maior prevalência de idosos na faixa etária 60 a 69 anos 47,5% (78), seguidas pelas faixas etárias dos idosos de 70-79 anos 36,0% (59). Os idosos com idade mais avançada (80 anos ou mais) representaram a menor proporção neste grupo 16,5% (27). Em relação ao sexo, 52,4% (86) eram mulheres idosas.

A procedência das pessoas idosas apresentou maior frequência de residentes em Porto Alegre 54,3% (89), seguidos da Região Metropolitana 35,9% (59), e com menor proporção de outros municípios 9,8% (16).

Em relação aos idosos procedentes de Porto Alegre, esses estão distribuídos por bairros, sendo agrupados em zonas, conforme a classificação da Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC). A maior prevalência de idosos foi da zona sul 36,0% (32), seguida da zona norte 30,3% (27), zona leste 18,0% (16), e zona central 15,7% (14).

A Região Metropolitana foi constituída de 59 casos, e constatou-se a frequência nos municípios de Viamão 32,2% (19), Canoas 18,6% (11), Alvorada 8,5% (5), São Leopoldo 8,5% (5), Guaíba 6,8% (4) e Cachoeirinha 5,1% (3). Os municípios de Eldorado do Sul, Gravataí, Novo Hamburgo e Triunfo apresentaram frequência individual de 3,4% (2), totalizando 13,6% (8), e Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Portão e Sapiranga somaram 6,8% (4).

Os outros municípios 93,7% (15) são do interior do Estado do RGS, acrescido de um caso 6,3% de outra Unidade Federativa do Brasil.

5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Os resultados das características socioeconômicas são apresentadas na Tabela 3, sendo referentes a 164 pessoas idosas em condição de alta hospitalar.

Tabela 3 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo as características sociais relacionadas ao idoso, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%	média ± DP
Situação conjugal			
Casado(a)	90	54,9	
Viúvo(a)	57	34,8	
Solteiro(a) ou Separado(a)	17	10,3	
Mudança de situação conjugal nos últimos 12 meses			
Sim	2	1,2	
Número de filhos vivos			3,5 ± 2,8
Nenhum	13	7,9	
1 4 filhos	88	53,7	
≥ 4 filhos	63	38,4	
Perda de filhos nos últimos 12 meses			
Sim	3	2,0	
Composição Familiar			3,3 ± 1,8
Sozinho	12	7,3	
2 5 pessoas	111	67,7	
≥ 5 pessoas	41	25,0	
Escolaridade			4,0 ± 3,7
Não alfabetizado	41	25,0	
1 5 anos	55	33,5	
5 9 anos	48	29,3	
9 12 anos	14	8,5	
≥ 12 anos	4	2,4	
Não sabe informar	2	1,3	
Natureza da ocupação profissional			
Inativo	149	90,9	
Ativo	15	9,1	

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

A situação conjugal das pessoas idosas, na sua maioria, é de casada, incluindo as que residem com companheiro 54,9% (90). As demais eram viúvas, solteiras, separadas ou divorciadas, totalizando 45,1% (74). Relacionando-se as variáveis sexo e condição do(a)

idoso(a) em ter um companheiro(a), verifica-se que 76,9% (60) dos homens têm companheira, enquanto que as mulheres idosas 65,1% (56) permanecem sem companheiros. A chance de os homens idosos terem uma companheira é 6,2 vezes maior do que a das mulheres idosas (OR 6,2, IC 95,0%, 3,12; 12,39 $p < 0,001$). Em relação à mudança da situação conjugal nos últimos doze meses, constatou-se 1,2% (2) casos.

No que se refere à variável número de filhos 92,1% (151), idosos tinham um ou mais filhos. Desses 53,7% (88) tinham de um a três filhos, e 38,4% (63) quatro ou mais filhos. A média de filhos foi de $3,5 \pm 2,8$. E, nos últimos doze meses da hospitalização do idoso, foi constatado que 2,0% (3) participantes da investigação perderam filhos.

A composição familiar dos idosos predominou de duas a quatro pessoas 67,7% (111), seguidas de cinco ou mais pessoas 25,0% (41) e de residindo sozinho 7,3% (12). A média de pessoas no domicílio do idoso foi de $3,3 \pm 1,8$.

Em relação à escolaridade dos idosos, 73,7% (121) haviam sido alfabetizados; desses, 33,5% (55) estudaram de um a quatro anos, 29,3% (48) de cinco a oito anos 8,5% (14) de nove a onze anos, e 2,4% (4) haviam estudado doze anos ou mais. Do total de idosos, 25,0% (41) eram analfabetos e 1,3% (2) não souberam informar sobre a escolaridade. A média de anos que o idoso frequentou a escola foi de $4,0 \pm 3,7$.

No que se refere à situação de inatividade relacionada à ocupação do idoso, 90,9% (149) eram inativos, ou seja, aposentados ou pensionistas. Desses, 8,7% (13) tinham concomitantemente o benefício da aposentadoria e da pensão. Também verificou-se que 10,1% (15) desses idosos exerciam alguma atividade com fins lucrativos para suprir as necessidades financeiras da família. As atividades eram relacionadas aos serviços não especializados, comércio, autônomo e meio rural. Os idosos em situação ativa 9,1% (15) tinham ocupações relacionadas aos serviços da indústria, profissional liberal, serviços não especializados, autônomo e dona de casa.

A Tabela 4 refere-se à condição econômica e às necessidades de medicamentos, materiais e/ou equipamentos e cuidador profissional relacionadas ao tratamento da saúde do idoso.

Tabela 4 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo condição econômica e necessidades de medicamentos, materiais e/ou equipamentos e cuidador profissional relacionadas ao tratamento da saúde do idoso, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%
Dificuldade financeira	132	80,5
Necessidade de medicamento	163	99,4
Dificuldade para obter ou comprar medicamento	130	79,8
Necessidade de materiais e/ou equipamentos	68	41,5
Dificuldade para obter ou comprar materiais e/ou equipamentos	56	82,6
Necessidade de cuidador profissional	30	18,3
Dificuldade para pagar o cuidador profissional	27	90,0

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

Predominou as dificuldades financeiras para 80,5% (132) idosos em condição de alta hospitalar; já os demais 19,5% (32) conseguem manter o tratamento com ajuda da família ou por si mesmos. Aos idosos que tinham dificuldades financeiras foi perguntado que tipo de dificuldade eles tinham naquele momento, sendo relatado por eles a escassez de dinheiro para atender as necessidades básicas da família. Tal fator representou 78,1% (107) das respostas, enquanto a dificuldade para a compra de medicamentos 19,0% (26) e para deslocamentos 2,9% (4).

No entanto, após o idoso relatar sobre suas dificuldades, foi pontuado quanto à necessidade de medicamentos, materiais e/ou equipamentos, e cuidador profissional. Constatou-se que 99,4% (163) retornaram ao domicílio tendo no mínimo a prescrição de algum fármaco, sendo que desses 79,8% (130) relataram ter dificuldade para obter ou comprar medicação. Alguns tinham necessidade de medicamentos caros e importados, os quais são fornecidos pelo Estado.

Quanto à necessidade de materiais e/ou equipamentos, observou-se que 41,5% (68) apresentaram tal necessidade, sendo que desses 82,6% (56) têm dificuldades para obter ou alugar equipamentos e/ou materiais. Questionou-se o tipo de materiais e/ou equipamentos necessários para promover o cuidado no domicílio ao idoso. Constatou-se que 97 respostas estavam relacionadas ao tipo de materiais e/ou equipamentos, para 68 idosos. Os tipos de materiais e/ou equipamentos se referem a fraldas 25,8% (25), cadeiras de rodas 17,5% (17), manutenção do padrão respiratório por meio da oxigenoterapia domiciliar 15,5% (15), nebulizadores 10,3% (10), materiais para sondagens nasoentéricas 8,8% (8) e andadores 4,1% (4). Os demais materiais e equipamentos estão distribuídos entre balanças, cama hospitalar, materiais para sondas vesicais e traqueostomia, curativos, materiais para jejunostomia e colostomias, colchão extrapiramidal, comadres e/ou papagaios, e glicosímetro, que totalizaram 18,0% (18).

No que se refere à necessidade da presença do cuidador profissional no domicílio do idoso, observou-se que 18,3% (30) apresentavam tal necessidade, sendo que desses 90,0% (27) tinham dificuldades para pagar esse cuidador profissional.

5.3 CARACTERÍSTICAS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Os resultados das características da situação de saúde das 164 pessoas idosas em condição de alta hospitalar são apresentados em três tabelas. A Tabela 5 refere-se aos diagnósticos médicos primários e secundários (comorbidades).

Tabela 5 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo as características da situação de saúde relacionadas ao diagnóstico médico principal e secundário, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%	mediana
Diagnóstico principal CID-10			
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	4,9	
II. Neoplasias (tumores)	21	12,8	
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	1,8	
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7	4,3	
VI. Doenças do sistema nervoso	4	2,4	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,6	
IX. Doenças do aparelho circulatório	47	28,7	
X. Doenças do aparelho respiratório	41	25,0	
XI. Doenças do aparelho digestivo	6	3,7	
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0,6	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12	7,3	
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	11	6,7	
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	2	1,2	
Presença de diagnóstico secundário CID-10 (comorbidades)			
Sim	95	57,9	
Frequência de diagnóstico secundário CID-10			1,0 (0,0; 2,0)
1 3 comorbidades	72	75,8	
≥ 3 comorbidades	23	24,2	
Diagnósticos secundários CID-10			
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	3,3	
II. Neoplasias (tumores)	13	7,1	
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	4	2,1	
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	32	17,6	
V. Transtornos mentais e comportamentais	5	2,7	
VI. Doenças do sistema nervoso	2	1,1	
VII. Doenças do olho e anexos	2	1,1	
IX. Doenças do aparelho circulatório	77	41,8	
X. Doenças do aparelho respiratório	13	7,1	
XI. Doenças do aparelho digestivo	3	1,6	
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	3	1,6	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8	4,3	
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0,5	
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	3	1,6	
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	2	1,1	
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	10	5,4	

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

Os diagnósticos foram agrupados conforme a classificação de grupos de causa pela CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000). Os diagnósticos mais frequentes

que determinaram a hospitalização foram doenças do aparelho circulatório 28,7% (47), seguidos das doenças do aparelho respiratório 25,0% (41), das neoplasias 12,8% (21), das doenças do aparelho geniturinário 7,3% (12), dos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte dos outros grupos de causa 6,7% (11). Os demais oito grupos de causa somaram 19,5% (32).

Entre as doenças do aparelho circulatório, prevaleceram os acidentes vasculares encefálicos 27,6% (13), a insuficiência cardíaca 21,3% (10), angina pectoris e isquemia cardíaca 10,6% (5) cada uma, o infarto agudo do miocárdio 8,6% (4); e as demais doenças somam 21,3% (10).

As doenças do aparelho respiratório tiveram como mais freqüentes as broncopneumonias, pneumonias e infecções agudas das vias áreas superiores 43,9% (18), seguidas das doenças pulmonares obstrutivas crônicas 41,5% (17). As demais doenças totalizaram 14,6% (6).

No que se refere às neoplasias, essas se encontram distribuídas em diversos aparelhos e sistemas do organismo humano, sendo as mais freqüentes as neoplasias pulmonares 33,3% (7), neoplasias gastrointestinais 28,6% (6), neoplasias geniturinárias e do sistema hematopoético 9,5% (2) cada uma; as outras neoplasias totalizaram 19,1% (4).

As doenças geniturinárias encontravam-se infecções do trato urinário 58,3% (7), insuficiência renal crônica 25,0% (3); as demais somaram 16,7% (2).

Os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte dos outros grupos de causa, referem-se às causas de doenças não definidas. Dentre essas, os diagnósticos estavam relacionados à dispnéia, tumefação ou tumoração pulmonar, hemoptise, que somaram 36,4% (4); diagnóstico para episódio depressivo não especificado e demência não especificada, que totalizaram 27,2% (3);

hematúria e retenção urinária 18,2% (2). Já os demais diagnósticos relacionados à disfagia e compressão das raízes e plexos nervosos somam 18,2% (2).

Do total de idosos em condição de alta hospitalar, observou-se que 57,9% (95) tinham uma ou mais comorbidades, e desses 24,2% (23) retornaram ao domicílio com três ou mais comorbidades. O número máximo de comorbidades para o idoso foi sete. A mediana e o intervalo interquartil do número de comorbidades foi 1,0 (0,0; 2,0), sendo verificada a presença de 184 comorbidades em 95 casos.

Os diagnósticos secundários seguem a mesma classificação do diagnóstico primário pela CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000). Os diagnósticos mais prevalentes foram: as doenças do aparelho circulatório 41,5% (77), seguidas das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 17,6% (32); as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório apresentaram 7,1% (13) casos para cada uma. Os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde foram responsáveis por 5,5% (10), e os demais onze grupos de causa totalizaram 21,2% (39).

Dentre as doenças do aparelho circulatório destaca-se a hipertensão primária 44,2% (34), seguida da insuficiência cardíaca 15,6% (12), dos acidentes vasculares encefálicos e suas seqüelas 14,3% (11), fibrilação atrial 9,1% (7), e as demais doenças somaram 16,8% (13).

Nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, observou a prevalência de diabetes mellitus e suas complicações 50,0% (16), seguidas de hipercolesterolemia, hiperpotassemia e hiperlipidemia 15,6% (5), de hipotireoidismo 12,5% (4); as demais patologias apresentaram 21,9% (7).

No que se refere às neoplasias, as gastrointestinais 38,5% (5) foram as mais freqüentes, seguidas das neoplasias do sistema nervoso 23,0% (3), enquanto 38,5% (5) estavam distribuídas por outros aparelhos e sistemas do organismo.

Em relação às doenças do aparelho respiratório, predominaram as doenças pulmonares obstrutivas crônicas 46,2% (6), as broncopneumonias, pneumonias e infecções agudas das vias áreas superiores 38,5% (5); as demais patologias respiratórias totalizaram 15,3% (2).

Os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde eram ao uso de tabaco 60,0% (6), a presença de enxerto ou transplante de marcapasso ou angioplastia coroniana 30,0% (3) e a história pessoal de não aderência ao tratamento ou regime médico 10,0% (1).

Na Tabela 6 são apresentadas as variáveis relacionadas à hospitalização atual: dias de permanência hospitalar; frequência de encaminhamento para continuidade do tratamento; e serviços de acompanhamento para o qual o idoso foi encaminhado.

Tabela 6 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo a permanência hospitalar, encaminhamento e serviço de acompanhamento, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%	média ± DP
Permanência hospitalar			15,2 ± 10,1
≤ 15 dias	104	63,4	
16 † 31 dias	44	26,8	
≥ 31 dias	16	9,8	
Encaminhamento para continuidade do tratamento			
Sim	164	100,0	
Serviço de acompanhamento			
Ambulatório do HCPA	136	82,9	
Rede básica	21	12,8	
Rede privada	7	4,3	

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

O período da hospitalização variou de 1 a 48 dias, tendo a média de 15,2 ± 10,1 dias. Observou-se que 36,6% (60) das pessoas idosas tiveram altas hospitalares no período superior a 15 dias. A frequência da permanência hospitalar de 15 dias ou mais foi de 63,4% (104).

Todos os idosos (164) foram encaminhados aos serviços de saúde com o propósito de dar continuidade ao tratamento. Desses, 82,9% (132) foram encaminhados para o Serviço de Ambulatório do HCPA, 12,8% (21) para a rede básica e 4,3% (7) para a rede privada.

A Tabela 7 apresenta a hospitalização prévia, nos últimos doze meses, no que se refere à frequência, período anual em que ocorreu e motivos.

Tabela 7 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo a hospitalização prévia nos últimos doze meses, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%	média ± DP
Hospitalização prévia nos últimos doze meses			
Não	84	51,2	
Frequência da hospitalização prévia			2,1 ± 1,7
1 3 hospitalizações prévias	60	75,0	
≥ 3 hospitalizações	20	25,0	
Período anual em que ocorreu a hospitalização prévia			
Junho Setembro	37	22,4	
Setembro Dezembro	19	11,5	
Dezembro Março	33	20,0	
Março Junho	41	24,8	
Não lembra	35	21,3	
Motivos da hospitalização prévia			
Relacionados ao aparelho respiratório	57	34,5	
Relacionados ao aparelho circulatório	40	24,2	
Relacionados aos procedimentos	32	19,6	
Relacionados ao aparelho geniturinário	12	7,3	
Relacionados ao aparelho gastrointestinal	8	4,8	
Relacionados ao sistema neurológico	6	3,6	
Relacionados ao sistema metabólico, nutricional e endócrino	5	3,0	
Relacionados ao sistema músculo esquelético	5	3,0	

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

A hospitalização prévia nos últimos doze meses variou de uma a dez vezes, com frequência média de $2,1 \pm 1,7$ hospitalizações. Observou-se que 48,8% (80) dos idosos tiveram hospitalização prévia. A frequência de três ou mais hospitalizações correspondeu a 25,0% (20).

No que se refere ao período anual, essa não apresentou diferenças estatísticas relacionadas à sazonalidade e à procura do atendimento na instituição de saúde.

Houveram 165 motivos que levaram 80 pessoas idosas à hospitalização. Esses motivos estavam relacionados ao aparelho respiratório 34,5% (57), ao aparelho circulatório 24,2% (40), aos procedimentos 19,6% (32), ao aparelho geniturinário 7,3% (12), ao aparelho gastrointestinal 4,8% (8); outros motivos que somaram 9,6% (16).

5.4 TIPO DE CUIDADO

Na Tabela 8 é apresentada a distribuição de 164 pessoas idosas em condição de alta hospitalar, em relação ao tipo de cuidado e ao grau de dependência por necessidade humana básica, a partir do proposto por Perroca e Gaidzinski (1998).

Tabela 8 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo o tipo de cuidado e o grau de dependência por necessidade humana básica, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%
Tipo de cuidado		
Cuidados mínimos	134	81,7
Cuidados intermediários	30	18,3
Estado mental e nível de consciência		
Nível I	103	62,8
Oxigenação		
Nível I	150	91,5
Sinais vitais		
Nível I	164	100,0
Nutrição e hidratação		
Nível I	103	62,8
Motilidade		
Nível I	137	83,5
Locomoção		
Nível I	87	53,1
Cuidado corporal		
Nível I	89	54,3
Eliminações		
Nível I	105	64,0
Terapêutica		
Nível I	164	100,0
Educação à saúde		
Nível I	131	79,9
Comportamento		
Nível II	88	53,7
Comunicação		
Nível I	117	71,3
Integridade cutâneo-mucosa		
Nível II	90	54,9

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

No momento da alta hospitalar, 81,7% (134) idosos requeriam cuidados mínimos. Esse indicador correspondente, no instrumento de avaliação de Perroca e Gaidzinski (1998), ao intervalo de 13 a 26 pontos.

