

# Perfil de internação de idosos

## *Profile of Hospitalization of the elderly*

Juliana Junqueira Marques Teixeira<sup>1</sup>, Gabriela Cunha Fialho Cantarelli Bastos<sup>1</sup>, Ana Carolina Leite de Souza<sup>1</sup>

*Recebido do Hospital de Urgências de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil.*

### RESUMO

**OBJETIVO:** Descrever as causas de internação de idosos. **MÉTODOS:** Estudo descritivo e retrospectivo sobre as causas de internação em pacientes a partir de 60 anos em Goiânia (GO), de 2008 a 2015, conforme registro do Sistema de Informações sobre Autorizações de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. **RESULTADOS:** Foram registradas 186.202 internações. As principais causas de hospitalização foram, em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. **CONCLUSÃO:** O conhecimento das causas de internação de idosos em Goiânia permitiu repensar o modelo de atenção, incorporando novas estratégias de cuidados que permitam estabelecer uma abordagem sistematizada para avaliação e manejo de condições geriátricas.

**Descritores:** Idoso; Hospitalização; Serviço hospitalar de emergência; Avaliação geriátrica/estatística & dados numéricos

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To describe the causes of elderly hospitalization. **METHODS:** A descriptive and retrospective study about the causes of hospitalization in patients aged 60 years old or more in the city of Goiânia-GO, from 2008 to 2015, according to a register of the Information System on Authorizations of Hospital Information of the Unified Health System. **RESULTS:** There were 186,202 admissions recorded. The leading causes of hospitalization were, in descending order: Diseases of the circulatory system, neoplasms and respiratory diseases. **CONCLUSION:** Knowledge of causes of elderly hospitalization in Goiânia allowed us to rethink the model of

care by incorporating new strategies of care, which establish a systematic approach to assessment and management of geriatric conditions.

**Keywords:** Elderly people; Hospitalization; Emergency service, hospital; Geriatric assessment/statistics & numerical data

### INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países do mundo com ritmo mais acentuado de envelhecimento, o que implica em predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como as principais causas de óbito e incapacidade prematura nas últimas décadas. Não é possível atender a este público de forma satisfatória, ignorando que esta parcela da sociedade necessita de uma assistência diferenciada.<sup>(1-3)</sup> Por isto, é imperativo repensar o modelo atual dos serviços de saúde. As particularidades de atendimento aos pacientes idosos são inúmeras. Em um cenário de multimorbidades e polifarmácia, o suporte clínico deve ser complexo, abrangente, voltado não apenas para o atendimento ambulatorial, mas também para o âmbito hospitalar. Esta complexidade assistencial reflete em um aumento dos gastos públicos em saúde e assistência social, o que tem sido visto, muitas vezes, como ameaça à estabilidade econômica mundial do século 21.<sup>(4,5)</sup>

A hospitalização de um paciente idoso difere-se substancialmente da esperada para o jovem, por uma série de razões, que se distribuem por todas as etapas de sua passagem pelo ambiente hospitalar. Entre adultos jovens, a maioria das internações não eletivas deve-se a *status* de instalação recente e com elevado potencial de resolução e reabilitação (infecção, traumas, trabalhos de parto, emergências cirúrgicas etc.).<sup>(5)</sup> Entre idosos, a maioria das internações não eletivas deve-se à descompensação de doenças crônicas, ou a situações agudas que podem ser complicadas, tanto por suas comorbidades como pelas próprias circunstâncias relacionadas à internação.<sup>(6)</sup> O tempo médio de permanência de idosos no hospital costuma ser superior ao dos pacientes jovens, e os idosos apresentam também maior suscetibilidade a agravos nosocomiais e iatrogenias. Por fim, após a alta hospitalar, pessoas idosas estão mais sujeitas a apresentarem declínio funcional, recaídas (e consequentes reinternações), institucionalização e óbito. O papel da internação no declínio funcional se dá por diversos fatores iatrogênicos, como excessivo tempo restrito ao leito, privação do sono, isolamento, desnutrição e tratamento medicamentoso.<sup>(7)</sup>

Os cuidados com idosos hospitalizados demandam abordagem sistematizada para avaliação e manejo de condições clínicas geriátricas, e a necessidade de implementar alterações estruturais

1. Hospital de Urgências de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil.

Data de submissão: 19/10/2016 – Data de aceite: 21/10/2016

Conflito de interesse: não há.

