

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6801-6816>

# Perfil clínico epidemiológico de idosos atendidos em um hospital público da zona sul da cidade de São Paulo entre 2010 e 2016

Epidemiological clinical profile of the elderly attended at a public hospital in the south of the city of São Paulo between 2010 and 2016

Perfil clínico epidemiológico de las personas mayores tratadas en un hospital público en la parte sur de la ciudad de Sao Paulo entre 2010 y 2016

## RESUMO

**OBJETIVO:** Conhecer o perfil epidemiológico e demográfico do idoso que frequenta hospital geral, na periferia da cidade de São Paulo, Brasil. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo e analítico, realizado em um Hospital Público da Região Sul de São Paulo- SP, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016, com pessoas com mais de 60 anos. Utilizou-se teste não paramétrico de Kolmogorov – Smirnov. **RESULTADOS:** Os dados demográficos denotam que a maioria dos idosos que frequentam o hospital apresentaram agravos agudos, sendo prevalentes doenças cardiocerebrovasculares (30,25%), doenças do aparelho respiratório (13,39%), doenças infectocontagiosas (12,42%), doenças do trato gastrointestinal (9,68%), trauma (8%), doenças do aparelho urogenital (7,2%), câncer (3,25%). No estudo de prevalência de agravos agudos estratificado por décadas de vida encontrou-se: nos idosos acima de 80 anos um aumento da prevalência: doenças pulmonares, septicemias, doenças do aparelho geniturinário. **Conclusões:** As doenças cardio- vasculares são predominantes, seguidas das doenças do aparelho respiratório em um hospital público de periferia da cidade de São Paulo. O conhecimento deste perfil tem um potencial muito grande para administradores hospitalares organizarem seus serviços para atender de uma forma mais humanizada e eficiente este grupo de pacientes e serve de subsídio para as ações de atenção primária de saúde.

**DESCRITORES:** Idosos; Morbidades; Doenças e agravos não transmissíveis.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To know the epidemiological and demographic profile of the elderly who attend a general hospital, on the outskirts of the city of São Paulo, Brazil. **METHOD:** This is a descriptive and analytical cross-sectional observational study, conducted in a Public Hospital in the Southern Region of São Paulo- SP, from January 2010 to December 2016, with people over 60 years of age. A nonparametric kolmogorov - Smirnov test was used. **RESULTS:** Demographic data show that the majority of the elderly who attend the hospital presented acute diseases, with cardiocerebrovascular diseases (30.25%), respiratory diseases (13.39%), infectious diseases (12.42%), gastrointestinal tract diseases (9.68%), trauma (8%), urogenital diseases (7.2%), cancer (3.25%). In the study of prevalence of acute diseases stratified by decades of life, an increase in prevalence was found: in the elderly over 80 years: pulmonary diseases, septicemia, diseases of the genitourinary system. **CONCLUSIONS:** Cardiovascular diseases are predominant, followed by respiratory diseases in a public hospital on the outskirts of the city of São Paulo. The knowledge of this profile has a great potential for hospital administrators to organize their services to serve this group of patients in a more humane and efficient way and a subsidy for primary health care actions.

**DESCRIPTORS:** Elderly; General Hospital; Morbidities; Acute injuries.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Conocer el perfil epidemiológico y demográfico de los ancianos que asisten a un hospital general, en las afueras de la ciudad de São Paulo, Brasil. **METODO:** Se trata de un estudio observacional transversal descriptivo y analítico realizado en un Hospital Público de la Región Sur de São Paulo- SP, de enero de 2010 a diciembre de 2016, con personas mayores de 60 años. Se utilizó una prueba kolmogorov - Smirnov no paramétrica. **RESULTADOS:** Los datos demográficos muestran que la mayoría de los ancianos que asisten al hospital presentaron enfermedades agudas, con enfermedades cardiocerebrovasculares (30,25%), enfermedades respiratorias (13,39%), enfermedades infecciosas (12,42%), enfermedades del tracto gastrointestinal (9,68%), trauma (8%), enfermedades del sistema urogenital (7,2%), cáncer (3,25%). En el estudio de la prevalencia de enfermedades agudas estratificadas por décadas de vida, se encontró un aumento de la prevalencia: en los ancianos mayores de 80 años: enfer-

medades pulmonares, septicemia, enfermidades del sistema genitourinario. Conclusiones: Las enfermedades cardiovasculares son predominantes, seguidas de las enfermedades respiratorias en un hospital público en las afueras de la ciudad de Sao Paulo. El conocimiento de este perfil tiene un gran potencial para que los administradores de hospitales organicen sus servicios para atender a este grupo de pacientes de una manera más humana y eficiente y un subsidio para las acciones de atención primaria de salud.