O grau de dependência do idoso no que se refere ao estado mental e ao nível de consciência foi avaliado quanto à habilidade desse, em manter a percepção e as atividades cognitivas. Do total de idosos, 62,8% (103) mantinham-se acordados, com interpretação precisa de ambiente e tempo, executando, sempre que solicitado, corretamente as ordens

verbalizadas e com preservação da memória; seguidos 18,9% (31) idosos que estavam acordados, com interpretação precisa de ambiente e tempo, seguindo instruções corretamente apenas algumas vezes, com dificuldade de memória; e 18,3% (30) idosos estavam acordados, com interpretação imprecisa de ambiente e tempo, não seguindo instruções corretamente, e com dificuldade aumentada ou perda da memória.

A oxigenação refere-se à "aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos" (PERROCA e GAIDZINSKI, 1998, p. 162). Constatou-se que 91,5% (150) idosos não requereram oxigenoterapia, e 8,5% (14) requereram oxigenoterapia intermitente ou contínua no domicílio. Um desses últimos requereria a administração de oxigênio por traqueostomia.

Os sinais vitais expressam a "necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central" (PERROCA e GAIDZINSKI, 1998, p. 162). Os sinais vitais eram rotinas em prescrições médicas e de enfermagem. Assim, esses idosos não necessitavam dessa verificação em intervalo inferior a seis horas, exceto em ocasiões em que o quadro clínico exigisse. Portanto, todos os idosos (164) requeriam controle de sinais vitais em intervalos de seis horas.

O grau de dependência relacionado à nutrição e hidratação refere-se à habilidade de ingerir alimentos e líquidos com a finalidade de atender as necessidades metabólicas por si mesmo, ou com auxílio do cuidador, bem como em situações que necessitavam utilizar sondas e cateteres. Verificou-se que 62,8% (103) pessoas idosas eram auto-suficientes na hidratação e nutrição oral, seguidas de 28,1% (46) que necessitavam estímulo, orientação e supervisão do cuidador, e de 9,1% (15) que tinham a necessidade de auxílio na nutrição e hidratação oral e por sondas nasoentéricas.

A motilidade foi avaliada quanto à capacidade da pessoa idosa em movimentar os segmentos corporais de forma independente ou com auxílio do cuidador. Foi constatado que 83,5% (137) eram auto-suficientes para movimentar os segmentos corporais 11,0% (18) requeriam orientação e supervisão do cuidador, 4,3% (7) necessitavam de auxílio para a movimentação de um ou mais segmentos corporais, e 1,2% (2) apresentaram déficit motor, sendo necessário auxílio para a movimentação de qualquer segmento corporal.

Em relação à locomoção, foi considerada a habilidade da pessoa idosa para movimentar-se dentro do ambiente físico de maneira independente, com auxílio de cuidador, ou pelo uso de artefatos. Constatou-se que 53,1% (87) idosos eram independentes para deambulação; 26,8% (44) requeriam constantemente estímulo, orientação e supervisão do cuidador na deambulação, 10,4% (17) necessitavam requererem auxílio do cuidador na utilização de artefatos para deambulação; e 9,7% (16) idosos retornaram ao domicílio na condição de restrição ao leito.

O cuidado corporal é a capacidade do idoso em realizar de forma independente ou com auxílio do cuidador atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se. Neste estudo observou-se que 54,3% (89) eram auto-suficientes para o cuidado corporal, 22,6% (37) idosos necessitavam de estímulo, orientação e supervisão do cuidador, 16,4% (27) tinham a necessidade de um cuidador para auxiliar no cuidado corporal, e 6,7% (11) apresentavam dependência total no que se relaciona aos cuidados de higiene e conforto.

No que se refere às eliminações, essas foram consideradas quanto à habilidade da pessoa idosa em manter os diversos tipos de eliminação, com auxílio do cuidador ou por drenos, sondas e estomas. O estudo identificou que 64,0% (105) tinham condições de promover esse autocuidado, 20,7% (34) requeriam estímulo, orientação e supervisão do cuidador, e 15,3% (25) tinham necessidade de controle e auxílio na utilização de comadres, papagaios, fraldas, sondas, dispositivos de incontinência urinária e estomas.

O grau de dependência na terapêutica diz respeito à utilização de diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos pelo médico. Nessa variável, todos os idosos (164) faziam uso de fármacos para a manutenção paliativa ou reabilitadora da saúde no momento da alta hospitalar.

A educação à saúde foi avaliada conforme a "habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre o autocuidado" (PERROCA e GAIDZINSKI, 1998, p. 164). Predominou 79,9% (131) pessoas idosas acompanhadas dos familiares, as quais tinham pronta compreensão e aceitação das informações recebidas, 16,5% (27) tinham dificuldade de compreensão, mas com pronta aceitação das informações recebidas, e 3,6% (6) tinham pronta compreensão, mas com dificuldade para aceitar as informações.

O comportamento é constituído de sentimentos, pensamentos e condutas do idoso diante do processo saúde-doença. Esses são gerados a partir da interação do idoso com a hospitalização com, a equipe de saúde e com a família. Constatou-se que 53,7% (88) estavam ansiosos, 45,7% (75) estavam tranquilos e calmos ao saberem que estavam retornando ao domicílio, e 0,6% (1) apresentou-se irritado, com queixas excessivas quanto à condição de sua saúde.

A comunicação é a habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não-verbal na interação humana. Verificou-se que 71,3% (117) idosos não tinham dificuldades para expressar ou utilizar a linguagem verbal e não-verbal, 13,4% (22) apresentaram dificuldade em se comunicar por distúrbios da linguagem (afasia, disfagia e disartria) ou sensibilidade ao falar por barreira física (traqueostomia), 13,4% (22) expressaram dificuldade para verbalização, e 1,9% (3) recusaram-se a verbalizar.

No que se refere à integridade da pele e mucosas, observou-se a presença de alteração da cor da pele por equimose, hiperemia e outras manifestações sem solução de continuidade em 54,9% (90) das pessoas idosas, seguidas da pele íntegra sem alteração de cor, em todas as

partes do corpo, que constatou-se em 36,6% (60) idosos; da pele com presença de solução de continuidade, mas sem exsudato purulento 7,9% (13); e 0,6% (1) idoso regressou ao domicílio com a integridade da pele prejudicada e com presença de exsudato purulento.

5.5 ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos idosos referente às atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), proposta por Lawton e Brody (1969).

Tabela 9 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo as atividades instrumentais da vida diária, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%
Dependência para AIVD's		
Sim	128	78,0
Incapaz de operar o telefone		
Sim	42	25,6
Não tem acesso ao telefone	10	6,1
Incapaz de realizar compras		
Sim	84	51,2
Incapaz de preparar alimentos		
Sim	66	40,2
Incapaz de realizar manutenção da casa		
Sim	86	52,4
Incapaz de lavar roupas		
Sim	88	53,7
Incapaz de utilizar meios de transportes		
Sim	94	57,3
Incapaz de preparar e tomar medicações		
Sim	95	57,9
Incapaz de manejar as finanças		
Sim	88	53,7

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

Dentre as 164 pessoas idosas, 78,0% (128) tinham dependência na realização das AIVD's. Constatou-se que 68,3% (112) idosos eram capazes de atender ao telefone e 6,1%

(10) não tinham acesso ao telefone fixo e nem ao móvel e 59,8% (98) de planejar, preparar e servir as refeições para si e aos demais familiares. No que se refere a incapacidade, verificou-se que 51,2% (84) não conseguiam realizar nenhum tipo de compra de pequeno valor ou peso, nem mesmo em local próximo de seu domicílio; 52,4% (86) não realizavam nenhuma atividade para manutenção do domicílio; 53,7% (88) não conseguiam lavar as roupas, tampouco estendê-las no varal, colocá-las e retirá-las da máquina de lavar roupas; 57,3% (94) não tinham condições de utilizar algum meio de transporte sem auxílio de alguém; 57,9% (95) não conseguiam preparar e tomar suas medicações; 53,7% não conseguiam manejar seus recursos financeiros. No que se refere a dependência para o preparo e uso da medicação, as pessoas idosas associam esse fato com a grande quantidade de medicamentos prescritos, com o esquecimento e com a dificuldade visual, que prejudica a leitura dos nomes dos medicamentos.

5.6 NECESSIDADE DE CUIDADO

Os resultados referentes à necessidade de cuidado e características do cuidador principal e secundário de 164 pessoas idosas em condição de alta hospitalar são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo a necessidade de cuidado, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	N	%	média ± DP
Necessidade de cuidador			
Sim	129	78,7	
Cuidador principal			
Filho(a)	56	43,4	
Cônjuge	48	37,2	
Outras pessoas da família	15	11,6	
Outras pessoas	9	7,0	
Profissional de enfermagem	1	0,8	
Sexo do cuidador			
Feminino	126	76,8	
Masculino	37	22,6	
Quem estiver em casa	1	0,6	
Distribuição etária do cuidador			52,1 ± 16,1
20 † 40 anos	40	24,4	
40 † 60 anos	59	36,0	
≥ 60 anos	64	39,0	
Quem estiver em casa	1	0,6	
Cuidador secundário			
Sim	110	85,3	
Cuidador secundário			
Filho(a)	60	54,5	
Outras pessoas da família	37	33,6	
Outras pessoas	7	6,4	
Cônjuge	6	5,5	

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

Dos idosos em condição de alta hospitalar, 78,7% (129) sentiam a necessidade de permanecer acompanhado de algum familiar no domicílio.

Como cuidador principal no domicílio predominou as pessoas da família 92,2% (119). Desses o cuidador principal 43,4% (56) eram os filhos, 37,2% (48) eram cônjuge, 11,6% (15) eram pessoas com algum grau de parentesco, 7,0% (9) eram os amigos e vizinhos, e 0,8% (1) era profissional de enfermagem.

O cuidado ao idoso é provido, geralmente, pelo cuidador do sexo feminino 76,8% (126). Em relação à idade do cuidador apresentou-se maior prevalência na faixa etária com 60 anos ou mais 39,0% (64), seguidos da faixa etária 40 a 59 anos 36,0% (59) e 24,4% (40) por

pessoas mais jovens, entre 20 e 39 anos. Observou-se, nessas variáveis, o sexo e a idade do cuidador e 0,6% (1) pessoa idosa respondeu "quem estiver em casa", reforçando que não tinha um cuidador responsável, e que todos davam atenção no momento de fragilidade. A média de idade do cuidador foi de $52,1 \pm 16,1$ anos, tendo a idade mínima de 21 anos e a máxima 86 anos.

O cuidador secundário é aquela pessoa que assume os cuidados na ausência do cuidador principal. Observou-se que 85,3% (110) idosos possuíam um cuidador secundário, sendo que 54,5% (60) eram filhos que, na sua maioria, dividem o cuidado com o outro irmão, que é considerado o cuidador principal, seguidos de 33,6% (37) pessoas com algum grau de parentesco, de 6,4% (7) pessoas que mantêm a rede de apoio, e 5,5% (6) cônjuges que também estavam em situação de fragilidade e assumiam, por alguns momentos, o papel de cuidador.

5.7 FATORES ASSOCIADOS A REHOSPITALIZAÇÃO NO SEGUIMENTO DE UM E TRÊS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR

As pessoas idosas em condição de alta hospitalar foram seguidas no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar. Tal seguimento foi realizado por contato telefônico e tinha por finalidade averiguar, durante esse período, a ocorrência de novas hospitalizações.

Nesse seguimento, houve perdas do contato telefônico no primeiro mês de 3,0% (5) e no terceiro mês 6,7% (11). Na Tabela 11 são apresentados os resultados referentes à rehospitalização das pessoas idosas participante do estudo, no primeiro e terceiro mês, após a alta hospitalar.

Tabela 11 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo rehospitalização um e três meses após a alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%	média ± DP
Rehospitalização no primeiro mês ⁽¹⁾	42	26,4	1,1 ± 0,3
Rehospitalização no terceiro mês ⁽²⁾	63	41,2	1,3 ± 0,6

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

Notas:

⁽¹⁾ n = 159.

⁽²⁾ n = 153.

No primeiro mês do seguimento após a alta hospitalar, 26,4% (42) idosos rehospitalizaram, tendo a média de rehospitalizações de $1,1 \pm 0,3$. Já no terceiro mês foram 41,2% (63), e a média foi de $1,3 \pm 0,6$.

Na Tabela 12 são apresentados os resultados da análise bivariada das variáveis independentes associadas à rehospitalização após a alta hospitalar no primeiro e terceiro mês.

As variáveis incluídas no modelo bivariado foram: sexo, idade, situação conjugal, número de filhos, número de pessoas no domicílio, escolaridade, dificuldades financeiras, diagnósticos principais da alta hospitalar, número de comorbidades, permanência hospitalar, hospitalização prévia aos últimos doze meses, tipo de cuidados, AIVD's, necessidade de cuidador, idade do cuidador e sexo do cuidador.

Tabela 12 - Variáveis independentes associadas ao desfecho de rehospitalização após a alta hospitalar de um e três meses, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	Rehospitalização 1º mês			Rehospitalização 3º mês		
	n	sim	RR (IC 95%)	n	sim	RR (IC 95%)
Sexo⁽¹⁾			p = 0,041⁽²⁾			p = 0,069⁽⁵⁾
Feminino	82	16 (19,5)	1,0	79	27 (34,2)	1,0
Masculino	77	26 (33,8)	1,7 (1,01; 2,97)	74	36 (48,6)	1,4 (0,97; 2,09)
Idade⁽¹⁾			p = 0,861⁽²⁾			p = 0,397⁽⁵⁾
60 70 anos	74	20 (27,0)	1,0	70	30 (42,7)	1,0
70 80 anos	58	16 (27,6)	1,0 (0,58; 1,79)	56	25 (44,6)	1,0 (0,70; 1,55)
≥ 80 anos	27	6 (22,2)	0,8 (0,37; 1,83)	27	8 (29,6)	0,7 (0,36; 1,31)
Situação conjugal⁽¹⁾			p = 0,994⁽²⁾			p = 0,846⁽⁵⁾
Com companheiro	87	23 (26,4)	1,0	84	34 (40,5)	1,0
Sem companheiro	72	19 (26,4)	1,0 (0,59; 1,68)	69	29 (42,0)	1,0 (0,71; 1,51)
Filhos vivos⁽¹⁾			p = 0,270⁽²⁾			p = 0,525⁽⁵⁾
Nenhum	12	1 (8,3)	1,0	12	5 (41,7)	1,0
1 4 filhos	87	26 (29,9)	3,6 (0,53; 24,22)	82	37 (45,1)	1,1 (0,53; 2,21)
≥ 4 filhos	60	15 (25,0)	3,0 (0,43; 20,73)	59	21 (35,6)	0,8 (0,40; 1,81)
Pessoas no domicílio⁽¹⁾			p = 0,298⁽²⁾			p = 0,245⁽⁵⁾
Sozinho	12	1 (8,3)	1,0	11	2 (18,2)	1,0
2 5 pessoas	107	31 (29,0)	3,5 (0,52; 23,40)	103	43 (41,7)	2,3 (0,64; 8,24)
≥ 5 pessoas ou mais	40	10 (25,0)	3,0 (0,42; 21,25)	39	18 (46,1)	2,5 (0,69; 9,34)
Escolaridade⁽¹⁾			p = 0,720⁽³⁾			p = 0,807⁽⁶⁾
Não alfabetizado	38	10 (26,3)	1,0	35	16 (45,7)	1,0
1 5 anos	54	16 (29,6)	1,1 (0,57; 2,21)	52	21 (40,4)	0,9 (0,54; 1,44)
≥ 5 anos	65	15 (23,1)	0,9 (0,44; 1,76)	64	25 (39,1)	0,8 (0,53; 1,37)
Dificuldades financeiras⁽¹⁾			p = 0,083⁽²⁾			p = 0,980⁽⁵⁾
Sim	128	30 (23,4)	0,6 (0,35; 1,04)	124	51 (41,1)	1,0 (0,61; 1,61)
Não	31	12 (38,7)	1,0	29	12 (41,4)	1,0
Diagnóstico CID-10⁽¹⁾			p = <0,001⁽²⁾			p = 0,012⁽⁵⁾
IX Aparelho circulatório	47	5 (10,6)	1,0	46	12 (26,1)	1,0
X Aparelho respiratório	39	16 (41,0)	3,8 (1,55; 9,60)	39	20 (51,3)	2,0 (0,53; 2,21)
II Neoplasias	19	11 (57,9)	5,4 (2,18; 13,60)	18	12 (66,7)	2,5 (1,41; 4,60)
Outros grupos de causa	54	10 (18,5)	1,7 (0,64; 4,75)	50	19 (38,0)	1,4 (0,79; 2,66)
Número de comorbidades⁽¹⁾			p = 0,551⁽²⁾			p = 0,690⁽⁵⁾
Nenhuma	67	20 (29,9)	1,0	66	27 (40,9)	1,0
1 3 comorbidades	70	18 (25,7)	0,9 (0,50; 1,48)	66	29 (43,9)	1,1 (0,72; 1,60)
≥ 3 comorbidades	22	4 (18,2)	0,6 (0,23; 1,60)	21	7 (33,3)	0,8 (0,41; 1,60)
Permanência hospitalar⁽¹⁾			p = 0,069⁽²⁾			p = 0,401⁽⁵⁾
1 16 dias	100	21 (21,0)	1,0	97	36 (37,1)	1,0
16 31 dias	43	17 (39,5)	1,9 (1,10; 3,20)	41	20 (48,7)	1,3 (0,87; 1,97)
≥ 31 dias	16	4 (25,0)	1,2 (0,47; 3,02)	15	7 (46,7)	1,2 (0,69; 2,30)
Hospitalização prévia⁽¹⁾			p = 0,002⁽²⁾			p = 0,022⁽⁵⁾
Não	82	13 (15,8)	1,0	80	26 (32,5)	1,0
Sim	77	29 (37,7)	2,4 (1,34; 4,22)	73	37 (50,7)	1,5 (1,05; 2,29)
Tipo de cuidado⁽¹⁾			p = 0,061⁽²⁾			p = 0,496⁽⁵⁾
Cuidados mínimos	129	30 (23,3)	1,0	123	49 (39,8)	1,0
Cuidados intermediários	30	12 (40,0)	1,7 (1,00; 2,95)	30	14 (46,7)	1,2 (0,75; 1,82)
AIVD's⁽¹⁾			p = 0,280⁽²⁾			p = 0,084⁽⁵⁾
Não	36	7 (19,4)	1,0	35	10 (28,6)	1,0
Sim	123	35 (28,5)	1,5 (0,71; 3,01)	118	53 (44,9)	1,6 (0,90; 2,75)
Necessidade de cuidador⁽¹⁾			p = 0,065⁽²⁾			p = 0,235⁽⁵⁾
Não	35	5 (14,3)	1,0	34	11 (32,3)	1,0
Sim	124	37 (29,8)	2,1 (0,89; 4,91)	119	52 (43,7)	1,3 (0,79; 2,28)

continuação

Variáveis	Rehospitalização 1º mês			Rehospitalização 3º mês		
	n	sim	RR (IC 95%)	n	sim	RR (IC 95%)
Idade do cuidador⁽¹⁾			p = 0,558⁽⁴⁾			p = 0,257⁽⁷⁾
20 39 anos	37	12 (32,4)	1,0	36	19 (52,8)	1,0
40 59 anos	59	16 (27,1)	0,8 (0,45; 1,57)	56	20 (35,7)	0,7 (0,42; 1,08)
≥ 60 anos	62	14 (22,6)	0,7 (0,36; 1,34)	60	24 (40,0)	0,8 (0,49; 1,17)
Sexo do cuidador⁽¹⁾			p = 0,140⁽⁴⁾			p = 0,171⁽⁷⁾
Feminino	122	29 (23,8)	1,0	117	45 (38,5)	1,0
Masculino	36	13 (36,1)	1,5 (0,89; 2,60)	35	18 (51,4)	1,3 (0,90; 1,98)

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

Notas:

⁽¹⁾ teste χ^2 de Pearson

⁽²⁾ n = 159.