Fonte de financiamento: não há.

#### Endereço para correspondência:

Gabriela Cunha Fialho Cantarelli Bastos  
Avenida T-10, 208, Edifício New Times Square, sala 1.408 – Setor Bueno  
CEP: 74.223-060 – Goiânia, GO, Brasil  
Tel.: (62) 8122-0010 – E-mail: gabycantarelli@gmail.com

especialmente delineadas para atender as necessidades desta população vulnerável e com condições clínicas complexas. Por isto, torna-se importante conhecer as principais causas de internação desta população.<sup>(8)</sup> O objetivo deste estudo foi descrever as causas de internação de idosos.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, que avalia a distribuição das doenças em internação hospitalar de pacientes idosos no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2015 no município de Goiânia (GO). Foram considerados para análise pacientes idosos a partir dos 60 anos submetidos à internação em hospitais (tanto da rede pública como privada). Foi utilizado um banco de dados de abrangência nacional, o Sistema de Informações sobre Autorizações de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).<sup>(8)</sup>

Neste estudo, foram consideradas as seguintes variáveis: sociodemográficas (faixa etária segundo o SIH-SUS: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais); e epidemiológicas (caráter de atendimento: todas categorias, a saber: atendimentos eletivos, urgências, acidente de trabalho, outros tipos de acidentes de trânsito, outros tipos de lesões por envenenamento ou acidentes químicos e físicos; regime de atendimento: público ou conveniado com o SUS; causas de internação: analisadas de acordo com os Capítulos do CID-10) (Quadro 1).<sup>(9)</sup>

**Quadro 1.** Capítulos de morbidades e Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde.

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II. Neoplasias (tumores)
III. Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
V. Transtornos mentais e comportamentais
VI. Doenças do sistema nervoso
VII. Doenças do olho e anexos
VIII. Doenças do ouvido e apófise mastoide
IX. Doenças do aparelho circulatório
X. Doenças do aparelho respiratório
XI. Doença do aparelho digestivo
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV. Doenças do aparelho geniturinário
XV. Gravidez, parto e puerpério
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
XXI. Fatores que influenciam no estado de saúde e no contato com os serviços de saúde

Os dados foram analisados de acordo com as variáveis apresentadas na distribuição das frequências absolutas e relativas. Foram tabulados e analisados pelo Tabnet Win32 2.4 - Informação em Saúde e o Microsoft Office 2007. Para uma melhor visualização dos resultados, foram construídos gráficos e tabelas.

## RESULTADOS

No município de Goiânia, de janeiro de 2008 a janeiro de 2015, foram registradas 186.202 internações hospitalares. A tabela 1 descreve os valores relativos e absolutos do número de internações por capítulo do CID-10.

Houve registro de internações referentes aos Capítulos XV e XVI do CID-10, que discorrem sobre “Gravidez, parto e puerpério” e “Algumas afecções originadas no período perinatal”, respectivamente. Tal fato pode corresponder a equívocos de preenchimento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

As cinco principais causas de internação estão descritas na tabela 2. Houve um total de 51.044 registros de internação por doenças do aparelho circulatório, o que correspondeu a 27,41% do total de hospitalizações, ficando em primeiro lugar dentre as causas que levaram idosos a serem hospitalizados neste período. Em segundo lugar, com 25.896 internações, ficaram as causas relacionadas a neoplasias, correspondendo a 13,90% do valor total. As doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 22.173 internações, valor equivalente a 11,90% do total de hospitalizações, sendo a terceira principal causa de internação em idosos neste período. Ocupando o quarto lugar, ficaram lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas, com 16.859 internações (9,05% de valor relativo). As doenças do aparelho digestivo ocuparam o quinto lugar, com valores absoluto e relativo de 16.833 e 9,04%, respectivamente.