**DESCRIPTORES:** Ancianos; Morbilidades; Enfermedades y lesiones no transmisibles.

**RECEBIDO EM:** 15/03/2021 **APROVADO EM:** 16/03/2021

### Renato Scarsi Testa

Médico, mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade de Santo Amaro (UNISA).  
ORCID: 0000-0002-5172-7037

### Neil Ferreira Novo

Dentista, Doutor em Ciências da Saúde pela UNIFESP, docente do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro (UNISA).  
ORCID: 0000-0001-7903-8156

### Yara Juliano

Administradora hospitalar, Doutor em Ciências da Saúde pela UNIFESP, docente do mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro (UNISA).  
ORCID: 0000-0002-8391-075X

### Cintia Leci Rodrigues

Biomédica, mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, docente do curso de Medicina na Universidade Santo Amaro (UNISA).  
ORCID: 0000-0001-8064-2203

### Jane de Eston Armond

Médica, Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo- USP, Diretora do curso de Relações Institucionais em Saúde da Universidade Santo Amaro, Docente da Pós graduação: Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro (UNISA).  
ORCID: 0000-0003-1561-8113

## INTRODUÇÃO

No Brasil, observou-se um aumento da população de 2,3% na década de 40, passando para 3% na década seguinte. A mortalidade reduziu em 25%, permanecendo a taxa de fecundidade com 6,2 filhos<sup>1</sup>, favorecendo as faixas mais jovens da população. Num período subsequente a redução da mortalidade ficou mais acentuada e taxa de fecundidade caiu, hoje em 1,8 filho por mulher. Tudo isso culminou, no início do século XXI, com o aumento do número de idosos. Segundo dados do IBGE sobre o envelhecimento no Brasil: em 2011 a população de idosos era de 23,5 milhões de habitantes e este número dobrou em relação a 1992<sup>2</sup>.

Omram<sup>3</sup> em 1971 propôs o termo: transição epidemiológica. Segundo o autor caracterizam esta fase a diminuição da natalidade da mortalidade o envelhecimento populacional e troca de maior causa de morte de doenças infectocontagiosas para doenças crônicas degenerativas. Nesta década acreditava-se que a expectativa de vida chegaria aos 70 anos e lentamente esse indicador subiria com o decorrer do tempo.

Em 1986 Olshanky<sup>4</sup> descreve uma quarta fase dentro da transição epidemiológica: 1- a fase das doenças degenerativas retardadas onde se verifica um rápido declínio das taxas de mortalidade nas idades avançadas e que ocorrem em ritmos semelhantes para homens e mulheres; 2- o padrão etário da mortalidade por causa permanece o mesmo do terceiro estágio, mas a distribuição etá-

ria das mortes por doenças degenerativas é desviada para idades mais avançadas; 3- aumentos relativamente rápidos na sobrevivência e os grandes matadores são as doenças do terceiro estágio as crônicas degenerativas.

Em artigo de 2007 sobre a transição epidemiológica no Brasil, Lebrão<sup>5</sup> descreve que pode se observar no mundo 3 tipos de transição: 1- Iniciação precoce (países europeus ocidentais); 2- iniciação tardia (América Latina e Caribe); 3- países que não iniciaram a transição epidemiológica (África). Profissionais que trabalham em hospital público começam a notar no seu dia-a-dia uma mudança. Hoje pessoas com mais de 60 anos são frequentes nestes serviços<sup>6,7,8</sup>.