⁽³⁾ n = 157.

⁽⁴⁾ n = 158.

⁽⁵⁾ n = 153.

⁽⁶⁾ n = 151.

⁽⁷⁾ n = 152.

As variáveis foram analisadas pelo teste qui-quadrado de Pearson, sendo constatado associações com rehospitalização no primeiro e terceiro mês.

No primeiro mês, as associações estatisticamente significativas foram o sexo masculino do idoso (RR 1,7 IC 95,0% 1,01; 2,97); o diagnóstico principal referente às neoplasias (RR 5,4 IC 95,0% 2,18; 13,60), as doenças do aparelho respiratório (RR 3,8 IC 95,0% 1,55; 9,60) quando relacionados às doenças do aparelho circulatório; e a hospitalização prévia nos últimos doze meses (RR 2,4 IC 95,0% 1,34; 4,22).

As associações no terceiro mês após a alta hospitalar identificaram associações positivas para o diagnóstico principal da alta hospitalar relacionado às neoplasias (RR 2,5 IC 95,0% 1,41; 4,60) quando relacionados às doenças do aparelho circulatório; e a hospitalização prévia nos últimos doze meses (RR 1,5 IC 95,0% 1,05; 2,29).

Na Tabela 13 são apresentadas as variáveis com nível de significância de $p \leq 0,20$, sendo essas associadas ao desfecho de rehospitalização no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar. As variáveis foram submetidas à regressão de Poisson múltipla com estimativa de variâncias robustas ($p \leq 0,05$).

Tabela 13 - Resultados da análise de regressão múltipla de Poisson de variáveis independentes associadas ao desfecho de rehospitalização no período de um e três meses após a alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	Rehospitalização 1º mês ⁽¹⁾		Rehospitalização 3º mês ⁽²⁾	
	RR (IC 95%)	P	RR (IC 95%)	P
Sexo masculino	1,6 (0,92; 2,67)	0,092	1,4 (0,97; 2,10)	0,071
Dificuldades financeiras	0,7 (0,45; 1,08)	0,105	*	*
Diagnóstico principal CID-10				
IX Aparelho circulatório	1,0		1,0	
II Neoplasias	3,6 (1,48; 8,92)	0,005	2,2 (1,24; 3,91)	0,007
X Aparelho respiratório	2,4 (0,94; 6,35)	0,067	1,6 (0,87; 2,81)	0,131
Outros grupos de causa	1,2 (0,46; 3,17)	0,704	1,2 (0,66; 2,18)	0,539
Permanência hospitalar				
≤ 15 dias	1,0		*	*
16 - 31 dias	1,7 (1,05; 2,70)	0,030	*	*
≥ 31 dias	0,8 (0,34; 2,15)	0,737	*	*
Hospitalização prévia	2,3 (1,40; 3,87)	0,001	1,5 (1,06; 2,20)	0,023
Tipo de cuidado	1,5 (0,89; 2,64)	0,126	*	*
AIVD's	*	*	1,6 (0,92; 2,63)	0,095
Necessidade de cuidador	1,4 (0,65; 2,90)	0,412	*	*
Sexo do cuidador	1,9 (1,07; 3,21)	0,027	1,6 (1,09; 2,23)	0,015

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-dezembro 2003.

Notas:

⁽¹⁾ n = 158.

⁽²⁾ n = 152.

* nível de significância superior a $p \leq 0,20$, não submetido a regressão de Poisson múltipla.

Na análise da regressão de Poisson múltipla da rehospitalização no primeiro mês após a alta hospitalar o idoso apresentou associação estatisticamente significativas para: diagnóstico médico referente às neoplasias em relação às doenças do aparelho circulatório (RR 3,6 IC 95,0% 1,48; 8,92), permanência hospitalar de 16 a 30 dias em relação ≤ 15 dias (RR 1,7 IC 95,0% 1,05; 2,70), hospitalização prévia nos últimos doze meses (RR 2,3 IC 95,0%, 1,40; 3,87) e sexo masculino do cuidador (RR 1,9 IC 95,0% 1,07; 3,21). Esses fatores constituem o maior risco para rehospitalização do idoso, quando controladas as variáveis: sexo do idoso masculino, dificuldades financeiras, para as doenças do aparelho circulatório, respiratório e outros grupos de causa, permanência hospitalar ≤ 15 dias e ≥ 31 dias, tipo de cuidado intermediário e necessidade de cuidador.

Foi realizado o mesmo método de análise da rehospitalização no terceiro mês após a alta hospitalar. Tal regressão apresentou associação estatisticamente significativa para o diagnóstico médico referente às neoplasias em relação às doenças do aparelho circulatório (RR 2,2 IC 95,0% 1,24; 3,91), a hospitalização prévia nos últimos doze meses (RR 1,5 IC 95,0% 1,06; 2,20), e ao sexo do cuidador masculino (RR 1,6 IC 95,0% 1,09; 2,23). Tais fatores constituem risco para a rehospitalização do idoso, quando controladas as variáveis: sexo masculino do idoso, doenças do aparelho circulatório, respiratório e outros grupos de causa, e AIVD's.

5.8 MORTALIDADE DE IDOSOS NO SEGUIMENTO DE UM E TRÊS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR

As pessoas idosas em condição de alta hospitalar foram seguidas no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar. Tal seguimento foi realizado por contato telefônico para averiguar a rehospitalização nesse período, mas, em alguns casos, obteve-se a informação do óbito do idoso. Na Tabela 14 são apresentados os resultados referentes ao óbito no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar do idoso.

Tabela 14 - Distribuição das pessoas idosas em condição de alta hospitalar, segundo o óbito em um e três meses após a alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	n	%
Óbitos no primeiro mês ⁽¹⁾	17	10,7
Óbitos no terceiro mês ⁽²⁾	46	30,1

Fonte: Pesquisa direta: Paz, Adriana Aparecida. Coleta de dados através de entrevistas com pessoas idosas em condição de alta hospitalar, HCPA. Porto Alegre, junho-setembro 2003.

Notas:

⁽¹⁾ n = 159.

⁽²⁾ n = 153.

A mortalidade um mês após a alta hospitalar foi de 10,7% (17) e mortalidade total no seguimento de três meses foi de 30,1% (46).

6 DISCUSSÃO

Essa investigação caracterizou pessoas idosas hospitalizadas em unidades clínicas de um hospital universitário, no município de Porto Alegre, no período de 15 de junho a 15 de dezembro de 2003. As características investigadas relacionam-se às dimensões demográfica, socioeconômica, situação de saúde, tipo de cuidado, AIVD's e necessidade de cuidado. Tais características foram associadas à rehospitalização no seguimento de um e três meses após a alta hospitalar.

Considerando a transição demográfica associada à epidemiológica que está ocorrendo nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, sente-se necessidade de que sejam apresentadas investigações que contemplem a etapa sexagenária da vida das pessoas. Tais investigações devem subsidiar a adequação do modelo de atenção para essa população. Nesse contexto, o aumento de pessoas idosas em idade avançada contribui para o consumo elevado de recursos destinados aos serviços de saúde por meio de hospitalizações. Assim, existe a carência de estudos que caracterizem pessoas idosas em condição de alta hospitalar e incluam fatores associados ao desfecho de rehospitalização, com a finalidade de otimizar a assistência, diminuir as rehospitalizações e promover a qualidade de vida do idoso e de sua família por meio de atividades de educação em saúde.

Salienta-se que essa investigação não permite extrapolar esses resultados a todos os idosos hospitalizados, devido as diferenças entre instituições de atenção à saúde em um mesmo município. O número de pessoas idosas incluídas nesta investigação, para algumas variáveis associadas, não foi suficiente para identificar os fatores de risco associados à rehospitalização, pois as perdas foram aleatórias, não havendo concentração em categorias específicas. Entretanto, outros resultados forneceram informações referentes à pessoa idosa

em condição de alta hospitalar que servirão de referência ao desenvolvimento de novas investigações relacionadas à saúde do idoso.

6.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Em relação ao sexo, nesta investigação a proporção de mulheres idosas em condição de alta hospitalar foi de 52,4%. Segundo Brasil (2002a), a população idosa brasileira é constituída de 44,9% de homens, enquanto 55,1% são mulheres.

Alvarenga (2000) caracterizou 2.980 pessoas idosas hospitalizadas, com idade de 60 anos ou mais, num hospital do município de Marília, no Estado de São Paulo, sendo constatado que 57,3% das hospitalizações foram do sexo feminino.

O estudo de Pazinato (2003) avaliou 80 idosos hospitalizados em unidade geriátrica de um hospital universitário, no município de Porto Alegre, em que o sexo feminino correspondeu a 64,0% das hospitalizações.

Santos et al. (2002b) caracterizaram 442 pessoas idosas a partir de prontuários, na mesma instituição deste estudo, em que o sexo não apresentou diferenças significativas, sendo 50,7% mulheres idosas. Em outro estudo, verificou que das 34 pessoas idosas portadoras de insuficiência cardíaca em condição de alta hospitalar, 53,0% eram mulheres (SANTOS, CÉSAR e SOEIRO, 2002).

Diante desses resultados e ao averiguar os dados censitários, constata-se que nascem mais homens do que mulheres, mas que, no decorrer dos anos, há uma redução do sexo masculino devido aos óbitos por causas externas e doenças, à medida que avança a idade, evidenciando a sobremortalidade masculina (BRASIL, 2002a). Tal configuração na

hospitalização foi confirmada pelos diversos estudos e pela menor proporção de homens na população idosa.

A velhice é uma etapa que um maior número de pessoas estão alcançado e da qual estão desfrutando por mais tempo, devido ao aumento da expectativa de vida e do acelerado crescimento populacional.

A média de idade para as pessoas idosas hospitalizadas foi de $71,4 \pm 8,1$ anos. Esses dados corroboram-se aos de Santos et al. (2002b) que observaram $71,7 \pm 7,7$ anos para os dois sexos em uma amostra de 442 prontuários de idosos que hospitalizaram no período de fevereiro de 2000 a janeiro de 2001. Pazinato (2003) constatou uma média mais elevada, de 79 ± 8 anos, para as pessoas idosas que hospitalizaram em unidade geriátrica num hospital universitário do município de Porto Alegre. Alvarenga (2000) e Santos, César e Soeiro (2002), constataram que a média etária foi de $73 \pm 8,1$ anos e 73 anos, respectivamente.

Predominou as pessoas idosas na faixa etária de 60 a 69 anos, decrescendo à medida que avança a idade. O estudo de Pazinato (2003) contrapõe esses achados ao ter como campo de estudo a unidade geriátrica de um hospital universitário, pois observou que as pessoas idosas na faixa etária igual ou superior aos 80 anos corresponderam a 46,0%, e decresce à medida que os idosos são mais jovens.

Segundo o Anuário Estatístico de Saúde do Brasil, no que se refere à esperança de vida ao nascer, por sexo, há uma diferença de quase oito anos, sendo 64,8 anos para os homens e 72,6 anos para as mulheres. Na população gaúcha, há um aumento significativo de esperança de vida ao nascer para homens e mulheres, quando comparada à média nacional, ou seja, respectivamente, 67,5 anos e 75,9 anos; assim, percebe-se que diferença para os dois sexos acompanha o padrão nacional (BRASIL, 2002a). No entanto, essa maior expectativa de vida para as mulheres poderá propiciar a experiência da aquisição dos agravos de longa duração, enquanto aos homens é impossibilitando tal experiência devido ao óbito prematuro.

Em relação à procedência, foi constatado que 54,3% das pessoas idosas são procedentes do município de Porto Alegre; 35,9% da Região Metropolitana; e 9,8%, dos outros municípios do interior do RGS, acrescido de um caso de Santa Catarina.

Na investigação com pessoas idosas portadoras de insuficiência cardíaca, a procedência de Porto Alegre prevaleceu 47,0%, seguido da Região Metropolitana 38,0% (SANTOS, CÉSAR e SOEIRO, 2002). Em outro estudo, realizado na mesma instituição, foram verificados os prontuários de 442 pessoas idosas, sendo observado que 50,8% são residentes no município de Porto Alegre, 26,1% nos municípios da Região Metropolitana, e 23,1% procedentes de outros municípios do RGS, somando-se a esse um caso de outra unidade federativa (SANTOS et al., 2002b).

Tal diferença entre os percentuais relativos à procedência dos idosos realizados na instituição cenário pode ter ocorrido devido à técnica empregada na coleta dos dados, sendo que um estudo foi coletado através das informações constantes no prontuário, e os outros, por meio de entrevista. Assim, a pessoa entrevistada pode omitir sua verdadeira procedência por receio de que, numa próxima hospitalização, e até pelo fato de haver o contato telefônico, não seja atendido por não morar na capital do RGS ou próximo ao hospital.

Por outro lado, a organização dos serviços de saúde, proposto pelo SUS e pelas políticas públicas considera a instituição na qual o estudo foi realizado como terceiro nível de atenção, sendo assim referência local e regional. Por isso, tal distribuição é esperada em nível local e regional.

6.2 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

O envelhecimento da população é um fenômeno global, que tem importantes repercussões nos campos social e econômico nos países em desenvolvimento. A feminilização da velhice ocorre devido ao predomínio de idosas na população brasileira, que, na sua maioria, tem a situação conjugal de viuvez e a maior esperança de vida ao nascer e aos 60 anos (CAMARANO, 2002).

Ao analisar situação conjugal das pessoas idosas, o estudo constatou que 54,9% eram casados ou viviam com um companheiro, e que 45,1% eram viúvos, separados ou nunca casaram ou tiveram companheiro. O estudo de Santos et al. (2002b) constatou que 62,7% eram casadas e que 37,3% eram viúvas, solteiras e separadas. Em outra investigação, Santos, César e Soeiro (2002) observaram que 42,0% eram casados e 58,0% permaneciam sem companheiro(a).

Ao estratificar a situação conjugal por sexo, nota-se que há predominância de homens casados, em relação às mulheres, que, na sua maioria, são viúvas, solteiras e divorciadas. Os estudos de Pazinato (2003) e Alvarenga (2000) corroboram esses achados, respectivamente, indicando que 88,0% das mulheres são viúvas, separadas ou solteiras e 62,0% dos homens têm uma companheira; e 68,8% das mulheres eram viúvas, solteiras ou separadas e 62,0% dos homens idosos eram casados.

No entanto, o envelhecimento é marcado por múltiplas e constantes perdas. O impacto da perda do cônjuge apresenta conseqüências individuais e sociais. Essa situação da viuvez para o sexo feminino ocorre devido à alta expectativa de vida para esse sexo, já que, em geral, as mulheres, ao casar, são mais jovens que o marido, e, ao tornarem-se viúvas, permanecem nessa situação. Por sua vez, os homens ao perderem as parceiras, têm a tendência de casar

novamente (CHAIMOWICZ, 1997; McGOLDRICK, 1998; DOLL, 2002; CAMARANO, 2002; COSTA, HENRIQUES e FERNANDES, 2003).

Assim, a viuvez tem significados bem diferentes para homens e mulheres. Doll (2002, p. 1001-2) ao fazer uma análise histórica e cultural da viuvez, afirma que, em relação às mulheres, essas sofrem mais com "as conseqüências da viuvez, como a perda de status social, a diminuição de renda e o perigo de isolamento social". Segundo o autor, as mulheres são socialmente mais visíveis do que os viúvos. Tal contexto pode mudar à medida que as mulheres tenham maior escolaridade, experiências profissionais fora do domicílio e vivências de divisão igualitária dos afazeres domésticos com os homens.

No que se refere à situação conjugal, os homens idosos permanecem com companheiras e, desta maneira, têm a oportunidade de conviver com a figura feminina que poderá prestar-lhe cuidados à medida que se instale a dependência para a realização das AIVD's e AVD's. Por sua vez, as mulheres idosas nessa condição de dependência terão os cuidados providos por filhos, noras, netos e outros familiares, bem como pela rede de apoio, constituída por vizinhos e amigos.

Camarano (2002, p. 61), em sua investigação afirma que a "industrialização e a urbanização destroem a segurança econômica e as relações estreitas entre gerações na família". Observou que 92,1% das pessoas idosas têm filhos. A média observada foi $3,5 \pm 2,8$ filhos. Santos et al. (2002b) constatou que 10,1% dos idosos não tiveram filhos e no estudo de Pazinato (2003) este percentual eleva-se para 16,0%.

Chaimowicz (1997) acredita que o declínio da fecundidade, em parte, é decorrente do processo de urbanização e das crises econômicas, as quais agravam as condições de vida de famílias numerosas. Dados demográficos demonstram que as famílias geram cada vez menos filhos. Tal fato, no futuro próximo, poderá constituir um fator não facilitador para o cuidado ao idoso.

As famílias dos idosos são compostas, predominantemente, por duas a quatro pessoas, o que foi constatado no estudo de Pazinato (2003), em 53,0%. A média do número de pessoas no domicílio foi $3,3 \pm 1,8$. Foi observado também que 7,3% das pessoas idosas residem sozinhas em seus domicílios.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2002, constataram que os domicílios brasileiros são constituídos de 3,6 pessoas. Esse dado aponta que esse indicador tem como um dos fatores determinantes a queda do número de filhos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002b). Ainda, nessa mesma pesquisa, é ressaltado que a presença de um único morador no domicílio, em 1992, totalizou 7,4%, e, em 2002, tal percentual elevou-se para 9,7%.

Camarano (2002) contribui nesse entendimento ao observar que, entre 1981 e 1998, houve redução do tamanho médio da família causado devido à queda de número de filhos por família e menor proporção de famílias com filhos.

Diante desse aumento significativo de pessoas residindo sozinhas e pelas crises econômicas que assolam as famílias, tem-se a necessidade de implementar ações de preparo para o autocuidado, bem como a criação de espaços para que a família tenha vínculos com esse idoso, sobretudo se esse estiver na condição de dependência na realização das atividades cotidianas.

Assim, ações educativas em saúde podem contribuir para a valorização dos laços afetivos, para a adequação do cuidado e conseqüentemente, para a redução dos fatores de risco da pessoa idosa à rehospitalização. Paralelamente, as ações educativas possibilitarão uma convivência mais harmoniosa e consolidada no respeito e companheirismo dos familiares com o idoso, evidenciando para todos uma melhor qualidade de vida.