A tabela 3 analisa a distribuição das internações hospitalares por grupos etários, conforme intervalos de idade disponibilizados para consulta no DATASUS. Independente do grupo etário, as “Doenças do aparelho circulatório”, “Neoplasias”, “Doenças do aparelho respiratório”, “Doenças do aparelho digestivo” e “Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas” permaneceram como as cinco principais causas de internação. As “Doenças do aparelho circulatório” predominam em todos os intervalos de faixas etárias. Entretanto, os grupos diferenciam-se em relação à ordem das demais causas de internação, conforme ilustrado na figura 1.

A proporção de internações por neoplasias foi maior na faixa etária de 60 a 69 anos (22%) e decresceu nos grupos subsequentes (19% no grupo de 70-79 anos e 15% no grupo > 80 anos). Já as internações por doenças do aparelho respiratório cresceram proporcionalmente nos grupos etários mais velhos, correspondendo a 11% das internações na faixa de 60 a 69 anos, 18% na faixa 70 a 79 anos, chegando a 28% das internações de pacientes > 80 anos (número que mais se aproximou da proporção de internações por doenças do aparelho circulatório). As causas de internação devido a “Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas” tiveram proporção semelhante em todos os grupos (14% nas internações na faixa entre 60 e 69 anos, 12% nas internações entre 70 e 79 anos e 12% nas

internações > 80 anos). Finalmente, as causas de internação por doenças do aparelho digestivo sofreram redução da proporção nas faixas etárias mais avançadas, sendo responsáveis por 14% das internações entre 60 e 69 anos, 12% das internações entre 70 e 79 anos e apenas 9% das internações > 80 anos.

## DISCUSSÃO

A longevidade representa uma das mais importantes conquistas do século passado e um dos maiores desafios para o século 21. A mudança demográfica provoca impacto em todas as políticas públicas, incluindo, além da saúde, as áreas da educação, família, trabalho, previdência e assistência. Na saúde, as DCNT são crescentes. Em 2010, dos 52,8 milhões de mortes em todo o mundo, 34,5 milhões foram atribuídos a este conjunto de doenças. Já o número de anos perdidos por doença, incapacidade e

morte prematura relacionado às DCNT aumentou de 43%, em 1990, para 54%, em 2010. A proporção de anos vividos com incapacidade por pessoa é 40% maior em países de baixa/média renda, devido a maior prevalência das DCNT (principalmente doenças cardiovasculares, respiratórias e infecciosas).<sup>(10)</sup>

Para enfrentar este processo generalizado e duradouro, é preciso repensar o modelo de atenção à pessoa idosa, incorporando novas estratégias e perspectivas de cuidados. O centro de atenção deve deixar de ser a doença e passar a contemplar o idoso de forma holística, com envolvimento da família, do cuidador e da comunidade. O atendimento e o apoio devem incluir centros-dia e centros-noite, cuidadores profissionais, cuidadores comunitários e hospitais com leitos para pacientes crônicos temporários, dentre outras medidas.<sup>(7)</sup>

Muitas vezes, o enfoque restrito a um único diagnóstico registrado durante a hospitalização do idoso não capta inteira-