A presente pesquisa foi realizada num hospital secundário e de ensino do sistema de saúde do Estado de São Paulo que tem sua

atuação na periferia da cidade de São Paulo. Nos últimos sete anos a demanda geral pelo atendimento no hospital só aumentou: em 2010 foram 15680 internações, no ano de 2016 foram 1824<sup>9</sup> internações quando se observa a faixa de pessoas acima de 60 anos em 2010 em números absolutos foram 3618 internações e em 2016 foram 4279 internações. Frente a este desafio, os pesquisadores propuseram-se verificar se há a presença do novo o perfil epidemiológico descrito por Omram<sup>3</sup> e Olshansky<sup>4</sup> e se o padrão da iniciação tardia descrita por Lebrão, dentro desta faixa etária de pessoas com mais de 60 anos, através das características clínicas epidemiológicas de pessoas que moram na periferia da região sul da cidade de São Paulo.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional de série histórica. Portanto se avaliou internações de adultos, entre os anos de 2010 a 2016. Os dados foram extraídos do prontuário eletrônico na forma do sistema MV<sup>®</sup> (são empresas de tecnologia da informação que desenvolvem programas de gestão permitem o planejamento de recursos executivos em um hospital por exemplo). Foi solicitado junto à informática

médica do hospital um relatório dos atendimentos de adultos com mais de 60 anos nos períodos de 1 de janeiro a 31 de dezembro dos seguintes anos: 2010 a 2016.

O tamanho da amostra atingido refere-se a 18.001 pessoas com mais de 60 anos, desta forma foi descrito com um bom poder de observação as características de idosos que frequentam um hospital público brasileiro localizado na periferia da cidade de São Paulo. Foram coletados os dados: número de atendimento, número de identificação do paciente, nome do paciente, idade, sexo, estado conjugal, data da internação, data de saída do hospital, bairro de residência, motivo principal de atendimento classificado pelo médico assistente, local de alta do paciente. Os autores classificaram o motivo de internação pelo código internacional de doenças CID 10 na forma de capítulos (A e B doenças infecto contagiosas, C neoplasias, D doenças hematológicas, E doenças endócrino metabólicas, F doenças psiquiátricas, G doenças neurológicas, H doenças do ouvido, I doenças do aparelho cardiocerebrovascular, J doenças do aparelho respiratória, K doenças do trato gastrointestinal, N doenças do aparelhos urogenital, R lesões inespecíficas, S

e T traumas e lesões externas). O hospital do Grajaú atende a população que mora na subprefeitura da capela do Socorro. Região no extremo Sul de São Paulo. Em 2010 os distritos do Grajaú, Cidade Dutra e Socorro tinham 594.930 habitantes. Havia uma taxa de mortalidade geral no distrito de Grajaú de 4,45 por mil habitantes, Cidade Dutra de 5,27 por mil habitantes e Socorro 8,74 por mil habitantes (município de São Paulo com taxa de 6,23). Nos três distritos as maiores causas de morte estão nas doenças do aparelho circulatório, seguido de doenças do aparelho respiratório e tumores, trauma vem na quarta posição. Quanto ao índice de envelhecimento (proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos) tem-se: Grajaú 31,46; Cidade Dutra 55,62; Socorro 128,95, o município de São Paulo tem um índice de 66,8<sup>9</sup>. Para comparar as variáveis qualitativas o teste qui-quadrado de Pearson. Para avaliação das variáveis qualitativas na estratificação da idade utilizou-se teste não paramétrico do Kolmogorov – Smirnov por aderência. Para variável quantitativa tempo de permanência utilizou-se a análise de variância Kruskal Wallis, apresentou-se a mediana nesta variável. Um valor de  $P < 0,05$  foi considerado significativo estatisticamente para esta análise. O projeto foi submetido aos comitês de ética em pesquisa da Universidade e do Hospital, obtendo CAEE: 65935517.0.0000.008.

## RESULTADOS

As principais características sociodemográficas das 27729 internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos entre os anos 2010 a 2016 no Hospital estão descritas na tabela 1. Chama atenção a proporção de pessoas que chegam aos 60 anos e não vivem com parceiros: 66,41%. Quanto ao gênero leve predomínio do sexo feminino: 50,11%. Quanto a distribuição pelas estações do ano, encontra-se uma distribuição homogênea, os fenômenos climáticos pouco interferem na necessidade de internações hospitalares.

Sobre os dados gerais pode-se afirmar que a alta hospitalar foram a maioria dos resultados alcançados pelo hospital públi-

Tabela 1- Características dos pacientes idosos no Grajaú, tempo de permanência hospitalar e mortalidade hospitalar deste grupo de pacientes. São Paulo-SP, 2021.