Em relação à escolaridade, constatou-se que 25,0% dos idosos não haviam sido alfabetizados, enquanto 33,5% estiveram por até quatro anos nos bancos escolares, totalizando 58,5%.

Corroboram esses dados Costa, Henriques e Fernandes (2003), que, ao analisarem a escolaridade de 39 pessoas idosas, constataram que 60,0% dessas eram analfabetas. Pazinato (2003) verificou que 69,0% dos idosos que foram abordados durante a hospitalização em unidade geriátrica de um hospital no município de Porto Alegre, eram analfabetos ou estudaram até quatro anos na escola.

Segundo os indicadores sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002c), a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais, no Brasil, é de 12,4%. No RGS, essa taxa é de 6,2%. No que se refere à taxa de analfabetismo funcional, no Brasil, chega a 27,3%, enquanto os gaúchos apresentam a taxa de 19,0%.

A média de anos de estudo encontrada foi de $4,0 \pm 3,7$ anos, inferior a média nacional e estadual, que são respectivamente, 6,1 e 6,6 anos. Tais discrepâncias entre os dados nacional e estadual e os achados deste estudo justificam-se pelo fato de que a pesquisa do IBGE coletou dados de pessoas acima de 15 anos, enquanto a investigação tinha como fonte apenas pessoas idosas. Assim, os percentuais relativos a analfabetismo e analfabetismo funcional foram superiores.

A baixa escolaridade, quando associada às condições econômicas precárias e à dificuldade de acesso à rede de suporte, pode trazer limitações ao autocuidado e ao autogerenciamento dos problemas de saúde pelo idoso e por sua família.

A situação de inatividade da pessoa idosa foi observada em 90,9% dos casos, ou seja, os idosos em questão eram aposentados ou pensionistas. Alvarenga (2000) observou que 75,1% dos idosos eram aposentados e Santos et al. (2002b) constatou um percentual menor de

58,9% de aposentados ou pensionistas, sendo que esse dado foi coletado da anamnese e exame físico no prontuário do paciente.

Lisbôa e Pimentel (2003) referem que a inatividade profissional do idoso acarreta uma profunda mudança em relação ao estilo e ritmo de vida, visto que parar de trabalhar significa a perda do papel profissional, bem como a perda de papéis junto à família e à sociedade. Assim, esse evento exige grande esforço e adaptação do idoso, e, muitas vezes, quando não tem sucesso diante de tal mudança, ele pode se isolar socialmente.

Santana e Sena (2003) referem que a aposentadoria coloca a pessoa idosa numa condição estigmatizante, pois é considerada como uma pessoa inútil, incapaz e não mais contribuinte ou ativa no mercado de trabalho.

Por sua vez, a aposentadoria constitui a principal fonte de rendimentos para muitas famílias de idosos. Outro aspecto considerado é que os baixos valores dos benefícios têm levado idosos ao mercado de trabalho informal, às vezes com jornadas extensas, e, ainda, mal remuneradas (CHAIMOWICZ, 1997).

Silva (2003b) coloca que a dimensão social do envelhecimento brasileiro é marcada pelas baixas aposentadorias ou inexistência das mesmas, pela ausência de economias acumuladas, pelos constantes crises econômicas, pela defasagem do salário mínimo, e pela insipiência das políticas sociais. Tais fatos têm gerado grandes impactos sobre o idoso, à família, à sociedade e ao Estado, pois, por sua vez, geram a velhice sem recursos financeiros para custear suas despesas.

Assim, diante do pequeno valor das aposentadorias, a maioria dos idosos referiram que essas são direcionadas, quase exclusivamente, ao pagamento de medicamentos. Mesmo assim, muitas vezes, não conseguem custear seu tratamento, sendo a família chamada a participar com recursos financeiros. Eles apontam que as aposentadorias impossibilitam custear as necessidades básicas de alimentação, habitação, tratamento da saúde, entre outras. Dessa

maneira, a aposentadoria não consegue suprir, economicamente, as necessidades básicas do idoso, e conseqüentemente, promover a sua qualidade de vida.

Neste estudo foi observado que 80,5% dos idosos tinham dificuldades para manter seu tratamento. Entres esses, 79,8% para obtenção ou compra de medicamentos, 82,6% para compra de materiais e/ou equipamentos e 90,0% para pagamento de cuidador profissional. Pazinato (2003) realizou a investigação numa unidade geriátrica de um hospital universitário, no município de Porto Alegre, e identificou que 55,7% das dificuldades estavam relacionadas ao pagamento de cuidador formal, 39,3% à compra de materiais e equipamentos, e 32,8% à compras de medicamentos. Tais diferenças entre os percentuais podem ser resultado do convênio SUS ou privado e das condições financeiras das pessoas idosas que procuraram as diferentes instituições.

Portanto, os cuidados no domicílio, agregados às dificuldades financeiras, contribuem para a forma de como esse idoso será cuidado após a alta hospitalar. Dessa forma, esse indicador poderá ser um facilitador para futuras hospitalizações, devido a dificuldades para obter ou comprar medicamentos, materiais ou equipamentos, e dificilmente poderá ter a presença de um cuidador profissional dando suporte à recuperação e/ou reabilitação da saúde do idoso.

Gonçalves, Silva e Pfeiffer (1996) afirmam que as aposentadorias insuficientes impossibilitam que a pessoa idosa desfrute de uma velhice tranqüila, assim como assumam os gastos relativos à manutenção de sua saúde e até mesmo as necessidades de sobrevivência. Alvarenga (2000) complementa que os recursos financeiros, quando irrisórios, impossibilitam a continuidade do tratamento, porque interrompe-se a medicação. Acresce a esses dados a afirmação de Mendes (1998, p. 193) para os usuários da rede pública que esses "não possuem condição econômica para a compra ou aluguel de equipamentos".

Frente a esse contexto de dificuldades financeiras e aposentadorias irrisórias, a sociedade ora omite, ora adota atitudes que adiam a implementação de ações que visem atenuar a problemática daqueles que ingressam na Terceira Idade, sem nenhum respaldo digno à sobrevivência com qualidade de vida.

6.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE

Em relação ao diagnóstico determinante da hospitalização das pessoas idosas, constatou-se a prevalência de doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias. Martins, Cardenuto e Golin (1999) observaram que 41,4% dos idosos que hospitalizaram o fizeram por problemas do aparelho circulatório, seguidos de 15,7% por doenças do aparelho respiratório. Pazinato (2003) verificou que as doenças cardiovasculares e respiratórias foram as mais freqüentes e determinaram a hospitalização das pessoas idosas na unidade geriátrica de um hospital universitário.

As doenças circulatórias, seguidas das doenças respiratórias e neoplasias, são as mais freqüentes na população idosa, evidenciando a necessidade de programas de educação em saúde, com o propósito de reduzir as futuras hospitalizações por essas doenças.

Segundo a *Organización Panamericana de la Salud* (1994), o foco da educação em saúde deve estar voltado para as necessidades da população e para a ação. De um modo geral, os objetivos da educação em saúde são encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida saudáveis; usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição; tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente. Levy et al. (2003) acrescentam que a

Educação em Saúde é um dos mais importantes elos entre os desejos e as expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e as estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes.

Portanto, as ações educativas englobam medidas de prevenção para agravamentos de longa duração, tais como estimular e atrair o indivíduo para participar do processo educativo, bem como exercitar a condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências. Tais medidas devem ser orientadas com enfoque nos aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência, bem como a responsabilização de quem transmite os conhecimentos (LEVY et al., 2003).

A presença de diagnósticos secundários (comorbidades) foram verificados em 57,9% dos casos, sendo que 75,8% tinham de uma a duas comorbidades, além do diagnóstico determinante da hospitalização. Alvarenga (2000) observou que 45,4% das pessoas idosas apresentavam pelo menos mais uma doença associada ao diagnóstico principal, sendo denominado de diagnóstico secundário. Martins, Cardenuto e Golin (1999) verificaram que a ausência de comorbidade foi de 16,3%, seguidas de uma a duas comorbidades 57,4%, e igual ou maior que três 26,3%. Pazinato (2003) observou que 43% apresentavam mais do que cinco comorbidades e 51% tinham de uma a quatro comorbidades.

Os estudos acima confirmam a aquisição de comorbidades à medida que avança os anos de idade para a pessoa idosa. Dependendo dos hábitos de vida e da genética, alguns idosos conseguem retardar o aparecimento de outras doenças. No entanto, é preocupante a existência de comorbidade, pois essa sugere ter maior controle da situação de saúde, devido à associação entre as diversas doenças, a qual, muitas vezes, pode acarretar a dependência funcional.

Os agravos de longa duração requerem longos períodos de permanência hospitalar; no estudo, a média de permanência hospitalar é de $15,2 \pm 10,1$ dias. Pazinato (2003) identificou

dentre os idosos que hospitalizaram numa unidade geriátrica, a média de $18,9 \pm 17,2$ dias de permanência hospitalar. Os dados da pesquisa de Alvarenga (2000) contrapõem-se aos achados dos estudos anteriores: esse constatou a média de $5,5 \pm 2,7$ dias de permanência hospitalar.

Estudos realizados no município de Porto Alegre (SANTOS et al., 2002b; SANTOS, CÉSAR e SOEIRO, 2002; PAZINATTO, 2003), em diferentes instituições, apresentam semelhanças no que se refere à permanência hospitalar, quando comparados ao estudo de Alvarenga (2000), que teve uma média de permanência menor. Tal diferença pode ser justificada pelo tamanho da amostra e pelo cenário de realização desse último estudo: a rede hospitalar de um município do interior do Estado de São Paulo.

Costa, Henriques e Fernandes (2003) ressaltam a necessidade de fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde para nortear os cuidados ao idoso. Ainda, corrobora-se com vários autores que a permanência hospitalar possa ser reduzida nesse grupo etário à medida que sejam disponibilizados serviços de suporte após a alta hospitalar que incluam o acompanhamento domiciliar e hospital-dia (GONÇALVES, SILVA e PFEIFFER, 1996; ALVARENGA, 2000; PAZINATTO, 2003).

No que se refere à continuidade do acompanhamento médico, a maioria dos idosos seguem no Serviço de Ambulatório do HCPA 82,9%. Santos et al. (2002b) realizaram uma investigação que analisou 442 prontuários de idosos, na mesma instituição, sendo observado que 78,5% dos idosos foram encaminhados ao mesmo serviço.

Diante desses encaminhamentos, nota-se que a maioria dos pacientes permanecem vinculados ao HCPA, não efetivando a contra-referência e, muitas vezes, utilizando, em situação aguda, o serviço de emergência desse hospital.

Cecílio (1997) contribui no entendimento de tal fato que ocorre na instituição cenário do estudo. O modelo tecno-assistencial vigente configura-se como uma pirâmide, com

diferentes níveis de complexidade, distribuídos a partir da base - respectivamente, níveis primário, secundário e terciário. Tal modelo tem a finalidade de garantir a eficiência na utilização dos recursos, a universalização do acesso e a equidade. No entanto, a clientela que utiliza as emergências hospitalares para a resolução de problemas clínicos que teriam resolutividade em serviços básicos impossibilita o acesso igualitário ao nível de complexidade para demais usuários.

Chaimowicz (1997) afirma que sem programas ambulatoriais e domiciliares adequados de controle das doenças crônico-degenerativas, o idoso direciona-se, inevitavelmente, para o atendimento nos serviços de urgência. Tal afirmação denota a necessidade de capacitação de profissionais para atuarem em programas de planejamento de alta hospitalar do idoso, bem como no seguimento domiciliar. Cecílio (1997) acrescenta que é possível e necessário ter estratégias de desconcentração do atendimento hospitalar através do cuidado e assistência domiciliar, bem como o médico de família, sendo esse último contemplado pelo PSF. Por sua vez, o Estatuto do Idoso prevê atenção integral ao idoso, por intermédio do SUS, de acordo com os pressupostos de acesso universal e igualitário, em um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços. Esse conjunto envolve a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do idoso e proteção à velhice (BRASIL, 2003).

Merhy (1994, p. 139) coloca que a ação resolutiva não se reduz a uma conduta. O autor afirma que a resolutividade “é colocar à disposição do paciente toda a tecnologia possível a fim de conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde”. Degani (2002) ressalta que não ocorre a resolutividade por uma série de problemas acumulados em todos os níveis de atenção, fragmentando o atendimento. Assim, percebe-se, no espaço hospitalar, a fragmentação e desarticulação desse princípio proposto pelo SUS, observando nítida dissociação entre prevenção, tratamento, cura e reabilitação.

Em sua dissertação de Mestrado, Degani (2002, p. 171) conclui que:

A resolutividade do atendimento só será possível através da garantia de uma atuação e abordagem interdisciplinar ao indivíduo e a população na realidade em que estão inseridos, de tal maneira que os serviços tanto básicos, quanto os suplementares, possam através de suas equipes de saúde, uma ação coordenada, aumentar a qualidade e resolutividade do atendimento.

No que se refere à resolutividade dos problemas de saúde do idoso na hospitalização, a instituição hospitalar precisa adequar e fortalecer o sistema de referência e contra-referência da pessoa idosa no sistema de saúde, tendo como aliado ao suporte domiciliar as ESF's. Para isso, os serviços de saúde devem priorizar o acesso aos serviços primários, o estabelecimento de vínculos entre o usuário e o profissional de saúde, a integralidade e o atendimento continuado, evitando ou reduzindo a ocorrência ou agravamento de doenças, bem como promovendo a saúde individual e coletiva.

A hospitalização prévia dos idosos em condição de alta hospitalar ocorreu em 48,8% dos casos. Santos et al. (2002b), ao analisarem 442 prontuários de pessoas idosas, no período de fevereiro de 2001 a janeiro de 2002, constataram que 14,7% dos idosos tiveram no mínimo duas hospitalizações.

Durante esse período, na mesma instituição hospitalar a progressão do processo mórbido ameaça o estado de independência e autonomia, que afeta a qualidade de vida, impedindo o idoso de realizar os cuidados pessoais e as tarefas da vida diária, ocasionando várias hospitalizações (SMELTZER e BARE, 1998).

Conforme Alvarenga (2000), as hospitalizações prévias indicam a gravidade da situação de saúde do idoso, pois esses, ao receberem alta hospitalar, não têm a resolução de todos os seus problemas. Portanto, muitas vezes, a prematuridade da alta hospitalar demanda custos ao sistema em decorrência da piora do quadro clínico do idoso.

6.4 TIPO DE CUIDADO

No que se refere ao tipo de cuidado requerido pelo idoso, no momento da alta hospitalar, conforme a classificação proposta por Perroca e Gaidinski (1998), predominaram os cuidados mínimos em 81,7%. Na investigação de Santos, César e Soeiro (2002) que utilizou a mesma classificação para avaliar idosos portadores de insuficiência cardíaca no momento da alta hospitalar, também foi constatada a prevalência de cuidados mínimos.

Salienta-se que existe uma grande quantidade de estudos que utilizam as atividades básicas da vida diária, proposta por Katz et al. (1970) para avaliar as necessidades de cuidado. Tal instrumento aborda seis necessidades de cuidado: banho, vestir, toalete, transferência, continência e alimentação.

O estudo de Pazinato (2003) avaliou as condições funcionais e clínicas de 80 idosos, verificando que no momento da pré-hospitalização 36,3% apresentavam dependência para as atividades básicas da vida diária (AVD's), enquanto, no momento da alta hospitalar, 50,0 % desses apresentavam igual nível de dependência para essas atividades. Chaimowicz (1997), constatou que 46,0% dos idosos na faixa etária 65-69 anos tinham a necessidade de auxílio para realizar as AVD's, e, com a idade avançada de 80 anos ou mais, tal percentual eleva-se para 85,0%.

Tais estudos tentam expressar a necessidade de cuidados que o idoso requer no desenvolvimento de suas atividades básicas da vida diária, assim como quando, impossibilitado para o autocuidado, o cuidador assume o papel de provedor desses cuidados.

Este estudo verificou o grau de dependência por necessidade humana básica que contempla 13 necessidades, com a finalidade de caracterizar as demandas de cuidado do idoso

no seguimento domiciliar, que, na maioria das vezes, na realidade brasileira, são supridas pelas famílias.

Observou-se que todos os idosos requeriam controle de sinais vitais em intervalo de seis horas e utilizavam terapêutica medicamentosa. A maioria dos idosos não apresentava dependência em relação à oxigenação, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal e eliminações. No que se refere às necessidades de cuidado em relação ao estado mental e nível de consciência, comunicação, comportamento e educação à saúde, os idosos não apresentavam distúrbios relacionados a esses, e quanto a integridade da pele, quase a metade apresentou úlceras de decúbito e hematomas por aplicação de medicamentos ou escalpes.

O estudo de Santos, César e Soeiro (2002) identificaram entre os pacientes idosos portadores de insuficiência cardíaca congestiva, dados semelhantes aos encontrados nesta investigação. Portanto, os estudos realizados na mesma instituição denotam que, a maioria dos idosos retornaram ao domicílio com alguma necessidade humana básica afetada. No domicílio, o idoso com dependência e sua família precisarão de auxílio, orientação e supervisão para execução do cuidado. Assim, acredita-se que programas de preparo de alta hospitalar e de cuidado domiciliar poderão contribuir para redução dos riscos para a rehospitalização do idoso, e, conseqüentemente, propiciar uma melhor qualidade de vida ao idoso e sua família.

6.5 ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA

As pessoas em condição de alta hospitalar apresentaram 78,0% de dependência para as AIVD's. Pazinato (2003) verificou que a dependência para AIVD's no período pré-admissional foi de 61,3%, e, no seguimento do primeiro e terceiro mês, respectivamente, constatou 68,8% e 66,2%. Esses dados, mesmo sendo coletados em momentos distintos, demonstram que a maioria dos idosos deste estudo apresentavam dependência para a AIVD's.

Sager e Rudberg (1998) afirmam que ocorrem quase duas vezes mais perdas funcionais para as AIVD's do que para as AVD's, sendo sugestivo que AIVD's possam ser marcadores sensíveis do impacto da hospitalização sobre a pessoa idosa.

Diante de tal afirmação, o idoso que recebe alta da instituição hospitalar e que apresenta declínio funcional remete a família a uma nova divisão de papéis e funções para o exercício do cuidado, pois os idosos dependentes requerem cuidados diretos, contínuos e, muitas vezes, intensos (KARSCH e LEAL, 1998; SCHIER, GONÇALVES e LIMA, 2001).

Como afirmaram Sager e Rudberg (1998), essas atividades são as primeiras a serem excluídas do cotidiano do idoso com dependência funcional. Assim, a incapacidade funcional para as AIVD's podem comprometer a saúde mental do idoso, levando-o ao isolamento social dentro do seu próprio domicílio.

6.6 NECESSIDADES DE CUIDADO

Em relação à necessidade de cuidador, 78,7% dos idosos referiram ter a necessidade de cuidador informal no domicílio. No estudo de Pazinato (2003), 73,3% de 80 idosos que receberam alta de uma unidade geriátrica necessitavam de um cuidador para o seguimento domiciliar.