**Tabela 1.** Distribuição das causas de internações hospitalares de idosos

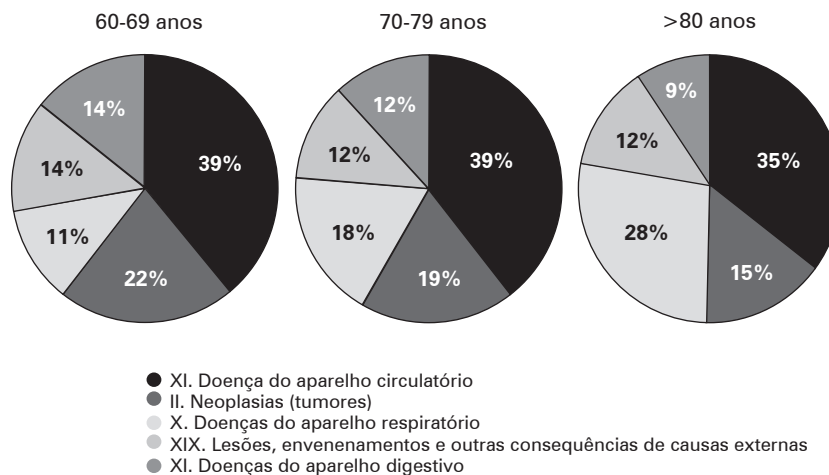
Capítulo	Internações n (%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10.158 (5,45)
II. Neoplasias (tumores)	25.896 (13,90)
III. Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1.547 (0,83)
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6.749 (3,62)
V. Transtornos mentais e comportamentais	2.216 (1,19)
VI. Doenças do sistema nervoso	4.900 (2,63)
VII. Doenças do olho e anexos	4.236 (2,27)
VIII. Doenças do ouvido e apófise mastoide	60 (0,03)
IX. Doenças do aparelho circulatório	51.044 (27,41)
X. Doenças do aparelho respiratório	22.173 (11,90)
XI. Doença do aparelho digestivo	16.833 (9,04)
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.836 (0,98)
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	6.607 (3,54)
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	11.317 (6,07)
XV. Gravidez, parto e puerpério	7 (0)
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	242 (0,12)
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anormalidades cromossômicas	470 (0,25)
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	2.247 (1,20)
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	16.859 (9,05)
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	55 (0,02)
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	750 (0,40)

**Tabela 2.** As cinco principais causas de internações hospitalares em idosos

Capítulo do CID-10	Valor absoluto	Valor relativo
Doenças do aparelho circulatório	51.044	27,41
Neoplasias (tumores)	25.896	13,90
Doenças do aparelho respiratório	22.173	11,90
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	16.859	9,05
Doença do aparelho digestivo	16.833	9,04
Demais agravos	53.397	28,67

**Tabela 3.** Distribuição das doenças relacionadas às internações hospitalares de idosos

Capítulo	60-69 anos	70-79 anos	>80 anos
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.595	3.565	1.998
II. Neoplasias (tumores)	13.579	8.842	3.475
III. Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	666	550	331
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.943	2.448	1.358
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.836	344	36
VI. Doenças do sistema nervoso	2.333	1.731	836
VII. Doenças do olho e anexos	2.226	1.560	450
VIII. Doenças do ouvido e apófise mastoide	43	15	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	24.477	18.410	8.157
X. Doenças do aparelho respiratório	7.222	8.539	6.412
XI. Doença do aparelho digestivo	9.102	5.587	2.144
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	937	628	271
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2.672	2.134	1.801
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5.567	3.881	1.869
XV. Gravidez, parto e puerpério	4	1	2
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	86	93	63
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anormalidades cromossômicas	298	137	35
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1.113	711	423
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	8.504	5.488	2.867
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	31	15	9
XXI. Fatores que influenciam no estado de saúde e no contato com os serviços de saúde	399	251	100

**Figura 1.** Distribuição das cinco principais causas de internação por faixa etária.

mente as razões que promoveram a internação, e nem justificam a evolução clínica e o estado de saúde do paciente. Em adição aos problemas primários que provocaram a hospitalização, o efeito das comorbidades deve ser considerado. Múltiplas doenças (multimorbidades) promovem o uso de polifarmácia, com risco aumentado de desentendimento e confusão com o esquema terapêutico proposto, má aderência e maior chance de iatrogenias. Idosos estão em risco aumentado para declínio funcional, mesmo após lesões traumáticas relativamente menores. Esforços devem ser feitos por toda equipe de saúde para que

eles permaneçam agentes ativos de seu próprio cuidado. Deve fazer parte destes esforços a atuação de equipe multiprofissional e profissionais na área de geriatria.<sup>(6)</sup>