VARIÁVEL	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	9020	50,11%
Masculino	8981	49,89%
Total	18001	100%
<b>Estado conjugal</b>		
Com parceiro	3890	21,60%
Sem parceiro	12361	68,66%
Indeterminado	1750	9,74%
Total	18001	100%
<b>Local de internação no Hospital</b>		
Emergência	12956	46,72%
Cirurgia	3170	11,43%
Clínica	8558	30,86%
Ginecologia	475	1,71%
Ortopedia	1679	6,05%

UTI	576	2,10%
Outros	315	1,13%
Total	27729	100%
<b>Estação do ano</b>		
Verão	6670	24,05%
Primavera	6686	24,11%
Outono	7177	25,89%
Inverno	7196	25,95%
Total	27729	100%
<b>Desfecho hospitalar</b>		
Alta	20811	75,06%
Óbito > 24 horas	3879	13,98%
Transferência	1977	7,13%
Óbito < 24 horas	1062	3,83%
Total	27729	100%
<b>Bairros que compõem a subprefeitura da Capela do Socorro</b>		
Sim	13888	77,15%
Não	4113	22,85%
Total	18001	100%

Fonte: Autor, 2021.

co (75,06%). O total de óbitos foi 4941 (17,81%) da população estudada.

Na tabela 2, serão apresentados os dados em relação aos agravos em relação aos pacientes com mais de 60 anos.

A análise com qui quadrado de Pearson para desfecho hospitalar mortalidade (tabela 3). Foram encontradas diferenças significantes nas variáveis: estado conjugal, local de internação no hospital, tempo de permanência hospitalar. Para agravos agudos encontradas diferenças nas seguintes variáveis: cardiocerebrovasculares, doenças do trato gastrointestinal, doenças do trato geniturinário, trauma e neoplasias. Não foi encontrado diferenças significantes na mortalidade por sexo, e doenças do trato pulmonar.

Na análise estratificada pela idade (tabela 4) no estudo de variáveis demográficas e desempenho hospitalar encontrou-se:

- 1- A proporção de mulheres ultrapassa a de homens no terceiro estrato (acima de 80 anos de idade).
- 2- A proporção de idosos sem parceiro mantém-se constante nos 4 estratos, nos idosos com parceiros tem-se uma queda natural, a proporção de viúvos aumenta.
- 3- A proporção de idosos que tem internações completa no setor de emergências já aumenta no segundo estrato.
- 4- A proporção de alta hospitalar acompanha a interpretação assinalada no item anterior, com diferença significativa no teste não paramétrico.

Quanto aos agravos agudos e a estratificação por décadas de vida (tabela 5) podemos observar diferença significativa em todos agravos estudados. No entanto duas distribuições distintas apresentaram-se: Em um primeiro agrupamento tivemos aumento de proporção pela idade dos agravos pulmonares, infecto contagiosos, e do trato geniturinário. Em um segundo agrupamento tivemos diminuição da proporção por décadas de vida: neoplasias, trauma, doenças cardiocerebrovasculares e doenças do trato gastrointestinal.

Tabela 2 – Classificação quanto aos agravos agudos dos pacientes com mais de 60 anos no período de 2010 a 2016, feito por capítulos do CID 10. São Paulo-SP, 2021.

CAPÍTULO CID 10	N	%
I – Cardiocerebrovasculares	8389	30,25%
J-Doenças do aparelho respiratório	3715	13,39%
A+B- Septicemias e doenças infecto contagiosas	3445	12,42%
K- Doença do aparelho gastrointestinal	2685	9,68%
S+T- Fraturas e traumas	2220	8,00%
N- Doenças do aparelho urogenital	1999	7,20%
R- Causas inespecíficas	1413	5,09%
C- Neoplasias	902	3,25%
G- Doenças do aparelho neurológico	892	3,21%
E- Doenças endócrino-metabólicas	736	2,65%
L+M Doenças dos aparelhos locomotor e do tecido conectivo	430	1,55%
D- Doenças hematológicas	189	0,68%
F- Doenças psiquiátricas	138	0,49%
Z- Doenças relacionadas ao estilo de vida	40	0,14%
H- Doenças do ouvido	25	0,09%
Não classificado	511	1,84%
Total	27729	100%

Fonte: Autor, 2021.