A investigação de Lima-Costa et al. (2003) entrevistou 1.172 pessoas idosas residentes em Bambuí, Minas Gerais, sendo essas distribuídas em dois grupos distintos, sendo um de idosos com poucos recursos financeiros e outro grupo de idosos com melhores condições financeiras. Foi constatado um número maior de idosos com melhor condição financeira que sentiam a necessidade de cuidador.

Nessa investigação foi constatado que o cuidador principal do idoso, geralmente, pessoas com algum grau de parentesco. Esses cuidadores eram o cônjuge, os filhos, as noras, os netos e os irmãos. Essa informação é confirmada pelo estudo de Santos et al. (2002b), o qual constatou que 93,7% dos idosos tinham como cuidador informal um familiar. Pazinato (2003) identificou que o cuidado, no seguimento domiciliar, era provido para 55,7% dos idosos e promovido por pessoas com algum grau de parentesco com o idoso.

No que se refere ao sexo do cuidador, constatou-se que a figura feminina é a provedora do cuidado no domicílio para 76,8% dos idosos participantes no estudo. Pazinato (2003) observou que 91,8% dos cuidadores eram mulheres. Vários autores acrescem que as cuidadoras geralmente são as filhas, as noras e as netas, sendo visto o desempenho desse papel como natural. Destaca-se que, nas famílias pobres, essa cuidadora encontra-se, concomitante, no mercado de trabalho. Essa, num mesmo dia, muitas vezes, exerce até tripla jornada de trabalho. Tal situação pode propiciar conflitos familiares, negligências ao idoso e a

presença de morbidades no cuidador. O cuidador principal, à medida que cuida do idoso, pode adoecer e tornar-se vulnerável, devido à sobrecarga e desgaste físico e emocional. Tal fato pode contribuir para a piora da situação de saúde do idoso (GONÇALVES, SILVA e PFEIFFER, 1996; MENDES 1998; ALVARENGA, 2000; CREUZTBERG, 2000).

Neste estudo, constatou-se que as pessoas na faixa etária acima de 40 anos ou mais eram as responsáveis pelo cuidado de 75,0% dos idosos que tinham a necessidade de cuidador. Mendes (1998) observou que a idade dos cuidadores prevaleceu na faixa entre 50 a 70 anos e que tal função exigia esforço além da capacidade física dos cuidadores. Kalache (1998) afirma que os cuidados, com muita frequência, são prestados por uma pessoa em pleno processo de envelhecimento. A família, geralmente, é a maior provedora de cuidados domiciliares para os idosos; porém, faz-se necessário que o Estado fortaleça uma rede de relações que dêem apoio aos cuidadores familiares (ALVARENGA, 2000).

Observou-se que 85,3% dos idosos que têm cuidador principal possuem também um cuidador secundário. Pazinato (2003) constatou que, entre os idosos que tinham um cuidador principal, 78,3% possuíam um cuidador secundário. Acredita-se que os programas de educação em saúde à pessoa idosa e aos seus cuidadores devem ter implementado a capacitação dos cuidadores e influenciar a ocorrência de complicações agudas, à procura de atendimento nos Serviços de Emergência e a rehospitalização. Atualmente, a escassez de profissionais capacitados nas instituições hospitalares que valorizem o planejamento da alta hospitalar torna-se pertinente de análise, pois os idosos e seus cuidadores, geralmente, retornam ao domicílio sem nenhuma informação ou instrumentalização para que possam seguir os cuidados no domicílio.

6.7 FATORES ASSOCIADOS À REHOSPITALIZAÇÃO

A rehospitalização no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar teve a taxa de 26,4% e 41,2%, respectivamente. Gautam et al. (1996) realizaram estudo na Escócia, em que observaram 713 altas hospitalares de pessoas idosas, sendo que dessas 15,3% dos idosos rehospitalizaram num período inferior a 28 dias. Da mesma forma, estudos realizados nos Estados Unidos constataram que as rehospitalizações de idosos são freqüentes, apresentando taxas entre 15,0% e 17,0% para aquelas que ocorrem até trinta dias após alta hospitalar (COLLEDGE e FORD, 1994; HENNEN et al., 1995).

No Brasil, Alvarenga (2000) constatou a taxa de rehospitalização de 35,6% nos primeiros 30 dias, o que revela a seriedade do quadro clínico das pessoas idosas. Pazinato (2003) realizou o estudo com 80 idosos de uma unidade geriátrica, verificando que, no primeiro e terceiro mês, respectivamente, rehospitalizaram 8,8% e 23,0%.

Portanto, os resultados de estudos brasileiros sobre a incidência de rehospitalizações de idosos apresentam percentuais diferentes. Talvez o tamanho de amostra e o cenário de realização do estudo tenham contribuído para a divergência dos resultados.

O envelhecimento traz a vulnerabilidade para doenças crônico-degenerativas, sendo essas uma das causas à alta incidência de (re)hospitalizações. Tais doenças, quando associadas à hospitalização, favorecem o declínio funcional e o estabelecimento de incapacidades. Porém, neste estudo, foram verificados outros fatores de risco à rehospitalização. Tais fatores foram semelhantes no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar. Os riscos para rehospitalização no primeiro mês foram o diagnóstico de neoplasias, a hospitalização prévia, o sexo masculino do cuidador e a permanência hospitalar no período

de 16 a 30 dias. No terceiro mês, apresentou-se as mesmas associações, exceto para a permanência hospitalar.

Colledge e Ford (1994) referem que a taxa de rehospitalização pode aumentar quando o diagnóstico principal está associado às outras condições mórbidas, principalmente neoplasias, problemas endócrinos, infecções, desordens sangüíneas e outras doenças severas.

Portanto, o risco de rehospitalização para o idoso que tem neoplasia retrata a historicidade de freqüentes hospitalizações devido a procedimentos quimioterápicos e radioterápicos, assim como comprometimentos clínicos devido à manutenção paliativa dessas pessoas.

Quanto às hospitalizações prévias, essas constituem um fator de risco para a rehospitalização. Marin citado por Alvarenga (2000) declara que, muitas vezes, o retorno de pacientes idosos ao domicílio acontece quando os mesmos ainda necessitam de assistência profissional do serviço de saúde para viabilizar o completo restabelecimento. Conforme Silva (2003b), idosos que participavam do Programa Conviver, em Cuiabá, têm como maior temor é ficar doente, pois temem a política de saúde deficitária e incapaz de oferecer serviços com qualidade e resolutividade.

Alvarenga (2000, p. 90) acredita que "a chave do sucesso para a redução do número de reinternações hospitalares está no emprego de medidas preventivas (nível primário), educação em saúde, bem como o reforço dos serviços comunitários (sociais e de saúde pública)". O autor destaca que o serviço hospitalar no município de Marília, em São Paulo, tem caráter mecanicista, fragmentado e direcionado ao desempenho da atividade curativa.

No Brasil, o modelo hegemônico de atenção à saúde, apontado por Alvarenga (2000), permeia muitos espaços do sistema de saúde. Portanto, hoje é indispensável que as instituições hospitalares discutam sobre as demandas de atenção à saúde, à capacitação dos profissionais nas diversas áreas, à família e à comunidade, de modo a contemplar o novo

modelo de atenção que contemple a integralidade. Assim, o preparo da alta hospitalar revendo a orientação do idoso e de seus cuidadores, com certeza deve ser o foco de futuros projetos de pesquisa.

Verifica-se neste estudo que a permanência prolongada do idoso no hospital, o sexo masculino do cuidador e as hospitalizações prévias são facilitadores para novas hospitalizações do idoso.

A mortalidade do idoso, no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar, teve a taxa de 10,7% e 30,1%, respectivamente. A mortalidade do idoso hospitalizado em unidade geriátrica no município de Porto Alegre, no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar, foi de 3,8% e 11,7%, respectivamente (PAZINATTO, 2003). Alvarenga (2000) constatou que 8,7% dos idosos tiveram óbito numa amostra de 2.980 internações hospitalares, num período inferior a 28 dias.

No Anuário Estatístico de Saúde do Brasil (2002a), verificou-se que a mortalidade para a faixa etária acima dos 60 anos constitui aproximadamente 54,5% de óbitos em relação aos óbitos totais, no ano 1999. Os gaúchos idosos apresentam um aumento significativo na mortalidade proporcional por grupos de idade, evidenciando 63,0%. Em Porto Alegre, permanece tal proporção muito semelhante à estadual, sendo 63,4% a mortalidade para a faixa etária acima de 60 anos em relação a demais faixas etárias.

Martins, Cardenuto e Golin (1999) constataram que 26,7% das pessoas idosas tiveram óbito hospitalizado. A presença de três ou mais comorbidades relacionadas ao diagnóstico da hospitalização possibilitam 15 vezes mais a mortalidade para o grupo etário acima de 65 anos.

Entre as causas de óbitos mais frequentes no Brasil, em 1999, na faixa etária idosa, identificou-se em 36,9% a doença do aparelho circulatório, seguido com 14,0% de neoplasias (tumores); 12,2% de doenças do aparelho respiratório, e 5,8% de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (BRASIL, 2002a).

Elkan et al. (2001), através da meta-análise de quinze estudos norte-americanos e europeus relacionados à saúde do idoso, verificaram que em oito estudos, o cuidado domiciliar reduz os óbitos de pessoas idosas.

A vulnerabilidade do idoso no plano da atenção programática/institucional (AYRES et al., 2003) é observada, atualmente, devido à insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para orientar o idoso e o seu cuidador no momento da alta hospitalar, a partir de ações educativas que poderão postergar o aparecimento da dependência funcional.

O cuidado, em nível domiciliar, é exercido quase exclusivamente pelo membro familiar, o qual geralmente não recebeu orientação para que pudesse atender e suprir adequadamente as demandas de cuidado do idoso.

Diante de tal carência de orientações relacionadas aos fatores de risco à rehospitalização do idoso - o sexo masculino do cuidador e a hospitalização prévia - torna-se indispensável a orientação para o cuidado do idoso no domicílio, por meio do suporte profissional.

No entanto, todas essas iniciativas devem adequar-se às necessidades e contemplar a realidade sócio-cultural e econômica das pessoas idosas.

7 CONCLUSÕES

Este estudo teve por objetivo identificar as características de pessoas idosas em condição de alta hospitalar associada à rehospitalização, partindo, de um primeiro momento, da descrição das características demográficas, socioeconômicas, situação de saúde, tipo de cuidado, AIVD's e necessidade de cuidado, e, no segundo momento, associando essas características à rehospitalização num período de até três meses após a alta hospitalar.

Na dimensão demográfica, verificou-se que a média de idade das pessoas idosas foi de $71,4 \pm 8,1$ anos, sendo a idade mínima de 60 anos e máxima de 93 anos. Houve maior prevalência de idosos na faixa etária 60 a 69 anos. Em relação ao sexo, prevaleceu as mulheres idosas. A procedência das pessoas idosas apresentou maior frequência de residentes em Porto Alegre.

Em relação à dimensão socioeconômica, a situação conjugal das pessoas idosas, na sua maioria, é de casadas ou morando com companheiros. Ao relacionar as variáveis sexo e a condição do(a) idoso(a) em ter um companheiro(a), este estudo verificou que os homens idosos têm companhia e as mulheres idosas permanecem sem companheiros. Em relação à mudança da situação conjugal nos últimos doze meses, constatou-se 2 (1,2%) casos.

A maioria dos idosos tem filhos. A média de filhos foi de $3,5 \pm 2,8$. Nos últimos doze meses da hospitalização do idoso, foi constatada, para 3 (2,0%) participantes, a perda de filhos. A composição familiar das pessoas idosas predominou de duas a quatro pessoas. A média de pessoas no domicílio do idoso foi de $3,3 \pm 1,8$.

A maioria dos idosos haviam sido alfabetizados. A média de anos em que o idoso freqüentou a escola foi de $4,0 \pm 3,7$. A situação de aposentado ou pensionista prevaleceu.

Predominaram as dificuldades financeiras. As dificuldades estão relacionadas à escassez de dinheiro para atender as necessidades básicas da família, para a compra de medicamentos e para deslocamentos.

Por ocasião da alta hospitalar, questionou-se a necessidade de medicamentos, sendo que quase todos retornaram ao domicílio tendo no mínimo, a prescrição de algum fármaco. Houve necessidade de materiais e/ou equipamentos, sendo observadas as dificuldades para obter ou alugar equipamentos e/ou materiais. No que se refere à necessidade da presença do cuidador profissional no domicílio do idoso, este estudo observou que apresentavam tal necessidade e tinham dificuldades para pagar esse cuidador profissional.

No que se refere à dimensão situação de saúde, os diagnósticos mais freqüentes que determinaram a hospitalização foram doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho respiratório, das neoplasias, das doenças do aparelho geniturinário e dos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte dos demais grupos de causa.

No estudo, as pessoas idosas em condição de alta hospitalar tinham uma ou mais comorbidades. O número máximo foram sete comorbidades.

Os diagnósticos secundários mais prevalentes foram as doenças do aparelho circulatório, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Nessa investigação, o período da hospitalização variou de 1 a 48 dias, tendo a média de $15,2 \pm 10,1$ dias. Todos os idosos foram encaminhados aos serviços de saúde, com o propósito de dar continuidade ao tratamento médico, sendo que a maioria dos idosos foram encaminhados ao Serviço do Ambulatório do HCPA.

A hospitalização prévia nos últimos doze meses variou de uma a dez vezes, com frequência média de $2,1 \pm 1,7$ hospitalizações. Observou-se que menos da metade dos idosos tiveram hospitalização prévia. No que se refere ao período anual, o estudo não apresentou diferenças estatísticas relacionadas à sazonalidade e à procura do atendimento na instituição de saúde. Os motivos da hospitalização prévia para 80 pessoas idosas estavam relacionados ao aparelho respiratório, ao aparelho circulatório, aos procedimentos, ao aparelho geniturinário e ao aparelho gastrointestinal.

Na dimensão tipo de cuidado, observou-se que, no momento da alta hospitalar, os idosos requeriam cuidados mínimos. Em relação ao grau de dependência contemplado por 13 necessidades humanas básicas, observou-se que todos os idosos requeriam controle de sinais vitais em intervalo de seis horas e utilizavam terapêutica medicamentosa. Os idosos, na sua maioria, não tinham dependência na oxigenação, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal e eliminações. No que se refere às necessidades relacionadas ao estado mental e nível de consciência, comunicação, comportamento e educação à saúde os idosos não apresentavam distúrbios. Quanto à integridade da pele, quase a metade apresentou úlcera de decúbito, hematomas por aplicação de medicamentos ou escalpes.

Em relação à dimensão atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), 78,0% dos idosos apresentavam dependência nessas atividades. Observou-se, entre os idosos neste estudo, que apresentavam a capacidade de atender ao telefone, bem como planejar, preparar e servir as refeições. No que se refere à incapacidade, esses tinham dificuldade para fazer compras, atividade para manutenção no domicílio, lavar as roupas, utilizar meio de transporte, preparar tomar suas medicações e nem manejar seus recursos financeiros.

Na dimensão necessidade de cuidado, a maioria dos idosos em condição de alta hospitalar sentiu a necessidade de cuidadores domiciliares. O cuidador principal do idoso eram as pessoas da família, principalmente os filhos. O cuidado é provido, geralmente, pelo

cuidador do sexo feminino. Em relação à idade do cuidador, apresentou maior prevalência a faixa etária com 40 anos ou mais. A média de idade do cuidador foi de $52,1 \pm 16,1$ anos. No que se refere ao cuidador secundário, esses são filhos que, na sua maioria, dividem o cuidado com o outro irmão.

As pessoas idosas foram seguidas no primeiro e terceiro mês após a alta hospitalar. No primeiro mês do seguimento após a alta hospitalar, 26,4% idosos rehospitalizaram, tendo a média de rehospitalizações de $1,1 \pm 0,3$. Já no terceiro mês foram 41,2%, e a média foi de $1,3 \pm 0,6$.

Na análise da regressão de Poisson múltipla da rehospitalização no primeiro mês após a alta hospitalar, apresentou-se associação positiva: o diagnóstico médico referente às neoplasias em relação às doenças do aparelho circulatório, a permanência hospitalar de 16 a 30 dias em relação ≤ 15 dias, a hospitalização prévia nos últimos doze meses e o sexo masculino do cuidador. Tais fatores constituem o maior risco para rehospitalização do idoso.

No terceiro mês após a alta hospitalar, a regressão apresentou associação positiva para o diagnóstico médico referente às neoplasias em relação às doenças do aparelho circulatório, a hospitalização prévia nos últimos doze meses e o sexo do cuidador masculino; fatores que constituem risco para a rehospitalização do idoso.

Neste estudo, obteve-se, por meio do seguimento dos idosos, as informações quanto ao óbito. A mortalidade, um mês após a alta hospitalar, foi de 10,7%, e a mortalidade total no seguimento de três meses foi de 30,1%.

Portanto, os resultados da investigação fornecem subsídios para o planejamento de Programas de Atenção à Saúde do Idoso do contexto hospitalar ao comunitário. Recomenda-se a adoção de atividades voltadas para educação em saúde em todos os momentos em que o idoso e sua família estão em contato com o serviço de saúde.

8 RECOMENDAÇÕES

O Estatuto do Idoso com certeza foi um grande ganho para a população brasileira (BRASIL, 2003). O Estatuto foi aprovado em outubro de 2003, e entrou em vigor oficialmente a partir de 01 de janeiro de 2004. Tal documento disponibilizou esse intervalo para que os diversos serviços adequassem a prestação de serviços, a fim de que possam contribuir para a efetivação do Estatuto. Além disso, o Estatuto prevê a inserção de temas relacionados à saúde do idoso nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal, abordando conteúdos sobre o processo de envelhecimento, do respeito e da valorização do idoso, com o objetivo de eliminar preconceitos e disseminar esses conhecimentos.

As políticas públicas têm contribuído para a atenção à saúde do idoso, principalmente no que se refere ao PSF, que tem como objeto do cuidado a família, através de cujos membros, o idoso está tendo a oportunidade de acesso aos serviços de saúde, bem como o suporte profissional no domicílio, por meio de visitas domiciliares. Portanto, as orientações educativas podem ocorrer na atenção básica, através de medidas de prevenção e promoção de saúde, principalmente do PSF que resgatou o atendimento no contexto domiciliar. Acredita-se que a partir do PSF e de outros programas deve-se estabelecer o sistema de referência e contra-referência para que o idoso possa receber um atendimento integral com a finalidade de propor recuperação e restabelecimento do seu processo de saúde-doença.

Portanto, é indispensável, hoje, que as instituições da rede pública e privada discutam sobre as demandas de atenção à saúde, de capacitação dos profissionais nas diversas áreas que assistem à pessoa idosa, esclarecimentos à família e à comunidade, de modo a definir modificações no modelo de atenção e estrutura de apoio social.