Em pacientes mais idosos, principalmente naqueles com mais de 75 anos, condições comuns, como défices auditivo e visual, prejuízo na mobilidade e risco de quedas, desnutrição, incontinência, depressão, prejuízo cognitivo e funcional, frequentemente acontecem concomitantes às doenças crônicas que provocaram as hospitalizações. Isto implica internações mais prolongadas, com maior risco de mortalidade, regimes terapêu-



ticos complexos, mais onerosos e de incapacidade funcional no momento da alta hospitalar (retorno para unidade de origem – seja domicílio ou Instituição de Longa Permanência, com nível maior de dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária).<sup>(11)</sup>

É importante ressaltar que a população idosa também está envelhecendo e, atualmente, o segmento etário de maior crescimento populacional é o de pessoas com mais de 80 anos (ou seja, o perfil dos idosos muito velhos),<sup>(2)</sup> o que implica, então, em ampliação do perfil de pacientes com maior risco de fragilidade (ou seja, de vulnerabilidade a desfechos clínicos desfavoráveis). Apesar desta tendência demográfica em Goiânia, pela predominância de idosos mais jovens na população geriátrica, ainda observa-se a preponderância de hospitalizações de idosos entre 60 e 69 anos com as diversas morbidades (Tabela 3).

A maioria dos diagnósticos relacionados à hospitalização dos idosos é relacionada à doenças crônicas e às condições respiratórias.<sup>(12)</sup>

Em relação às causas mais comuns de internações, destacam-se as doenças do aparelho circulatório. Tal dado está em consonância com outros achados da literatura no Brasil e no mundo. O estudo de Silveira et al. levantou as principais causas de internação no Brasil de 2002 a 2011 e demonstrou que elas correspondiam às doenças do aparelho circulatório. Além disto, outro estudo que avaliou os principais agravos em idosos de 1998 a 2005 em cidade do Paraná também observou predominância de acometimentos cardiovasculares. Estudo prospectivo realizado na Grécia identificou achados semelhantes, com maior prevalência de internações por doenças do aparelho circulatório.<sup>(5,13-15)</sup>

Atenção deve ser dada, portanto, em relação ao predomínio expressivo das doenças do aparelho circulatório como causas de internação destes idosos, reforçando a falência das metas de controle rigoroso dos fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, dislipidemia e demais componentes da síndrome metabólica, pelos programas de saúde pública.

Outro destaque, ocupando quarta colocação das doenças, citam-se as “Lesões por envenenamento e outras consequências de causas externas”, o que pode ser justificado pela violência urbana, pela falta de segurança no trânsito e pelas quedas nos diversos ambientes, inclusive domésticos, com suas repercussões clínicas muitas vezes catastróficas na saúde do idoso.

A pneumonia mantém-se como a doença infecciosa aguda de maior impacto médico-social quanto à morbidade e a custos relacionados ao tratamento. Os grupos etários mais suscetíveis a complicações graves (e consequentes hospitalizações) situam-se entre os extremos de idade, fato que tem justificado a adoção de medidas de prevenção dirigidas a estes segmentos populacionais.<sup>(12,16)</sup> A vacina anti-influenza pode ser ministrada para todos aqueles que desejarem reduzir os riscos de contrair gripe e que têm risco elevado de complicações ou de transmitir os vírus para outrem. Sua aplicação anual sistemática tem sido direcionada para grupos de indivíduos com maior risco de contrair influenza e de ter suas complicações, entre eles os idosos e os portadores de enfermidades crônicas pulmonares (inclusive asma), cardiovasculares (exceto hipertensão arterial sistêmica), renais, hepáticas, hematológicas e metabólicas (inclusive *diabetes mellitus*).<sup>(17)</sup>