## DISCUSSÃO

Os resultados na distribuição de preva-

lências de agravos agudo pelo Cid 10 para idosos são similares aos resultados encontrados em outros trabalhos<sup>6,7,8</sup>. Todos estu-

dos encontram uma proporção em torno de 30% de pacientes com problema cardiocerebrovasculares em hospitais gerais. As doenças do capítulo I acabam sendo a de maior mortalidade mundial<sup>11</sup> e do Brasil<sup>12</sup>. Doenças do capítulo I compõem o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e demais doenças cardíacas. A prevalência deste grupo de doenças crônico degenerativas tem se tornado muito importante entre idosos neste início de século XXI, trata-se de uma grande causa de internação hospitalar.

O paciente idoso no Grajaú tem leve predomínio do sexo feminino, mortalidade na faixa de 18% e tempo de permanência com mediana de 5 dias. Um estudo transversal<sup>13</sup> descreveu os resultados da enfermaria de Geriatria do hospital das Clínicas. Havia uma grande predominância feminina (63%), taxa de mortalidade de 17%, com tempo médio de permanência de 16 dias. Os dados não são comparáveis porque apesar do estudo do mesmo grupo de pacientes as características dos serviços são diferentes. O Grajaú é um hospital de comunidade inserido numa região periférica da cidade de São Paulo. A enfermaria de geriatria do Hospital das Clínicas está inserida dentro de um hospital terciário de complexidade maior no atendimento hospitalar oferecido ao idoso. Mesmo com estas diferenças grandes epidemiológicas interessante notar mortalidade similar.

Na parte analítica dos dados do hospital do Grajaú ficam evidentes os fatores que alteram a mortalidade hospitalar: o fato do paciente ser solteiro, ficar muito tempo internado no hospital, começar e terminar a internação no setor de emergências. Tem-se uma mortalidade maior que o número de altas os idosos que internam no hospital por agravos no câncer e doenças infecto contagiosas, que nesta faixa etária constituem muitos pacientes classificados com septicemia. O Grajaú tem uma mortalidade menor que o número de altas nas doenças cardiocerebrovasculares, trauma, doenças do trato gastrointestinal e do trato geniturinário. Em um estudo prévio<sup>13</sup> encontrou-se como preditores de mortalidade na população de idosos

Tabela 3- Associação das variáveis independentes sócio demográficas clínicas com a mortalidade intra-hospitalar no idoso no hospital do Grajaú de 2010 a 2016. São Paulo-SP, 2021.

VARIÁVEL	MORTALIDADE (%)	PROPORÇÃO DE ALTA (%)	X <sup>2</sup>	P
Gênero				
Feminino	16,25	83,75		
Masculino	16,54	83,45	0,36	0,56
Estado Conjugal				
Com parceiro	11,96	88,04		
Sem parceiro	21,55	78,45	125	<0,0001
Estação do ano				
Primavera	15,08	84,92		
Verão	16,19	83,80		
Outono	17,04	82,95		
Inverno	17,17	82,83	11,8	0,008
Setor de internação				
Emergências	19,66	80,34		
Demais setores	10,54	89,45	189	<0,0001
Tempo de internação				
>7 dias	23,50	76,50		
<7 dias	12,60	87,40	462	<0,0001
Subdistrito capela do Socorro				
Sim	16,71	83,29		
Não	15,37	84,62	5,47	0,019
Cardiocerebrovasculares	14,70	85,30		
Demais agravos agudos	17,09	82,91	19,96	<0,0001
Doenças infecto contagiosas	61,81	38,19		
Demais agravos agudos	9,72	90,28	5182	<0,0001
Doenças pulmonares	15,37	84,63		
Demais agravos agudos	16,57	83,42	3,01	0,08
Doenças do trato gastrointestinal	7,73	92,27		
Demais agravos agudos	17,44	82,56	154,78	<0,0001
Trauma	3,54	94,46		
Demais agravos agudos	17,44	82,56	227,90	<0,0001
Câncer	23,81	76,19		
Demais agravos agudos	15,96	84,03	31,34	<0,0001
Trato geniturinário	5,17	94,83		
Demais agravos agudos	18,41	81,58	424,86	<0,0001

Fonte: Autor, 2021.

Tabela 4- Proporção de prevalência estratificada por décadas de vida nos idosos atendidos no Hospital do Grajaú de 2010 a 2016. São Paulo-SP, 2021.