Na formação profissional, graduação e pós-graduação devem contemplar essa etapa do ciclo vital e suas particularidades, sendo constatado, no artigo do Estatuto, tal preocupação, que denota a necessidade dos currículos adequarem seus conteúdos, contemplando a saúde do idoso. Também, sente-se a necessidade de capacitar profissionais nas equipes de saúde, docentes para atuarem nessa área de saúde do idoso, bem como disponibilizar a utilização de fomentos à pesquisa oriundos de agências brasileiras e internacionais em investigações, que possam subsidiar informações para reduzir os agravamentos à saúde, rehospitalizações e óbitos, promovendo, assim, a qualidade de vida aos idosos.

Faz-se necessário avaliar as competências dos profissionais de enfermagem que atuam na área da saúde do idoso; dos docentes que ministram aulas na saúde do idoso e adulto, e avaliar como os acadêmicos entendem esse processo de envelhecimento e a competência, já que estarão, num futuro próximo, trabalhando com uma grande parcela da população idosa.

Durante a hospitalização, torna-se imprescindível a capacitação dos profissionais e programas de planejamento da alta hospitalar, visando a ações educativas de autocuidado ao idoso, bem como a orientações aos cuidadores, que serão os parceiros na prestação dos cuidados no domicílio.

Por sua vez, estudos com foco no cuidador são necessários, pois, junto a esse idoso, muitos são cuidadores idosos, ou estão encaminhando-se para alcançar a Terceira Idade. A disponibilização de orientações no momento da alta hospitalar torna-se indispensável para o cuidado do idoso no domicílio, e quando se tem o suporte profissional, na comunidade, a finalidade é dar continuidade à recuperação e reabilitação do idoso no âmbito domiciliar, reduzindo os riscos à rehospitalização.

Diante desse contexto, a pessoa idosa em condição de alta hospitalar tem a necessidade de cuidados de serviços especializados de assistência que referem à transformação do modelo de atenção vigente.

A tal transformação deve-se incluir a criação de unidades geriátricas em instituições hospitalares, principalmente nas universitárias, serviços de planejamento de alta hospitalar, capacitação de profissionais de saúde e maior abordagem acadêmica para atuação dos futuros profissionais junto aos idosos fragilizados por problemas de saúde, bem como acompanhamento domiciliar e hospital dia geriátrico.

Portanto, torna-se extremamente necessário incluir todas as formas de intervenção na sociedade, mediante proteção e educação em saúde, tendo como parceiros a família, os profissionais e o Estado. Tais intervenções têm o propósito de otimizar a assistência, diminuir as rehospitalizações e promover a qualidade de vida do idoso e de sua família.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. R. M. **Perfil das reinternações de idosos e a percepção da enfermagem sobre a organização da alta hospitalar**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000. 130 p.

ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001. 199 p.

ANDREOLI, T. E.; et al. **Cecil medicina interna básica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

AYRES, J.R. C. M.; et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-39.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, 2., 1997. Rio de Janeiro, RJ. **Programa de Estudos...** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997. p. 20-37.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology** [online], v. 3, n. 21, p. 1-13, out. 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>>. Acesso em 09 dez.2003.

BRASIL. Conselho de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 196/96). **Diário Oficial da União**, 10 out. 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res196/96.htm>>. Acesso em 12 nov. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Anuário estatístico de saúde do Brasil 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>>. Acesso em 09 fev. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **IDB 2002 BRASIL: indicadores e dados básicos para a saúde**. Brasília: Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, 2002c.

_____. Senado Federal. **Estatuto do idoso**. Brasília: Senado Federal, 2003. Disponível em: <http://www.direitodoidoso.com.br/05/estatuto_do_idoso.pdf>. Acesso em 17 out. 2003.

BULLA, L. C.; et al. Ser cuidador: o importante papel da família. In: TERRA, N. L.; DORNELLES, B. (Orgs.). **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 425-32.

CALDAS, C. P. Cuidador: sua instância de experiência. In: _____ (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 11-3.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 13, p. 773-81, mai./jun. 2003.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 58-71.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 468-78, jul./set. 1997.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 31, v. 2, p. 184-200, 1997.

COELI, C. M.; FAERSTEIN, E. Estudo de coorte. In: MEDRONHO, R. A.; et al. (Orgs.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 161-73.

COLLEDGE, N. R.; FORD, M. J. The early hospital readmission of elderly people. **Scott. Med. J.** v. 39, p. 51-2, 1994.

COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Medidas de frequência de doença. In: MEDRONHO, R. A.; et al. (Orgs.) **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 15-31.

COSTA, G. M.; HENRIQUES, M. E.; FERNANDES, M. G. M. Programa de atenção à saúde do idoso na visão da clientela. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 14, n. 27, p. 53-67, maio. 2003.

CREDITOR, M. C. Hazards of hospitalization of the elderly. **Ann Intern Med.** v. 118, n. 3, p. 219-23, 1993.

CREUTZBERG, M. **Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada**: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000. 194 p.

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde:** opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde Comunitária. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. 195 p.

DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In: FREITAS, E. V.; et al. (Orgs.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 999-1012.

DUARTE, M. J. R. S. Atenção ao idoso: um problema de saúde e de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 100-111, mai. 1994.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. (Orgs.) **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 121-32.

DUARTE, Y. A. O.; et al. Programa de visita domiciliar do Idoso – PROVIDI. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. (Orgs.). **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

ELKAN, R.; et al. Effectiveness of home based support for older people systematic review and meta-analysis. **BMJ**, Stanford, v. 323, p. 1-9, set. 2001. Disponível em <<http://www.evidencebasednursing.com/k2ssearchall>>. Acesso em 21 nov. 2002.

ERMINDA, J. G. Processo de envelhecimento. In: COSTA, M. A. M.; et al. (Orgs.). **O idoso: problemas e realidades**. Coimbra, PT: Formasau, 1999. p. 41-50.

GAUTAM, P.; et al. Unplanned readmissions of elderly patients. **Health Bulletin**, v. 54, n. 6, p. 449-57, nov./dez. 1996

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 179 p.

GONÇALVES, L. H. T.; SILVA, Y. F.; PFEIFFER, S. A. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 39-47, jul./dez. 1996.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório Anual 1999**. Porto Alegre, 2000. 66 p.

HENNEN, J. et al. Readmission rate, 30 days and 365 days postdischarge, among the 20 most frequent DRG groups, Medicare inpatients age 65 or older in Connecticut hospitals, fiscal years 1991, 1992 and 1993. **Conn. Med.** v. 59, n. 5, p. 263-70, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002a. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2002/aspectos_de_mograficos.zip>. Acesso em 17 dez. 2003.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2002.** Rio de Janeiro: IBGE, 2002b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/sintesepnad2002.zip>>. Acesso em 17 dez. 2003.

_____. **Indicadores sociais.** Rio de Janeiro: IBGE, 2002c. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2002/educacao.zip>. Acesso em 17 dez. 2003.

KALACHE, A. Apresentação. In: KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 1998. p. 9-12.

KARSCH, U. M. S. Introdução. In: _____ (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 1998. p. 13-9.

KARSCH, U. M. S. Idosos dependentes: família e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-6, mai./jun. 2003.

KARSCH, U. M. S.; LEAL, M. G. S. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 1998. p. 21-45.

KATZ, S.; et al. Progress in the development of the index of ADL. **Gerontologist**, v. 10, p. 20-30, 1970.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontology**, v. 9, p. 179-86, 1969.

LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 1, p. 7-35, 1999.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 285-299.

LEVY, S. N.; et al. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acesso em 17 dez. 2003.

LIMA, M. G. D.; SCHIER, J.; GONÇALVES, L. H. T. O acompanhante do idoso hospitalizado: um cliente, um parceiro da enfermagem. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 387, maio/ago. 1997.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 499-513.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso dos serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-43, mai./jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; et al. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí health and aging study (BHAS). **Revista Panamericana de Salud Publica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 387-94, nov./dez. 2003.

LISBÔA, A. L.; PIMENTEL, B. S. **O sistema social e o idoso**. Disponível em: <<http://prateada.webbr.net/idoso8.htm>>. Acesso em 17 out. 2003.

LITVOC, J.; DERNTL, A. M. Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações. In: CIANCIARULLO, T. I.; et al. (Orgs.). **Saúde da família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 268-318.

LUECKENOTTE, A. G. Avaliação da enfermagem para a pessoa idosa. In: _____. (Orgs.). **Avaliação em gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmenn & Affonso, 2002. p. 1-13.

MARCANTONIO, E. R.; et al. Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in Medicare Managed Care Plan. **Am. J. Med.** v. 107, p. 13-7, 1999.

MARTINS, S. J.; CARDENUTO, S. L.; GOLIN, V. Factores de riesgo de mortalidad en personas mayores de 65 años internadas en un hospital universitario, São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 386-91, nov./dez. 1999.

McGOLDRICK, M.; et al. O luto em diferentes culturas. In: WALSH, F; McGOLDRICK, M. (Orgs.). **Morte na família: sobrevivendo as perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 199-228.

MENDES, P. M. T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998. p. 171-97.

MERHY, E. E.; et al. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Orgs.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-60.

_____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: São Paulo: Lugar Editorial, Hucitec, 1997. p. 113-50.

NAYLOR, M. D.; et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial. **JAMA**, v. 281, n. 17, p. 613-20, fev. 1999. Disponível em: <<http://www.Evidencebasednursing.com/k2searchall>>. Acesso em 21 nov. 2001.

NECESSIDADE. In: FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio: século XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 1397.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Las condiciones de salud en las Américas**. Washington: OPS, 1994.

_____. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 60-7, jan./fev. 2000.

PALÁCIOS, M.; REGO, S.; SCHRAMM, F. R. A regulamentação brasileira em ética em pesquisa envolvendo seres humanos In: MEDRONHO, R. A.; et al (Orgs.). **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p. 465-77.

PASKULIN, L. M. G.; et al. **Cuidando em casa**: a percepção dos pacientes submetidos à atroplastia total de quadril primária. Porto Alegre: EE/UFRGS, 2002. mimeo.

PAZ, A. A. **Subsídios para a estruturação de um programa de cuidado de enfermagem domiciliar ao paciente com seqüelas neurológicas**. 2002. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. 64 p.

PAZINATTO, M. C. **Características clínicas e funcionais do paciente idoso que recebe alta hospitalar e suas necessidades de cuidados após alta**. 2003. Dissertação (Mestrado em Geriatria) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. 92 p.

PELZER, M. T.; FERNANDES, M. R. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 339-44, maio/ago. 1997.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-68, ago. 1998.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Análise exploratória de dados. In: MEDRONHO, R. A.; et al. (Orgs.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 227-44.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica na terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, mar. 1993.

RIBEIRO, V. E. S. O domicílio como espaço de cuidado de enfermagem: a experiência da enfermagem canadense. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998. p. 133-8.

ROLLO, A. A.; OLIVEIRA, R. C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud: un desafío para lo publico**. Buenos Aires: São Paulo: Lugar Editorial, Hucitec, 1997. p. 321-52.

ROSSWURN, M. A.; LANHAM, D. M. Discharg planning for elderly patients. **J. Gerontol Nurs**, p.14-21, mai. 1998.

SAGER, M. A.; RUDBERG, M. A. Functional decline associated with hospitalisation for acute illness. **Clin. Geriatric. Med.** v. 14, n. 4, p. 669-80, 1998.

SANTANA, H. B.; SENA, K. L. O idoso e a representação de si. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 14, n. 28, p. 44-53, set. 2003.

SANTOS, B. R. L.; CÉSAR, A. M.; SOEIRO, P. C. G. **Grau de dependência de idosos com insuficiência cardíaca no momento da alta hospitalar: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar**. Porto Alegre: EE/UFRGS, 2002. mimeo.

SANTOS, B. R. L.; et al. O domicílio como espaço de cuidado em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50.; 1998, Salvador, BA. **Anais...** Salvador: ABEn/BA, 1999. p. 121-32.

_____. Perfil de idosos egressos de um hospital universitário: subsídios para o cuidado domiciliar. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2.; 2002, Águas de Lindóia, SP. **Anais...** São Paulo: USP, 2002a. 1 CD-ROM.

_____. **Caracterização do idoso egresso de uma instituição hospitalar pública de Porto Alegre**. Porto Alegre: EE/UFRGS, 2002b. mimeo.

_____. **O processo de cuidado de enfermagem domiciliar ao idoso fragilizado**. Porto Alegre: EE/UFRGS, 2002c. mimeo.

SANTOS, S. M. A. A especificidade da enfermagem na equipe interdisciplinar. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 156-61, maio/ago. 1997.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L. H. T.; LIMA, G. O. Avaliando o programa de acompanhante hospitalar de paciente geriátrico. **Revista Ciências da Saúde**, Florianópolis, v. 20, n. 1/2, p.60-9, jan./dez. 2001.

SILVA, M. G. C. Economia da saúde: da epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003a. p. 533-65.

SILVA, J. C. Velhos ou idosos? **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 94-111, jan. 2003b.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde de família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-47, mai./jun. 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. Assistência à saúde do idoso. In: _____. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p. 122-51.

SOUZA, C. M. A. Envelhecimento: a necessidade de uma abordagem interdisciplinar. In: TERRA, N. L.; DORNELLES, B. (Orgs.). **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 65-71.

STATISTIC PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES. **SPSS**: produtos. Disponível em: <<http://www.spss.com.br>>. Acesso em 04 dez. 2003.

STATISTIC DATA ANALYSIS. **Stata product info**: why Stata? Disponível em: <<http://www.stata.com/whysthouldusestata.htm>>. Acesso em 04 dez. 2003.

STEVENSON, J. S.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-50, maio/ago. 1997.

STEWART, S; et al. Prolonged beneficial effects of a home-based intervention on unplanned readmissions mortality among patients with congestive heart failure. **Arch Intern Med**, v. 159, n. 8, p. 257-61, fev. 1999. Disponível em: <<http://www.Evidencebasednursing.com/k2searchall>>. Acesso em 21 nov. 2001.

STEWART, S; MARLEY J. E.; HOROWITZ, J. D. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. **Lancet**, v. 354, n. 25, p. 1077-83, set. 1999. Disponível em: <<http://www.Evidencebasednursing.com/k2searchall>>. Acesso em 21 nov. 2001.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 224 p.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A.; et al. (Orgs.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 91-103.

VIEGAS, K. **O cuidado de enfermagem no espaço domiciliar:** o modelo assistencial do Hospital Mãe de Deus. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001. 175 p.

VOSER, R. C.; VARGAS NETO, F. X. Atividade física, envelhecimento e longevidade. In: TERRA, N. L.; DORNELLES, B. (Orgs.). **Envelhecimento bem-sucedido.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 321-4.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

CARACTERÍSTICAS DE PESSOAS IDOSAS EM CONDIÇÃO DE ALTA HOSPITALAR ASSOCIADA A REHOSPITALIZAÇÃO

Questionário para Entrevista:

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: para ser considerado excluído o idoso ao estudo deve contemplar a resposta 2 (dois) em qualquer um dos critérios		
a) Foi submetido a procedimento cirúrgico durante a internação?	. 1 - não	2 - sim
b) Reside em instituição para idosos?	. 1 - não	2 - sim
c) Solicitou Alta Administrativa?	. 1 - não	2 - sim
d) Ter sido transferido para unidades cirúrgicas e CTI	. 1 - não	2 - sim
e) Óbito durante a internação	. 1 - não	2 - sim
f) Ter participado dessa investigação na hospitalização anterior	. 1 - não	2 - sim

Assinou o Termo de Consentimento? . 1 - não 2 - sim

Número do Questionário: _____ Início: h min Término: h min Total: _____

I – IDENTIFICAÇÃO*

Nome: _____
 Telefone Residencial: _____ Informante: _____
 Número do Prontuário: _____ Data: _____

VARIÁVEIS	MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR
II – DEMOGRÁFICAS	
1. Qual o sexo?	1 - Masculino 2 - Feminino
2. Qual a idade?	anos
3. Qual a procedência?	1 - Porto Alegre. Zona/Bairro: _____ 2 - Região Metropolitana. Cidade: _____ 3 - Interior do Estado do RGS. Região/Cidade: _____ 4 - Outra Unidade Federativa: _____

III – SOCIOECONÔMICA

4. Qual a situação conjugal?	1 - casado ou mora com companheiro 2 - viúvo 3 - divorciado, separado ou desquitado 4 - nunca casou ou solteiro
5. Mudou a situação conjugal nos últimos 12 meses?	0 - não 1 - sim
6. Qual o número total de filhos vivos? (se a resposta for nenhum, pule para a questão 8)	0 - nenhum filho(s)
7. O número de filhos permaneceu o mesmo nos últimos 12 meses?	0 - não 1 - sim
8. Qual o número de pessoas no domicílio?	_____ pessoas
9. Quantos anos frequentou a escola?	0 - nunca estudou _____ anos

* Dados referentes à **identificação** não podem ser copiados do prontuário. Deverão ser coletados pessoalmente com o idoso e/ou seu cuidador.