A insuficiência cardíaca é uma doença prevalente em idosos e um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O aumento de sua prevalência nos idosos pode ser explicada pelos avanços no tratamento e na prevenção de doenças cardiovasculares, permitindo a melhora da expectativa de vida e evidenciando maior número casos de insuficiência cardíaca. Ainda, a insuficiência cardíaca nos idosos está associada à maior mortalidade e mais gastos públicos, devido às internações prolongadas e repetidas.<sup>(18)</sup>

Relativo ao Capítulo XIX do CID-10, que se refere às “consequências de causas externas”, ressaltam-se as fraturas, e, neste contexto, deve ser dada atenção à osteoporose. Muitas fraturas no idoso caracterizam-se por serem decorrentes de baixo impacto, que não justificariam tais desfechos em condição óssea normal. Além disso, são importantes os fatores relacionados às quedas, como a redução da acuidade visual, a perda de massa muscular (principalmente das fibras musculares tipo 2, que são as de contração rápida), a menor velocidade de marcha, as alterações do sistema vestibular e da propriocepção, a incontinência urinária e os fatores extrínsecos (como algumas doenças, iatrogenia e polifarmácia), como responsáveis pelo aumento do risco que podem complicar com fraturas.<sup>(6,18)</sup> É importante lembrar que, além das quedas, os acidentes de trânsito (sejam por colisão de veículos e/ou motos ou por atropelamentos) e a violência urbana também são as causas de fratura de membros. Isto aponta para necessidade imperativa de se aperfeiçoarem políticas públicas, visando à mobilidade urbana segura para toda a sociedade, em especial para o segmento etário de maior vulnerabilidade.

O papel das neoplasias como causa de hospitalizações em idosos também é importante. Deve-se considerar que o avanço da idade amplia o risco para muitas doenças neoplásicas que frequentemente são detectadas durante internações decorrentes de intercorrências clínicas agudas secundárias à doença neoplásica, até então oculta. Ainda, deve ser ressaltado o maior potencial de complicações clínicas inerentes aos tratamentos propostos (quimioterapia, radioterapia ou procedimento cirúrgico), com internações mais prolongadas e onerosas dos pacientes idosos.<sup>(6,19)</sup>

Para finalizar, as doenças respiratórias (bronquite, enfisema e outras doenças) e do aparelho digestivo (colecistite, colelitíase, entre outras) também demonstram impacto como entidades nosológicas consequentes à senilidade.

Uma limitação presente neste estudo foi a dependência do correto preenchimento das AIH no momento da solicitação das internações hospitalares. Nota-se que houve, no período analisado, hospitalizações registradas como decorrentes de ‘Gravidez, parto e puerpério’ e ‘Outras afecções originadas no período perinatal’, o que não é compatível com a faixa etária analisada no estudo.

## CONCLUSÃO

Os cuidados de saúde à pessoa idosa com doenças crônicas são onerosos e, muitas vezes, de qualidade inferior ao ideal. O atendimento simplista ao idoso implica em maior recorrência da necessidade de atendimentos ambulatoriais e de emergência, com sobrecarga ao sistema de saúde. Os departamentos de

emergência têm aumentado gradativa e exponencialmente o número de atendimentos a este grupo etário. Esta tendência é problemática, devido aos maiores custos, à maior vulnerabilidade a iatrogenias e aos maiores índices de hospitalizações. Portanto, reduzir as visitas ao pronto-socorro é desejável, tanto na perspectiva individual do paciente, como na dos cuidadores e da sociedade.

O treino e a experiência em geriatria e gerontologia aperfeiçoam o acesso ao universo geriátrico amplo (funcionalidade, cognição, *status* físico e suporte social) e a abordagem complexa do paciente idoso, com impacto em reduzir intercorrências clínicas agudas, reduzir frequência e tempo hospitalização. Por isto, mais investimentos em formação de especialistas (tanto de médicos geriatras, quanto de outros profissionais gerontólogos) é imprescindível para suporte clínico adequado a este perfil de paciente.