VARIÁVEL	PROPORÇÃO (%)	PROPORÇÃO (%)	PROPORÇÃO (%)	PROPORÇÃO (%)	*	
	60-69 ANOS	70-79 ANOS	80-89 ANOS	>90 ANOS	X <sup>2</sup>	P
Gênero						
Feminino	31,57	30,15	25,08	13,17		
Masculino	39,64	34,26	19,39	6,70	33,60	<0,01
Estado Conjugal						
Com parceiro	39,85	36,03	18,91	5,19		
Sem parceiro	39,02	35,24	12,84	12,88	107	<0,01
Estação do ano						
Primavera						
Verão	35,47	32,27	22,21	10,02		
Outono						
Inverno	35,71	32,13	22,27	9,87	0,07	NS**
Setor de internação						
Emergências	32,48	31,95	23,94	11,61		
Demais setores	38,39	32,43	20,71	8,45	152	<0,01
Desfecho Hospitalar						
Alta	37,90	32,57	21,12	8,40		
Óbito	23,62	30,93	28,24	17,19	402	<0,01
Subdistrito capela do Socorro						
Sim	36,67	32,94	19,89	10,53		
Não	32,25	29,93	29,50	8,28	112	<0,01
Mediana tempo de permanência em dias	4	4	4	4	H*** 0,27	0,96

Fonte: Autor, 2021. \*Teste de Kolmogorov- Smirnov duas amostras \*\* NS: Não significante \*\*\* Análise de variância: Kruskal- Wallis

Tabela 5- Proporção de prevalência estratificada por décadas de vida nos idosos atendidos no Hospital do Grajaú de 2010 a 2016. São Paulo-SP, 2021.

VARIÁVEL	PROPORÇÃO (%)	PROPORÇÃO (%)	PROPORÇÃO (%)	PROPORÇÃO (%)	*	
	60-69 ANOS	70-79 ANOS	80-89 ANOS	>90 ANOS	X <sup>2</sup>	P
Cardiocerebrovasculares	36,46	33,98	21,71	7,84		
Demais agravos agudos	35,22	32,20	22,24	9,94	33,56	<0,01
Doenças infecto contagiosas	25,74	30,58	27,80	15,85		
Demais agravos agudos	37,00	32,43	21,14	9,10	207	<0,01
Doenças pulmonares	27,29	31,25	26,40	15,04		
Demais agravos agudos	36,88	32,35	21,60	9,15	147	<0,01
Doenças do trato gastrointestinal	48,91	31,63	15,16	4,28		
Demais agravos agudos	34,17	32,26	23,00	10,55	210	<0,01
Trauma	44,46	30,15	16,74	8,64		
Demais agravos agudos	34,82	32,38	22,72	10,06	75,82	<0,01
Câncer	39,62	32,67	21,74	5,96		

Demais agravos agudos	35,46	32,91	20,65	10,08	8,76	<0,05
Trato geniturinário	29,37	33,46	24,62	12,53		
Demais agravos agudos	36,08	32,20	22,24	9,94	33,45	<0,01
Doenças cardíacas	37,67	33,99	21,33	6,80		
Doenças cerebrovasculares	9,68	46,77	32,00	11,53	460	<0,01

Fonte: Autor, 2021. \*Teste de Kolmogorov-Smirnov

estudada: delirium, doença neoplásica, nível de albumina <3,3 mg/dl, creatinina sérica >1,3 mg/dl, história de insuficiência cardíaca, imobilidade e idade avançada.

Estudo de coorte americano<sup>14</sup> descreve o impacto positivo do casamento em pacientes com câncer: casados descobrem a doença mais precocemente, conseguem fazer o tratamento até o fim (quimioterapia e cirurgia) numa frequência maior quando comparado ao grupo de solteiros. Segundo o IBGE<sup>15</sup>: O total de pessoas casadas na população brasileira supera a população de solteiros nas pessoas acima de 15 anos. Segundo a pesquisa por amostra de domicílios de 2009, num universo de 145,3 milhões de habitantes 45,8% ou 66,6 milhões, eram casados, e 42,8% do total, ou 62,2 milhões de pessoas eram solteiras. O levantamento apurou que os viúvos têm participação de 5,9% do total, seguidos por divorciados com fatia de 5,4%. O estudo no Grajaú sinaliza a importância da variável na população estudada, deve ser levada em conta no processo de atendimento do idoso na região da capela do socorro. Muitas vezes o idoso que é atendido no hospital pelo processo de doença sai do hospital com uma capacidade funcional reduzida, sem uma família para cuidar em casa, talvez esta observação tenha um impacto importante na mortalidade intra-hospitalar, solteiros ficam mais tempo internados no hospital e idosos com mais de 7 dias de internação tem uma mortalidade maior.