VARIÁVEIS	MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR	
10. Qual a ocupação profissional? (se a resposta não for aposentado ou pensionista, pule para questão 12)	1 - aposentado 2 - pensionista 3 - autônomo 4 - dona de casa 5 - trabalhador do comércio 6 - trabalhador da indústria	7 - trabalhador rural 8 - profissional liberal 9 - serviços não especializados 10 - outro: Qual?
11. Além da aposentadoria ou pensão exerce alguma atividade remunerada?	0 - não 1 - sim. Qual?	
12. Tem dificuldades financeiras para custear o tratamento?	1 - não, o idoso mantém o tratamento 2 - não, a família mantém o tratamento 3 - sim Qual? 4 - não sabe	
13. Há necessidade de medicamentos após a alta hospitalar? (se a resposta for não, pule para a questão 15)	0 - não 1 - sim	
14. Tem dificuldades para obter/comprar medicamentos?	0 - não 1 - sim	
15. Há necessidade de materiais e/ou equipamentos após a alta hospitalar? (se a resposta for não, pule para a questão 17)	0 - não 1 - sim. Qual?	
16. Tem dificuldades para obter/alugar materiais e equipamentos?	0 - não 1 - sim	
17. Há necessidade de cuidador formal após a alta hospitalar? (se a resposta for não, pule para a questão 19)	0 - não 1 - sim	
18. Tem dificuldades para pagar um cuidador formal?	0 - não 1 - sim	

IV - SITUAÇÃO DE SAÚDE		
19. Qual o diagnóstico médico primário? (ver no prontuário)	Código CID-10:	Qual?
20. Qual o diagnóstico médico secundário? (ver no prontuário)	Código CID-10:	Qual?
21. Quantos dias de internação hospitalar? (ver no prontuário)	dias	
22. Foi encaminhado para continuar o tratamento em algum serviço de saúde? (ver no prontuário)	0 - não 1 - sim	
23. Qual o serviço de acompanhamento? (ver prontuário)	1 - Unidade Básica de Saúde 2 - Ambulatório do HCPA	3 - Rede Privada 4 - não sabe
24. Nos últimos 12 meses houve (re) hospitalização?	0 - não 1 - sim 2.- não lembra	
25. Qual a frequência de rehospitalização nos últimos 12 meses?		
26. Em que mês houve (re)hospitalização nos últimos 12 meses?	1 - 2 - 3 -	

VARIÁVEIS	MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR
27. Qual o motivo da (re)hospitalização nos últimos 12 meses? (para cada rehospitalização)	1 - 2 - 3 -
V - TIPO DE CUIDADO	
28. Qual o tipo de cuidado (avaliar através da escala de Perroca em anexo)	1 - cuidados mínimos (13 a 26 pontos) 2 - cuidados intermediários (27 a 39 pontos) 3 - cuidados semi-intensivos (40 a 52 pontos) 4 - cuidados intensivos (53 a 65 pontos)

VI - ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (<i>Há dependência para realizar as atividades?</i>)	
29. Telefone (<i>É incapaz de operar telefone mesmo com auxílio.</i>)	0 - não 1 - sim
30. Compras (<i>É incapaz de fazer compras ou necessita de auxílio.</i>)	0 - não 1 - sim
31. Preparo de Alimentos (<i>É incapaz de planejar, preparar e servir as refeições ou necessita de auxílio.</i>)	0 - não 1 - sim
32. Manutenção da Casa (<i>É incapaz de ou não realiza qualquer atividade de manutenção da casa.</i>)	0 - não 1 - sim
33. Lavar as roupas (<i>É incapaz de lavar quaisquer roupas.</i>)	0 - não 1 - sim
34. Transporte (<i>É incapaz de utilizar quaisquer meios de transporte.</i>)	0 - não 1 - sim
35. Medicações (<i>É incapaz de preparar ou tomar medicações ou necessita de auxílio.</i>)	0 - não 1 - sim
36. Finanças (<i>É incapaz de manejar qualquer assunto financeiro, até mesmo para o dia-a-dia.</i>)	0 - não 1 - sim
Escore Final das AVD's: soma das atividades 1 a 8, resposta não. Escore para dependência: 1 a 8, resposta sim	
37. O paciente tem dependência para atividades instrumentais da vida diária?	0 - não 1 - sim

VII - NECESSIDADE DE CUIDADO		
38. Existe a necessidade de um cuidador após a alta hospitalar?	0 - não 1 - sim	2 - não sabe/ não respondeu
39. Quem é o cuidador principal?	1 - não tem 2 - conjugue 3 - filho(a) 4 - nora (genro) 5 - neto (a)	6 - amigo(a) 7 - vizinho(a) 8 - outro. Qual?
40. Qual a idade do cuidador?	Anos	
41. Qual o sexo do cuidador?	1 - Masculino 2 - Feminino	
42. Existe um outro cuidador (secundário) nos momentos em que o cuidador principal necessite ausentar-se?	0 - não 1 - sim. Quem?	

DESFECHOS	PRIMEIRO MÊS	TERCEIRO MÊS
43. Houve rehospitalização após a alta hospitalar?	0 - não 1 - sim	0 - não 1 - sim
44. Frequência da rehospitalização após a alta hospitalar?		

Fonte: Estudos de Lawton e Brody (1969); Perroca e Gaidzinski (1998); Santos et al. (2002a); Pazinatto (2003).

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As pessoas idosas, com idade acima de 60 anos freqüentemente apresentam problemas de saúde que necessitam intervenção em hospitais. Na maioria das vezes, os idosos que recebem alta hospitalar necessitam de orientações sobre dieta, higiene e segurança para realizarem um cuidado adequado no domicílio.

O estudo científico intitulado "*Características de pessoas idosas em condição de alta hospitalar associada a rehospitalização: subsídios para o cuidado de enfermagem do âmbito hospitalar ao domiciliar*", visa conhecer as características do idoso que recebeu a alta hospitalar, com o propósito de futuramente desenvolver um plano de ação para o preparo da alta hospitalar do idoso.

Tal estudo será desenvolvido a partir de um exame físico e três entrevistas, sendo uma no momento da alta hospitalar, as outras duas entrevistas serão realizadas após um e três meses da alta hospitalar por meio de ligação telefônica. O idoso será entrevistado juntamente com o seu cuidador, e nos casos, em que as questões referentes ao idoso não possam ser respondidas por ele, o cuidador será o entrevistado.

Eu, _____ (paciente idoso) e meu cuidador _____ fomos informados dos objetivos da pesquisa, recebendo informação de forma clara e detalhada, sobre os objetivos e a forma como eu e o cuidador participarão dessa investigação, sem ser obrigado a responder eventuais questões que considero sem importância para mim. Assim, a qualquer momento posso esclarecer as dúvidas que tiver em relação à saúde, assim como da liberdade de deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer dificuldade para eu e meu cuidador.

As pesquisadoras **ADRIANA APARECIDA PAZ** (Fone: 9114.1521) e a Profa. Dra. **BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS** (Pesquisador Responsável - Fone: 3334.9016) da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) são as responsáveis por esse projeto de pesquisa, as quais asseguram de que o idoso, o cuidador e sua família não serão identificados e que se manterá o anonimato, bem como a privacidade. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento e que este formulário foi lido pela pesquisadora, enquanto eu e meu cuidador estávamos presentes.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2003

Nome: _____ Nome: _____

Assinatura do idoso

Assinatura do cuidador do idoso

Enfa. Mda. Adriana Aparecida Paz

Profa.Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

10.1.6.12003
mc 03135

G P P G - Recebido

09 JUN 2003

Por Marta nº 03-135

**APÊNDICE E – CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS DAS PESSOAS IDOSAS PARA
DIGITAÇÃO NO BANCO DE DADOS**

Quanto tempo levou para coletar os dados? Variável discreta medida em minutos

(99) Não coletado

Quem informou?

- (1) O mesmo
- (2) Conjugue
- (3) Amiga(o)
- (4) Filho(a)
- (5) Nora(genro)
- (6) Irmão(a)
- (7) Patroa
- (8) Neto(a)
- (9) Sobrinho(a)
- (99) Não registrado

Em que mês foi realizado a entrevista?

- (6) Junho
- (7) Julho
- (8) Agosto
- (9) Setembro
- (99) Não registrado

1 Qual o sexo do(a) idoso(a)?

- (1) Masculino
- (2) Feminino
- (99) Não registrado

2 Qual a idade do(a) idoso(a)? Variável discreta medida em anos

- (9) Não respondeu/não sabe

3 Qual a procedência do(a) idoso(a)?

- (1) Porto Alegre
- (2) Região Metropolitana
- (3) Interior do Estado
- (4) Outra Unidade Federativa
- (99) Não respondeu/não sabe

3.1 Em que zona da capital de Porto Alegre o(a) idoso(a) reside?

- (1) Zona Central
- (2) Zona Leste
- (3) Zona Norte
- (4) Zona Sul
- (99) Não se aplica

3.1.1 Em que bairro da zona central o(a) idoso(a) reside?

- (1) Centro
- (2) Menino Deus
- (3) Vila Ipiranga
- (4) Floresta
- (5) Azenha
- (6) Santana
- (7) Moinhos de Ventos
- (8) Bom Fim
- (99) Não se aplica

3.1.2 Em que bairro da zona leste o(a) idoso(a) reside?

- (1) Jardim Botânico
- (2) Santo Antonio
- (3) Partenon
- (4) Bela Vista
- (5) Bom Jesus
- (6) Lomba do Pinheiro
- (7) Três Figueirass
- (8) Auxiliadora
- (99) Não se aplica

3.1.3 Em que bairro da zona norte o(a) idoso(a) reside?

- (1) Jardim Sabará
- (2) Navegantes
- (3) Sarandi
- (4) Vila Safira
- (5) Jardim Leopoldina
- (6) Parque dos Maias
- (7) Passo D'Areia
- (8) Rubem Berta
- (9) Chapéu do Sol
- (10) Jardim Planalto
- (11) Morro Santana
- (12) São João
- (13) Jardim Ingá
- (14) Mário Quintana
- (15) São Geraldo
- (16) Higienópolis
- (17) Jardim Carvalho
- (18) IAPI
- (19) Vila Jardim
- (99) Não se aplica

3.1.4 Em que bairro da zona sul o(a) idoso(a) reside?

- (1) Glória
- (2) Restinga
- (3) Teresopolis
- (4) Medianeira
- (5) Carvalhada
- (6) Santa Teresa
- (7) Alto Petrópolis
- (8) Ipanema
- (9) Camaquã
- (10) Vila Assunção
- (11) Lami
- (12) São Sebastião
- (13) Campo Novo
- (14) Ipê
- (99) Não se aplica

3.2 Qual a cidade da região metropolitana o(a) idoso(a) reside?

- (1) Canoas
- (2) Viamão
- (3) Guaíba
- (4) Eldorado do Sul
- (5) Alvorada
- (6) São Leopoldo
- (7) Sapiranga
- (8) Novo Hamburgo
- (9) Gravataí
- (10) Triunfo
- (11) Barra do Ribeiro
- (12) Portão
- (13) Cachoeirinha
- (14) Barão do Triunfo
- (99) Não se aplica

3.3 Qual a região do interior do Rio Grande do Sul que o(a) idoso(a) reside?

- (1) Região Central
- (2) Região da Serra
- (3) Região Sul
- (4) Região Litoral Norte
- (5) Região dos Vales
- (6) Região das Missões
- (7) Região dos Pampas
- (8) Região dos Hidrominerais
- (99) Não se aplica

3.3.1 Qual a cidade da região central do Rio Grande do Sul que o(a) idoso(a) reside?

- (99) Não se aplica

3.3.2 Qual a cidade da região da serra do Rio Grande do Sul que o(a) idoso(a) reside?

- (1) Bom Jesus
- (2) Taquara
- (3) Canela
- (4) Nova Prata
- (99) Não se aplica

3.3.3 Qual a cidade da região sul do Rio Grande do Sul que o(a) idoso(a) reside?

- (1) Tapes
- (2) Mostardas
- (3) Cerro Grande do Sul
- (4) Butiá
- (99) Não se aplica

3.3.4 Qual a cidade da região litoral norte do Rio Grande do Sul que o(a) idoso(a) reside?

- (1) Maquiné
- (99) Não se aplica

3.3.5 Qual a cidade da região dos vales do Rio Grande do Sul que o(a) idoso(a) reside?

- (1) Porto Vera Cruz
- (2) Sinimbu
- (99) Não se aplica

3.3.6 Qual a cidade da região dos missões do Rio Grande do Sul que o(a) idoso(a) reside?

- (1) Boçoroca
- (99) Não se aplica

3.3.7 Qual a cidade da região dos pampas do Rio Grande do Sul que o(a) idoso(a) reside?

- (1) Itaqui
- (99) Não se aplica

3.3.8 Qual a cidade da região dos hidrominerais do Rio Grande do Sul que o(a) idoso(a) reside?

- (1) Erechim
- (99) Não se aplica

3.4 Qual a unidade federativa que o(a) idoso(a) reside?

- (1) Santa Catarina
- (99) Não se aplica

4 Qual a situação conjugal do(a) idoso(a)?

- (1) Casado ou mora com companheiro
- (2) Viúvo
- (3) Divorciado, separado ou desquitado
- (4) Nunca casou ou solteiro
- (99) Não respondeu/não sabe

5 Mudou a situação conjugal do(a) idoso(a) nos últimos 12 meses?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não respondeu

6 Qual o número total de filhos vivos do(a) idoso(a)? Variável discreta medida por unidade

- (99) Não respondeu/não sabe

7 O número de filhos do(a) idoso(a) que permaneceu o mesmo nos últimos 12 meses?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica

8 Qual o número de pessoas no domicílio do(a) idoso(a)? Variável discreta medida por unidade

- (99) Não respondeu/não sabe

9 Quantos anos o(a) idoso(a) frequentou a escola? Variável discreta medida em anos

- (99) Não respondeu/não sabe

10 Qual a ocupação profissional do(a) idoso(a)?

- (1) Aposentado
- (2) Pensionista
- (3) Autônomo
- (4) Dona de casa
- (5) Trabalhador do comércio
- (6) Trabalhador da indústria
- (7) Trabalhador rural
- (8) Profissional liberal
- (9) Serviços não especializados
- (10) Outro
- (99) Não respondeu/não sabe

10.1 Qual a ocupação profissional do(a) idoso(a) Outra. Qual?

- (99) Não respondeu/não sabe

11 Além da aposentadoria/pensão o(a) idoso(a) exerce alguma atividade remunerada?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não respondeu/não sabe

11.1 Qual a outra ocupação profissional do(a) idoso(a)? (mesmo código da ocupação profissional 10)

- (99) Não respondeu/não sabe

12 O(A) idoso(a) tem dificuldades financeiras para custear o tratamento?

- (1) Não, o idoso mantém o tratamento
- (2) Não, a família mantém o tratamento
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não respondeu

12.1 O(A) idoso(a) tem dificuldades financeiras para custear o tratamento? Qual?

- (1) Pouco/falta dinheiro
- (2) Medicamentos
- (3) Deslocamento
- (99) Não respondeu/não sabe

13 O(A) idoso(a) tem necessidade após a alta hospitalar de medicamentos?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não respondeu

14 O(A) idoso(a) tem dificuldades para obter/comprar medicamentos?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não respondeu

15 O(A) idoso(a) tem necessidade após a alta hospitalar de materiais/equipamentos?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não respondeu

15.1 Que tipo de materiais e/ou equipamentos?

- (1) Balança
- (2) Aparelho de Hemoglicoteste
- (0) Fraldas
- (1) Material para oxigenoterapia
- (2) Material para sondagem vesical de alívio
- (3) Material para traqueostomia
- (4) Cadeira de rodas
- (5) Nebulizador
- (6) Material para sonda nasoentérica
- (7) Cama hospitalar
- (8) Material para curativo
- (9) Material para jejunostomia/colostomia
- (10) Andador
- (11) Muletas
- (12) Perna mecânica
- (13) Colchão
- (14) Comadre/Papagaio
- (99) Não respondeu/não sabe

16 O(A) idoso(a) tem dificuldades para obter/alugar materiais e equipamentos?

- (15) Não
- (16) Sim
- (17) Não sabe
- (99) Não respondeu

17 O(A) idoso(a) tem necessidade após a alta hospitalar de cuidador formal?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não respondeu

18 O(A) idoso(a) tem dificuldades para pagar um cuidador formal?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não respondeu

19 e 20 Qual o código do diagnóstico médico primário/ secundário do(a) idoso(a) tem? Código CID-10:

- (1) I.50.0
- (2) I.35.0
- (3) I.20.9
- (4) Z.91.1
- (5) J.44.0
- (6) I.27.9
- (7) I.73.9
- (8) I.25.9
- (9) I.10
- (10) K.70.3
- (11) I.33.0
- (12) I.69.4
- (13) R.33
- (14) I.48
- (15) J.18.0
- (16) J.44.1
- (17) E.66.2
- (18) E.10.9
- (19) M.79.0
- (20) J.22.0

- (21) J.15.9
(22) K.74.6
(23) I.25.8
(24) R.00.1
(25) I.50.1
(26) C.50.9
(27) K.25.4
(28) I.82.8
(29) N.39.0
(30) J.44.9
(31) K.55.2
(32) E.86
(33) F.03
(34) D.50.9
(35) F.05.1
(36) E.11.2
(37) Z.72.0
(38) H.81.3
(39) M.31.4
(40) M.15.0
(41) E.66.9
(42) E.78.0
(43) B.02.9
(44) A.46
(45) I.89.0
(46) C.76.0
(47) I.64
(48) E.78.5
(49) C.31.9
(50) R.04.2
(51) I.61.2
(52) Q.28.2
(53) I.72.8
(54) I.20.0
(55) C.02.3
(56) T.18.0
(57) E.44.0
(58) E.83.5
(59) K.80.3
(60) R.19.0
(61) G.55.0
(62) C.18.6
(63) J.11.0
(64) N.39.4
(65) I.61.3
(66) N.55.1
(67) M.10.9
(68) D.43.0
(69) N.29.4
(70) E.03.9
(71) R.31
(72) D.68.3
(73) I.47.1
(74) Z.95.5
(75) M.81.9
(76) B.90.9
(77) I.50.9
(78) I.31.8
(79) I.21.9
(80) G.90.2
(81) J.38.0
(82) C.15.8
(83) T.46.0
(84) I.42.0
(85) R.13
(86) E.04.2
(87) I.51.9
(88) C.34.1
(89) K.80.2
(90) C.34.3
(91) N.18.2
(92) I.11.0
(93) E.11.8
(94) A.49.9
(95) A.18.0
(96) C.02.9
(97) N.13.9
(98) B.18.9
(99) Não tem
(100) G.40.9
(101) C.79.3
(102) N.20
(103) R.06
(104) E.87.5
(105) C.54.1
(106) R.22.9
(107) F.01.1
(108) A.19.2
(109) C.20
(110) C.38.4
(111) A.15.9
(112) A.26.0
(113) C.56.0
(114) A.09.0
(115) R.07.4
(116) J.81.0
(117) C.24.0
(118) C.92.0
(119) A.86.0
(120) D.45.0
(121) C.67.5
(122) J.93.9
(123) C.73.0
(124) J.06.0
(125) I.67.9
(126) D.89.0
(127) E.11.7
(128) I.97.0
(129) D.64.9
(130) C.64
(131) E.43
(132) F.32.9
(133) R.55
(134) E.11.8
(135) Z.95
(136) I.74.3
(137) G.60.8
(138) I.51.7
(139) C.16.9
(140) R.49.8
(141) N.40
(142) G.50
(143) H.26.9

19.1 e 20.1 Qual o diagnóstico médico primário/secundário?