O conhecimento do perfil de internação hospitalar de pacientes idosos em Goiânia permitiu repensar o modelo de atenção à pessoa idosa, incorporando novas estratégias e perspectivas de cuidados de forma a estabelecer uma abordagem sistematizada para avaliação e manejo de condições clínicas geriátricas. Isto viabiliza a elaboração de políticas de saúde que atendam às demandas do atual modelo demográfico-epidemiológico brasileiro. É importante que haja reforço nas medidas de prevenção e promoção de saúde, além de disponibilização de mais serviços de reabilitação que atendam a demanda progressiva de incapacidade funcional, e o aprimoramento do sistema hospitalar, para atendimento pleno e eficiente das necessidades do paciente idoso.

## REFERÊNCIAS

1. United Nations. World population prospects: the 2010 revision. [cited 2012 Jun 21]. New York: United Nations; 2011. Available from: <http://www.esa.un.org/unpd/wpp>
2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do século XX. Brasília, DF; 2003. [citado 2012 Jul 18]. Disponível em: <http://seculoxx.ibge.gov.br/>
3. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(4):189-201.
4. Castro G. Longevidade tem forte impacto nas políticas públicas. *Jornal Valor Econômico*, Junho de 2013.
5. Lesley P, Ackroyd-Stolarz S. Emergency department utilization by older adults: a descriptive study. *Can Geriatr J*. 2014;17(4):118-25.
6. Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, editors. *Hazard's Geriatric Medicine & Gerontology*. 6<sup>th</sup> ed. New York, McGraw Hill; 2009.
7. Toniolo JN, Pintarelli VL, Yamatto TH. *À beira do leito*. Barueri, SP: Editora Manole; 2007.
8. DATASUS. SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS [Internet]. Brasília(DF); [citado 2016 Nov 21]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>
9. CID- Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde [Internet]. [citado 2015 Jun 21]. Disponível em: <http://www.cid10.com.br/>
10. Racy NJ. Pneumonia é a maior responsável pelas hospitalizações de acordo com relatório do sistema do DATASUS [Internet]. [citado 2016 Mar 11]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/401-pneumonia-e-a-maior-responsavel-pelas-hospitalizacoes-de-acordo-com-relatorio-do-sistema-do-datasus>.
11. Pallechi L, Fimognari L, Pierantozzi A, Salani B, Marsilli A, Zuccaro M, et al. Acute functional decline before hospitalization in older patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14(4):769-77.
12. Veras R. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):5-6.
13. Sander M, Oxlund P, Jespersen A, Krasnik A, Mortensen EL, Westendorp RG, et al. The challenges of human population aging. *Age Ageing*. 2015;44(2):185-7.
14. Souza EA, Scochi MJ, Maraschin MS. Estudo da morbidade em uma população idosa. *Rev Esc Anna Nery Enferm*. 2011;15(2):380-8.
15. Marinho A, Cardoso S de S, Almeida VV. Envelhecimento populacional e gastos com saúde no Brasil. In: Camarano AA, org. *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* [Internet] Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014. p. 511-38. [citado 2016 Jun 21]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_regime\\_demografico.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf)
16. Côrrea R de A, Lundgren FL, Pereira-Silva JL, Silva RL, Cardoso AP, Lemos AC, et al. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes. *J Bras Pneumol*. 2009;35(6):574-601.
17. Freitas EV de, Py L, Gorzoni M, Doll J, Caçado FA. *Tratado Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*. 4.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.
18. Silveira RE, Santos AS, Sousa MC, Monteiro TS. Gastos relacionados a hospitalização de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein*. 2013;11(4):514-20.
19. Heyland D, Cook D, Bagshaw SM, Garland A, Stelfox HT, Mehta S, Dodek P, Kutsogiannis J, Burns K, Muscedere J, Turgeon AF, Fowler R, Jiang X, Day AG; Canadian Critical Care Trials Group.; Canadian Researchers at the End of Life Network. The very elderly admitted to ICU: a quality finish? *Crit Care Med*. 2015;43(7):1352-60.