Na parte da estratificação por décadas de vida do idoso no Grajaú pode-se observar que homens e mulheres tem uma distribuição distinta, trata-se do segundo pico precoce de mortalidade masculina. O primeiro pico de morte precoce vem das mortes devido ao trauma e assassinato em adultos jovens<sup>16</sup>. Alguns estudos mostram que homens e mulheres têm uma vivência

distinta quando chegam a velhice<sup>17,18</sup>. Homens se cuidam menos e procuram serviços médicos em estados mais avançados de doença, mulheres se cuidam mais, começam a ter os agravos agudos letais em idades mais avançadas. Os dados do presente trabalho mostram que a prevalência masculina é maior nos dois primeiros estratos: 60 a 79 anos, já o predomínio feminino ocorre no estrato a partir de 80 anos.

A falta de planejamento para esta população mostra um fenômeno triste que de forma alguma podemos nos acostumar e achar comum. O hospital tem uma demanda maior que sua oferta de leitos. Acontece de muitas internações de idosos tornarem-se improvisadas no setor de emergências do hospital geral do Grajaú. A análise estratificada deixa claro que a partir do segundo estrato (acima dos 70 anos) já se observa o predomínio de internações no setor de emergências do hospital. No sistema público o idoso nunca é visto como prioridade. O próprio governo do estado de São Paulo tem o projeto: hospital amigo do idoso<sup>19</sup>. Trata-se de uma iniciativa muito interessante em quatro etapas de estruturação para organização hospitalar de atendimento de pessoas com mais de 60 anos.

Sobre o estudo da análise dos agravos agudos é notório observar o painel do que acontece com o idoso da região da capela do Socorro. Há uma tendência de aumento da doença crônica degenerativa não transmissível. Observa-se uma primeira onda de internações de idosos com doenças cardíacas, cerebrais, no trato gastrointestinal, trauma e câncer. Alguns vão ficar nestes agravos agudos, alguns responderão a terapêutica e seguirão acompanhando seus agravos crônicos e síndromes geriátricas, na segunda onda para os idosos muito longevos pode-se observar o aumento das prevalências de septicemia, doenças pul-

monares e doenças do trato geniturinário (infecções e insuficiência renal). Um estudo de coorte<sup>20</sup> foi feito o acompanhamento de pacientes que tiveram doença arterial coronariana. Os autores captaram pacientes em 2002 e os acompanharam por 10 anos. Neste período de tempo foi verificado que pacientes coronarianos tem uma probabilidade maior de vir a falecer de causas não cardiovasculares (21,3% versus 16,6% p=0,002). Há destaque para os quatro maiores motivos não cardiovasculares de morte: câncer, pneumonia, septicemia e doença renal.

Cabe destacar para o fato que transição tardia como descrita por Lebrão<sup>5</sup> já está presente neste hospital de periferia de São Paulo. Se verificarmos que cresce o número de internações hospitalares nos muitos idosos (pessoas com mais de 80 anos) por motivos respiratórios e renais (insuficiência renal e infecção no trato geniturinário). Observamos as 10 principais causas de morte no mundo temos que Câncer de Pulmão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Broncopneumonia ocupam respectivamente a quarta, a quinta e a sextas maiores causas de óbito em países com alta renda<sup>11</sup>. Doenças renais ocupam a nona maior causa de morte<sup>11</sup>. Na transição epidemiológica brasileira temos o momento descrito por Omram e Olshansky com pitadas de subdesenvolvimento social devido ao homicídio e acidentes de trânsito ocupam a sétima e décima maiores causas de óbito no Brasil<sup>12</sup>.

Limitações do estudo: o estudo tem o viés de informação, pois são situações médicas muito heterogêneas classificadas pelo corpo clínico do hospital. Diminui pouco a variação por se considerar o motivo principal para alta hospitalar, onde o paciente passou por várias avaliações clínicas e exames de propedêutica complementar. Considera-se o viés de sobrevivên-

cia, onde as doenças mais graves acabam matando os pacientes mais rapidamente e tem sua prevalência subestimada. No idoso a capacidade funcional é importante. O hospital tem instituído o “paliative performance scale” (PPS)<sup>21</sup> desde novembro de 2015, mas apenas uma mostra selecionada é feita esta avaliação da capacidade funcional, uma sugestão é a análise da capacidade funcional para todo paciente com mais de 60 anos que interna no hospital.

## CONCLUSÃO

Os dados permitem a reflexão no cuidar de pessoas com mais de 60 anos, emerge

necessidade de traçar diretrizes avançadas de vida, e necessidade de o profissional de saúde respeitar a autonomia de seu paciente. Hoje com o avanço na área de informática, observa-se que muitas informações sobre pacientes internados estão à disposição nos departamentos de tecnologia da informação dos hospitais. A informática permite também integrar esta rede, situação que não vemos hoje em dia. Deve-se abandonar o planejamento de saúde intuitivo tão comum no território brasileiro. O presente estudo mostra que há uma necessidade de se estudar semelhantes resultados em outros hospitais do estado de São Paulo e do Brasil. Presumindo a heteroge-

neidade do público idoso, acredita-se que sempre será possível encontrar diferenças entre os idosos nas diferentes localizações geográficas brasileiras. Os autores acreditam que as ações para este público devem ser implementadas conforme as características da população encontradas em semelhantes estudos observacionais. O idoso como a mulher grávida e as crianças são populações vulneráveis. A diferença que no momento o sistema público de saúde volta-se como prioridade as atenções as grávidas e crianças, as soluções para o público idoso são sempre procrastinadas para períodos econômicos melhores que nunca chegam em território nacional. ■

## REFERÊNCIAS

- Berquó ES, Balninger R. Os idosos no Brasil: considerações demográficas. Texto NEPO 37. Campinas: UNICAMP, 2000.
- Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: [www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoBrasil.pdf](http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoBrasil.pdf).
- Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971; 4(1): 509-38p
- Olshanky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1986;64 (3).
- Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde coletiva* 2007; 04(17):135-140.
- Kerkamp LL, Costa CKF, Massuda EM, Silva ES, Yamagushi MV, Bernuci MP. Perfil da morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32 (7):e 00044115, jul,2016
- Carmo CN, Hacon SS, Souza S, Jacobson LSV, Mourão DS, Ignotti E. Mortality due to cardiorespiratory diseases in elderly people in Mato Grosso state, 1986 to 2006. *Ver Saúde Pública* 2010; 44:1112-9.
- Jobim EFC, Souza VO, Cabrera AS. Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais gerais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Acta Sci Health Sci* 2010; 32:79-83.
- Braga R. Perfil de pacientes internados em um hospital público na região sul da cidade de São Paulo. [dissertação]. São Paulo. Universidade de Santo Amaro. Mestrado em Ciências da Saúde. 2016.
- Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Ver Saúde Pública* 2010;44(3):559-65.
- Dados sobre as maiores causas de mortalidade no mundo. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ver/>
- Dados sobre as maiores causas de mortalidade no Brasil. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>.
- Silva TJA, Jerussaliny CS, Curiate JAE, Jacob-Filho W. Predictors of in hospital mortality among older patients. *Clinics* 2009; 64 (7):613-8.
- Aizer AA, Chen MH, McCarthy E, Mendu ML, Koo S, White JJ, Graham PL, Chovieri TK, Hoffman KE, Martin NE, Jiu JC, Nequen PL. Marital Status and Survival in Patients with câncer. *J Clin Oncol* 2013; 31:3869-3876.
- Dados sobre nupcial idade no Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/idadãocia/noticias/08052002tabulacao.shtm>
- Silva MMA, Paiva EA, Neto OLM, Macarenhas MDM. Violências como um problema de saúde pública. In *Epidemiologia & Saúde*. Rouquayrol. MedBook Editora Científica Ltda. 7° ed. P423-446.
- Tavares DM, Ferreira PCS, Dias FA, Oliveira PB. Caracterização e distribuição espacial de homens octogenários. *Ver enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 jul./ago.; 22 (4):558-64.
- Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Ver Bras Enferm*.2007, 60:422-7.
- Dados sobre o selo Hospital amigo do idoso do estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/idadão/homepage/outros-destaques/selo-hospital-amigo-do-idoso>.
- Wang EY, Dixon J, Schiller NB, Whooley MA. Causes and Predictors of Death in Patients With Coronary Heart Disease ( from the Heart and Soul Study). *Am J Cardiol* 2017; 119:27-34
- Victoria Hospice Society. Paliative Performance Scale (PPSV2). Vol 2004: Victoria Hospice Society; 2001.