- (1) Insuficiência cardíaca congestiva
- (2) Insuficiência cardíaca
- (3) Angina pectoris, não especificada
- (4) História pessoal de não aderência ao tratamento ou regime médico
- (5) Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior
- (6) Cardiopatia pulmonar, não especificada cor pulmonalle
- (7) Doenças vasculares periféricas, não especificada
- (8) Doença isquêmica do coração, não especificada
- (9) Hipertensão essencial primária
- (10) Cirrose hepática alcoólica
- (11) Endocardite infecciosa aguda e subaguda
- (12) Seqüelas AVC, não especificadas, como hemorrágico ou isquêmico
- (13) Retenção urinária
- (14) Flutter e fibrilação atrial
- (15) Broncopneumonia, não especificada
- (16) Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda, não especificada
- (17) Obesidade extrema com hipoventilação alveolar
- (18) Diabetes mellitus dependente - sem complicações
- (19) Reumatismo, não especificado
- (20) Infecções agudas, não especificada das vias aéreas inferiores
- (21) Pneumonia bacteriana não especificada
- (22) Outras formas de cirrose hepática e as não especificadas
- (23) Outras formas de doença isquêmica crônica do coração
- (24) Bradicardia não especificada
- (25) Insuficiência ventricular esquerda
- (26) Neoplasia maligna de mama
- (27) Úlcera gástrica
- (28) Embolia e trombose de outras veias especificadas
- (29) Infecção do trato urinário, não especificada
- (30) Doença pulmonar obstrutiva crônica, não especificada
- (31) Angioplastia do colon
- (32) Depleção de volume
- (33) Demência não especificada
- (34) Anemia por deficiência de ferro, não especificada
- (35) Delirium superposto e uma demência
- (36) Diabetes mellitus não-insulino dependente com complicações renais
- (37) Uso de tabaco
- (38) Outras vertigens periféricas
- (39) Síndrome do arco aórtico (Takayasu)
- (40) Osteo artrose primária generalizada
- (41) Obesidade, não especificada
- (42) Hipercolesterolemia pura
- (43) Herpes zoster - sem complicações
- (44) Erisipela
- (45) Linfedema não classificada em outra parte
- (46) Neoplasia maligna de cabeça, face e pescoço
- (47) AVC não especificada como hemorrágico ou isquêmico
- (48) Hiperlipidemia não especificada
- (49) Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões não especificada
- (50) Hemoptise
- (51) Hemorragia intracerebral hemisférica não especificada
- (52) Malformação arteriovenosa dos vasos cerebrais
- (53) Aneurismas de outras artérias especificadas
- (54) Angina instável
- (55) Neoplasia maligna dos terços anteriores da língua
- (56) Broncopneumonia não especificada
- (57) Desnutrição protéico-calórico moderado
- (58) Distúrbio do metabolismo do cálcio
- (59) Calculose via biliar com colangite
- (60) Massa, tumoração ou tumefação intrabdominal e pélvica
- (61) Compressões das raízes e plexos nervosos em doença neoplásica
- (62) Neoplasia maligna de colon descendente
- (63) Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca
- (64) Cistite por radiação
- (65) Hemorragia intracerebral do tronco cerebral
- (66) Transtornos do testículo e epidídimo em doenças classificadas em outra parte
- (67) Gota não especificada
- (68) Encéfalo, supratentorial
- (69) Calculose urinária não especificada
- (70) Hipotireodismo não especificada
- (71) Hematúria não especificada
- (72) Transtorno hemorrágico devido anticoagulantes
- (73) Taquicardia ventricular
- (74) Presença de implante e enxerto de angioplastia coroniana
- (75) Osteoporose não especificada
- (76) Seqüelas de tuberculose da via respiratória
- (77) Insuficiência cardíaca não especificada
- (78) Outras doenças especificadas do pericárdio - derrame peicárdio
- (79) Infarto Agudo do Miocárdio não especificado
- (80) Síndrome de homer
- (81) Paralisia das cordas vocais e da laringe
- (82) Neoplasia maligna de lesão invasiva do esôfago
- (83) Glicosídeos estimulantes do coração e substâncias de ação semelhante
- (84) Cardiomiopatia dilatada
- (85) Disfagia
- (86) Bócio não-tóxico multinodular
- (87) Cardiomegalia
- (88) Neoplasia maligna de lobo superior, brônquios e pulmão
- (89) Calculose de vesícula biliar sem colecistite
- (90) Neoplasia maligna de lobo inferior, brônquio
- (91) Insuficiência renal crônica não especificada
- (92) Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca congestiva com complicações não especificadas
- (93) Diabetes mellitus
- (94) Infecção bacteriana não especificada
- (95) Tuberculose óssea
- (96) Neoplasia maligna de língua não especificada

- (97) Uropatia obstrutiva e por refluxo não especificada
- (98) Hepatite viral crônica C
- (99) Não tem
- (100) Epilepsia não especificada
- (101) Neoplasia maligna secundária do encéfalo e meninges cerebrais - metastases cerebrais
- (102) Calculose no rim
- (103) Dispneia
- (104) Hiperpotassemia
- (105) Neoplasia maligna do endométrio
- (106) Tumefação, massa ou tumoração não especificada localizada no pulmão
- (107) Demência por infartos múltiplos
- (108) Tuberculose miliar aguda não especificada
- (109) Neoplasia maligna de reto
- (110) Neoplasia maligna de pleura
- (111) Tuberculose pulmonar com a confirmação por meio não especificado tratamento completo por seis meses
- (112) Erisipelóide cutânea
- (113) Neoplasia maligna de ovários
- (114) Diarréia e gastroenterite de origem especificada
- (115) Dor torácica não especificada
- (116) Edema pulmonar não especificado
- (117) Neoplasia maligna das vias biliares extra-hepáticas
- (118) Leucemia mielóide aguda
- (119) Encefalite viral não especificada
- (120) Policitemia vera
- (121) Neoplasia maligna bexiga, sem outra especificação
- (122) Pneumotórax não especificada
- (123) Neoplasia maligna da glândula tireóide
- (124) Infecção aguda das vias áreas superiores de localização múltipla não especificada
- (125) Outras doenças cerebrovasculares especificada
- (126) Hipergamaglobulinemia policlonal
- (127) Diabetes mellitus não-insulino dependente
- (128) Úlcera dos membros inferiores não classificados
- (129) Anemia não especificada
- (130) Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal
- (131) Desnutrição protéica calórica grave não especificada
- (132) Síncope e colapso
- (133) Episódio depressivo não-especificado
- (134) Transtorno mental não especificado
- (135) Presença de enxerto de marcapasso cardíaco
- (136) Embolia e trombose de artérias dos membros inferiores
- (137) Outras neuropatias hereditária e idiopática
- (138) Cardiomegalia
- (139) Neoplasia maligna do estomago não especificado
- (140) Outros distúrbios da voz não especificado
- (141) Hiperplasia de próstata
- (142) Nevralgia do trigêmio
- (143) Catarata não especificada

20.2 Qual a frequência de comorbidades no(a) idoso(a)? Variável discreta medida em unidade

- (99) Não se aplica

21 Quantos dias o(a) idoso(a) permaneceu hospitalizado? Variável contínua medida em dias

- (999) Não se aplica

22 O(A) idoso(a) foi encaminhado para continuar o tratamento em algum serviço de saúde?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não respondeu

23 Qual o serviço de acompanhamento ao idoso(a)?

- (1) Unidade básica de saúde
- (2) Ambulatório do Hcpa
- (3) Rede privada
- (4) Não sabe
- (99) Não se aplica

24 O(A) idoso(a) teve hospitalização nos últimos 12 meses?

- (1) Não
- (2) Sim
- (3) Não sabe
- (99) Não respondeu

25 Qual a frequência da hospitalização do(a) idoso(a) nos últimos 12 meses? Variável contínua medida por unidade

- (99) Não se aplica

26 Em que mês o(a) idoso(a) foi hospitalização nos últimos 12 meses?

- (1) Janeiro 2003
- (2) Fevereiro 2003
- (3) Março 2003
- (4) Abril 2003
- (5) Maio 2003
- (6) Junho 2002
- (7) Julho 2002
- (8) Agosto 2002
- (9) Setembro 2002
- (10) Outubro 2002
- (11) Novembro 2002
- (12) Dezembro 2002
- (13) Não lembra
- (99) Não se aplica

27 Qual o motivo da hospitalização do(a) idoso(a)?

- (1) Enfisema pulmonar
- (2) Infarto agudo do miocárdio
- (3) Hipertensão arterial
- (4) Angina pectoris
- (5) Pneumonia
- (6) Problemas hepáticos
- (7) Diarréia
- (8) Vômitos
- (9) Quimioterapia
- (10) Problemas cardíacos
- (11) Acidente vascular encefálico
- (12) Hemoptise
- (13) Radioterapia
- (14) Infecção urinária
- (15) Insuficiência cardíaca
- (16) Erisipela
- (17) Problemas respiratórios
- (18) Marcapasso
- (19) Stend
- (20) Nefrectomia
- (21) Problemas pós-operatórios
- (22) Trombose com amputação de membro inferior
- (23) Infecção pós-cirurgia
- (24) Câncer de intestino grosso/esôfago
- (25) Pé diabético
- (26) Problemas neurológicos
- (27) Insuficiência respiratória
- (28) Jejunostomia
- (29) Leucemia
- (30) Trombose venosa periférica
- (31) Cirurgia
- (32) Cateterismo
- (33) Fratura
- (34) Diabetes
- (35) Tuberculose
- (36) Desnutrição
- (37) Tontura
- (38) Osteoporose
- (99) Não lembra

28 Qual o tipo de cuidado ao(a) idoso(a)?

- (1) Cuidados mínimos
- (2) Cuidados intermediários
- (3) Cuidados semi-intensivos
- (4) Cuidados intensivos
- (99) Não avaliado

29 O(A) idoso(a) é incapaz de operar telefone mesmo com auxílio?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica, por não ter telefone

30 O(A) idoso(a) é incapaz de fazer compras ou necessita de auxílio?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica

31 O(A) idoso(a) é incapaz de planejar, preparar e servir as refeições ou necessita de auxílio?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica

32 O(A) idoso(a) é incapaz de ou não realiza qualquer atividade de manutenção da casa?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica

33 O(A) idoso(a) é incapaz de lavar quaisquer roupas?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica

34 O(A) idoso(a) é incapaz de utilizar quaisquer meios de transporte?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica

35 O(A) idoso(a) é incapaz de preparar ou tomar medicações ou necessita de auxílio?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica

36 O(A) idoso(a) é incapaz de manejar qualquer assunto financeiro, até mesmo para o dia-a-dia?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica

37 O(A) idoso(a) tem dependência na realização das atividades da vida diária?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não avaliado

38 Existe a necessidade de um cuidador após a alta hospitalar do(a) idoso(a)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não se aplica

39 Quem é o cuidador principal?

- (1) Não tem
- (2) Conjugue
- (3) Filho(a)
- (4) Nora (genro)
- (5) Neto (a)
- (6) Amigo(a)
- (7) Vizinho(a)
- (8) Outro
- (99) Não se aplica

39,1 Quem é o cuidador principal do(a) idoso(a)?**Quem é o outro?**

- (1) Irmão(ã)
- (2) Empregada
- (3) Subrinha(o)
- (4) Patroa
- (5) Ex-esposo
- (99) Não se aplica

40 Qual a idade do cuidador do(a) idoso(a)?

Variável discreta medida por unidade

- (99) Não respondeu/não sabe

41 Qual o sexo do cuidador do idoso(a)?

- (3) Masculino
- (4) Feminino
- (99) Não respondeu/não sabe

42 Existe um outro cuidador (secundário) ao(a) idoso(a) nos momentos em que o cuidador principal precisa se ausentar?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não se aplica

42.1 Existe um outro cuidador (secundário) ao(a) idoso(a) nos momentos em que o cuidador principal precisa se ausentar? Quem é?

- (1) Filha(o)
- (2) Neta(o)
- (3) Amigo(a)
- (4) Conjuge
- (5) Irmão(ã)
- (6) Nora
- (7) Quem estiver em casa
- (8) Subrinha(o)-neta(o)
- (9) Subrinha(o)
- (10) Vizinha(o)
- (11) Cunhada(o)
- (12) Empregada
- (99) Não se aplica

43 O(A) idoso(a) teve hospitalização no primeiro e no terceiro mês da alta hospitalar?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não se aplica

44 Qual a frequência da rehospitalização do(a) idoso(a) no primeiro e terceiro mês da alta hospitalar? Variável discreta medida por unidade

- (99) Não se aplica

45 O(A) idoso(a) foi à óbito no primeiro e no terceiro mês da alta hospitalar?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Não sabe
- (99) Não se aplica

As questões do Sistema de Classificação de Pacientes contempla 13 itens, sendo que cada uma apresenta cinco categorias

Valores de 1 a 5

- (99) Não avaliado

ANEXO A – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES (SCP), PROPOSTO POR PERROCA E GAIDZINSKI (1998)

Sistema de Classificação de Pacientes...	Márcia Galan Perroca; Raquel Rapone Gaidzinski
--	--

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

NOME

UNIDADE LEITO DATA

1 - Estado Mental e Nível de Consciência (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas)

() 1- Acordado : interpretação precisa de ambiente e tempo ; executa, sempre, corretamente. ordens verbalizadas ; preservação da memória .

() 2- Acordado : interpretação precisa de ambiente e tempo ; segue instruções corretamente apenas algumas vezes ; dificuldade de memória.

() 3- Acordado ; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos ; dificilmente segue instruções corretamente ; dificuldade aumentada de memória.

() 4- Acordado : interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente ; perda de memória.

() 5 - Desacordado : ausência de resposta verbal e manutenção de respostas à estímulos dolorosos ou ausência de respostas verbais e motoras.

2 - Oxigenação (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos)

() 1- Não requer oxigenoterapia.

() 2- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio sem necessidade de desobstrução de vias aéreas.

() 3- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio com necessidade de desobstrução de vias aéreas.

() 4- Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo orotraqueal .

() 5- Requer ventilação mecânica.

3 - Sinais Vitais (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central)

() 1- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 6 horas

() 2- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 4 horas

() 3- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 2 horas

() 4- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas

() 5- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.

162
Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.2, p.153-68, ago. 1998.

4 - Nutrição e Hidratação (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de enfermagem ou por meio de sondas e catéteres)

() 1- Auto-suficiente

() 2- Requer encorajamento e supervisão da enfermagem na nutrição e hidratação oral

() 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral

() 4- Requer auxílio da enfermagem na nutrição e hidratação oral e/ou assistência de enfermagem para alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma.

() 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para manipulação de catéteres periféricos ou centrais para nutrição e hidratação.

5 - Motilidade (capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com ou sem o auxílio de acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)

() 1- Auto-suficiente

() 2- Requer estímulo e supervisão da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.

() 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na movimentação de um ou mais segmentos corporais.

() 4- Requer auxílio da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais

() 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para movimentação de qualquer segmento corporal com a presença de aparelhos gessados, tração, fixador externo e outros, ou por déficit motor.

6 - Locomoção (habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só, com ou sem o auxílio de acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)

() 1- Auto-suficiente

() 2- Requer encorajamento e supervisão da enfermagem para a deambulação.

() 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores).

() 4- Requer o auxílio da enfermagem no uso de artefatos para a deambulação

() 5- Requer assistência efetiva de enfermagem para locomoção devido à restrição no leito.

7 - Cuidado Corporal (capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se)

() 1- Auto-suficiente

() 2- Requer supervisão de enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto.

() 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.

- () 4- Requer auxílio da enfermagem na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
- () 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito.

8 - Eliminações (habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinho, com auxílio do acompanhante ou da enfermagem ou por drenos e estomas)

- () 1- Auto-suficiente
- () 2- Requer supervisão e controle pela enfermagem das eliminações.
- () 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle, pela enfermagem, das eliminações
- () 4- Requer auxílio e controle pela enfermagem no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros.
- () 5- Requer assistência efetiva de enfermagem para manipulação e controle de catéteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária ou estomas.

9 - Terapêutica (utilização dos diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos)

- () 1- Requer medicação VO de rotina ou ID, SC ou IM.
- () 2- Requer medicação EV contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estoma.
- () 3- Requer medicação EV intermitente com manutenção de catéter.
- () 4- Requer uso de sangue e derivados ou expansores plasmáticos ou agentes citostáticos.
- () 5- Requer uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração.

10 - Educação à Saúde (habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre auto-cuidado)

- () 1- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão e aceitação das informações recebidas.
- () 2- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com dificuldades de compreensão mas com pronta aceitação das informações recebidas.
- () 3- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas certa resistência às informações recebidas.
- () 4- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas elevada resistência às informações recebidas.
- () 5- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas sem aceitação das informações recebidas.

11- Comportamento (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família)

Para preencher o indicador abaixo observe as conceituações :

ANSIEDADE - "vago sentimento de catástrofe iminente, apreensão ou sensação de pavor" (TAYLOR, 1992).

SINTOMAS DE ANSIEDADE - alteração da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarreia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV, 1995).

RETRAIMENTO SOCIAL - tendência ocasional para evitar contatos sociais ; funcionamento social diminuído.

IRRITABILIDADE - "Irritação : estado relativamente moderado de cólera, expressando-se sobretudo em formas verbais" (CABRAL;NICK,1979). Ex: exasperação, exaltação.

RETRAIMENTO SOCIAL AUMENTADO - tendência freqüente para evitar contatos sociais.

APATIA - "aparente insensibilidade a tudo o que provoca habitualmente no indivíduo um sentimento ou uma emoção" (FILLIOUD et al, 1981), indiferença. Ex: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza, medo, raiva.

PASSIVIDADE - "é uma predisposição para sofrer sem iniciativa nem esforço todas as influências exteriores" (FILLIOUD et al, 1981). Ex: Não reação diante de procedimentos de enfermagem, condutas médicas, hospitalização.

DESESPERANÇA - "estado subjetivo em que o indivíduo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar energia em seu próprio favor" (NANDA, 1986). Ex: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.

IMPÔTÊNCIA PSÍQUICA - "percepção de que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera, significativamente, um resultado ..." (NANDA, 1982). Ex: demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas ("não sei", "não vou conseguir", "não posso").

AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS - "coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostos dirigidos para a mesma pessoa, o mesmo objeto ou o mesmo objetivo ..." (DICIONÁRIO Médico Blakiston, 1982). Ex: afirmação/negação, aceitação/rejeição, amor/ódio, alegria/tristeza.

ISOLAMENTO SOCIAL - "privação de contatos sociais ..." (CABRAL; NICK, 1979).

()1- Calmo, tranqüilo: preocupações cotidianas

()2- Alguns sintomas de ansiedade (até 3) ou queixas e solicitações contínuas ou retraimento social.

()3- Irritabilidade excessiva ou retraimento social aumentado ou apatia ou passividade ou queixas excessivas.

()4- Sentimento de desesperança ou impotência psíquica ou ambivalência de sentimentos ou acentuada diminuição do interesse por atividades ou aumento da freqüência de sintomas de ansiedade (mais de 3 sintomas).

()5-Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde ou verbalizações hostis e ameaçadoras ou completo isolamento social.

12 - Comunicação (habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não verbal na interação humana)

- () 1- Comunicativo, expressa idéias com clareza e lógica.
- () 2- Dificuldade em se expressar por diferenças sócio-culturais; verbalização inapropriada.
- () 3- Recusa-se a falar; choroso; comunicação não verbal.
- () 4- Dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, disfasia, disartria) ou sensibilidade dolorosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.
- () 5- Inapto para comunicar necessidades.

13 - Integridade Cutâneo-Mucosa (manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição)

- () 1- Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as áreas do corpo.
- () 2- Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras) em uma ou mais áreas do corpo sem solução de continuidade
- () 3- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo sem presença de exsudato purulento
- () 4- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de áreas de necrose.
- () 5- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo; presença de áreas de necrose

AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO :

Cuidados Mínimos : 13 a 26 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto às necessidades humanas básicas;

Cuidados Intermediários : 27 a 39 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

Cuidados Semi-Intensivos : 40 a 52 pontos

- cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Intensivos : 53 a 65 pontos

- cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem permanente e especializada;

Total da pontuação :

Classificação :

Enfermeira :

ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NO GPPG/HCPA**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 03-135**Versão do Projeto:** 09/06/2003**Versão do TCLE:** 09/06/2003**Pesquisadores:**


BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS

ADRIANA APARECIDA PAZ

Título: CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS EM CONDIÇÃO DE ALTA HOSPITALAR ASSOCIADAS À REHOSPITALIZAÇÃO: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM DO ÂMBITO HOSPITALAR AO DOMICILIAR

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 10 de junho de 2003.


Prof. Themis Reverbel da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA