



B1

ISSN: 2595-1661

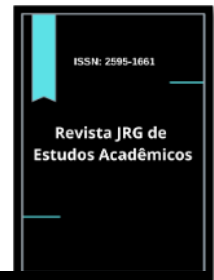
ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



O perfil da pessoa idosa hospitalizada na clínica médica de um hospital público do distrito federal e os fatores relacionados à internação prolongada

The profile of elderly people hospitalized in the internal medicine of a public hospital in federal district and the factors related to prolonged hospitalization

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1836

ARK: 57118/JRG.v8i18.1836

Recebido: 19/01/2025 | Aceito: 26/01/2025 | Publicado on-line: 28/01/2025

Jéssyca Freitas Aguiar¹

<https://orcid.org/0009-0001-8316-6553>

<http://lattes.cnpq.br/2018737045964037>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

E-mail: psi.jessycaaguiar@gmail.com

Karolina Alexia Rodrigues de Araújo²

<https://orcid.org/0009-0004-2064-3983>

<http://lattes.cnpq.br/6829280686883428>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

E-mail: araujokarolinapsi@gmail.com

Luíza Costa de Azevedo³

<https://orcid.org/0009-0001-1058-2943>

<http://lattes.cnpq.br/0362214061397079>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

E-mail: luizac.azevedo22@gmail.com

Mônica Eva Fontenele Viana⁴

<https://orcid.org/0000-0002-9238-8676>

<http://lattes.cnpq.br/7905811430710071>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

E-mail: psimonicafontenele@gmail.com

Júlia Borges de Lima⁵

<https://orcid.org/0009-0003-5977-8650>

<http://lattes.cnpq.br/0602745209021440>

Secretaria de Estado de Saúde: Brasília, DF, Brasil

E-mail: juliaborgeslima@gmail.com

Monique Guerreiro de Moura⁶

<https://orcid.org/0000-0001-8095-5875>

<http://lattes.cnpq.br/0788694255619875>

Universidade Católica de Brasília, UCB, DF, Brasil

E-mail: moniquegdm@yahoo.com.br



¹ Graduada em Psicologia pela PUC-Goiás, Residente da SES-DF pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - Brasília, DF (Brasil).

² Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário FMU, Residente da SES-DF pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - Brasília, DF (Brasil).

³ Graduada em Psicologia pela UNIVALE, Residente da SES-DF pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - Brasília, DF (Brasil).

⁴ Graduada em Psicologia pela Faculdade Ieducare-FIED, Residente da SES-DF pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - Brasília, DF (Brasil).

⁵ Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília; Mestranda em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília, DF (Brasil).

⁶ Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília, Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília, DF (Brasil).



Resumo

Objetivo: identificar as características sociodemográficas e de adoecimento das pessoas idosas hospitalizadas na clínica médica de um hospital público do Distrito Federal-DF, apresentar os motivos que as levam a ser internadas e descrever quais fatores contribuem para a internação prolongada desses pacientes. **Método:** pesquisa descritiva de análise documental, com abordagem mista quali-quantitativa. A coleta de dados ocorreu de forma retroativa, e foram observados os registros do período de julho a dezembro de 2023 através de transcrição de informações do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Para a análise dos dados, utilizou-se da Triangulação de Métodos de Minayo e Análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** foram delineadas quatro categorias: registro eletrônico em saúde, aspectos sociodemográficos, motivos de internação e fatores relacionados à internação prolongada. A maior parte dos pacientes são pardos (65,63%), com idade entre 65 e 69 anos (53,75%). De acordo com os dados obtidos, foram registrados 388 motivos de internação, com as principais causas sendo as doenças geniturinárias (21,65%), respiratórias (17,53%), circulatórias (10,05%) e as neoplasias (9,54%). Identificou-se que 81,87% dos pacientes possuem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e (49,37%) possuem Diabetes Mellitus (DM). Além disso, 96,1% dos pacientes contaram com rede de apoio. O tempo médio de hospitalização foi de 32,22 dias e (21,24%) das internações tiveram óbito como desfecho. **Considerações finais:** É fundamental a ampliação de estudos que analisem o caráter epidemiológico de determinadas doenças de maior incidência na população idosa, considerando os aspectos sociodemográficos e multifatoriais, com vistas à implementação e/ou melhoria das políticas públicas de saúde direcionadas a essa faixa populacional.

Palavras-chave: Internação Prolongada; Pessoa Idosa; Clínica Médica; Perfil Epidemiológico; Prontuário Eletrônico do Paciente.

Abstract

Objective: To identify the sociodemographic and illness characteristics of elderly people hospitalized in the internal medicine of a public hospital in the Federal District, to report the reasons that lead them to be hospitalized and to describe which factors contribute to the prolonged hospitalization of these patients. **Method:** descriptive research using documentary analysis, with a mixed qualitative and quantitative approach. Data collection took place retrospectively, and records from July to December 2023 were observed by transcribing information from the Electronic Patient Record (EPP). Bardin's Triangulation of Methods and Content Analysis were used to analyze the data. **Results:** Four categories were delineated: electronic health record, sociodemographic aspects, reasons for hospitalization and factors related to prolonged hospitalization. Most of the patients were brown (65.63%), aged between 65 and 69, (53.75%). According to the data obtained, 388 reasons for hospitalization were recorded, with the main causes being genitourinary diseases (21.65%), respiratory diseases (17.53%), circulatory diseases (10.05%) and neoplasms (9.54%). It was found that (81.87%) of patients had Systemic Arterial Hypertension (SAH) and 49.37% had Diabetes Mellitus (DM). In addition, (96.1%) of patients had a support network. The average length of hospital stay was 32.22 days and "21.24%" of hospitalizations resulted in death. **Final considerations:** It is essential to expand studies that analyze the epidemiological nature of certain diseases with a higher incidence in the elderly population, considering sociodemographic and multifactorial aspects, with



a view to implementing and/or improving public health policies aimed at this population group.

Keywords: *Prolonged Hospitalization; Elderly; Internal Medicine; Epidemiological Profile; Electronic Patient Record.*

1. Introdução

Em termos demográficos, o Brasil vivencia um período de grandes mudanças que terão impactos significativos na situação econômica e social do país nas próximas décadas. Com a população alcançando idades mais avançadas, diversas mudanças podem ser observadas, como a transição epidemiológica, em que a mortalidade predomina entre os mais velhos e as principais causas de morte passam a ser as doenças comuns ao envelhecimento, como as doenças crônicas e degenerativas. Nesse sentido, com a transição demográfica, o país passa a ter um número significativo de pessoas com 60 anos ou mais que demandam cuidados e atenção especiais, com vistas a manter sua autonomia e qualidade de vida (Oliveira, 2019).

Para Vanzella (2019), a rápida transição demográfica brasileira apresenta impactos importantes na saúde da população, e com o aumento de doenças crônicas, traz grandes reverberações no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que a mudança na estrutura etária com aumento da população de pessoas idosas se constitui como um dos principais fatores que favorecem o aumento da carga de doenças não transmissíveis no Brasil e as desigualdades sociais em saúde. Assim, além das consequências severas na própria saúde do indivíduo, que impactam negativamente na sua funcionalidade e qualidade de vida, bem como de seus cuidadores, as internações hospitalares de pessoas idosas também ocasionam um forte impacto para o sistema de saúde (Borges et al., 2023; Zurlo e Zuliani, 2018). Dentre os impactos da internação prolongada no cotidiano hospitalar pode-se citar a elevação dos custos hospitalares e a diminuição da rotatividade dos leitos (Silva et al., 2014).

A transição epidemiológica é então entendida como as mudanças ocorridas, no tempo, nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica. Desse modo, diante do crescente envelhecimento da população brasileira, surge a urgente necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às novas demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país (Vanzella, 2019). Neste cenário, a idade passou a ser considerada o principal marcador de envelhecimento humano. Na maior parte dos países as pessoas são consideradas idosas a partir dos 60 ou 65 anos, enquanto que no Brasil, essa definição é estabelecida para aqueles que alcançam 60 anos de idade. Ressalta-se que, uma vez que o envelhecimento é uma “construção social”, sua conceitualização muda com o passar do tempo (Romero e Maia, 2022).

Ao falar sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, é importante trazer à tona aspectos históricos na conquista de direitos que vieram para promover mais qualidade de vida a essa parcela da população. A partir do advento da Constituição Federal de 1988 houve a aprovação de normativas legais voltadas para o reconhecimento da pessoa idosa enquanto detentora de direitos. E, em que pese a referida constituição tenha trazido inúmeros avanços, destaque-se que um dos primeiros marcos jurídicos voltados especificamente à pessoa idosa é a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 de 1994, que trouxe como um dos pontos a priorização do convívio em família em detrimento do atendimento asilar (BRASIL, 1994). Além disso, a PNI também teve como objetivo assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na



sociedade, além de trazer a criação do Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Outro importante instrumento de proteção às pessoas idosas em nosso ordenamento jurídico é o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), recentemente alterado pela Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022 para Estatuto da Pessoa Idosa, substituindo em toda a Lei as expressões “idoso” e “idosos” por “pessoa idosa” e “pessoas idosas” (BRASIL, 2022).

Romero e Maia (2022), pontuam que o envelhecimento individual deve ser compreendido como um processo, e está relacionado aos conceitos de velhice e fragilização. Sendo que a idade, por si só, não é um preditor de fragilidade e velhice, posto que o processo de envelhecimento é variável de pessoa para pessoa. No Brasil, a definição de pessoa idosa é atribuída a indivíduos que atingem 60 anos de idade. Ressalta-se que o envelhecimento é uma “construção social”, e portanto, sua conceitualização muda com o passar do tempo.

Nessa conjuntura, ao abordar a temática envelhecimento, é de suma importância incluir uma discussão sobre os instrumentos disponíveis para assistência à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde direcionados às pessoas idosas (BRASIL, 2014). Nesse cenário, as internações hospitalares constituem um recurso de extrema importância na prestação de cuidados a esses sujeitos, integradas em uma rede abrangente de saúde. Não obstante, é importante reconhecer que hospitalizações frequentes e prolongadas podem trazer consequências adversas e significativas para a saúde da população idosa, incluindo redução da capacidade funcional, comprometimento da qualidade de vida e aumento da fragilidade (Veras e Oliveira, 2018).

Outrossim, a hospitalização de pessoas idosas difere significativamente daquela de pessoas mais jovens devido a uma variedade de motivos relacionados à sua permanência no ambiente hospitalar. Alguns dos principais motivos de internação hospitalar em pessoas idosas ocorrem devido a não remissão de doenças crônicas ou agravamento de quadros agudos. Na maior parte das vezes, se dá através da presença de comorbidades e de circunstâncias que cercam a internação hospitalar (Teixeira, Bastos e Souza, 2017). No que concerne às condições crônicas, estas ocorrem de forma simultânea e múltipla, com características muitas vezes silenciosas, o que pode dificultar o diagnóstico e a adesão ao tratamento. Portanto, o cuidado adequado à pessoa idosa requer um conhecimento aprofundado das doenças, suas complicações e estratégias terapêuticas adequadas, bem como um compromisso constante com a motivação e a educação conjunta (Beserra et al., 2023).

Outro aspecto importante a considerar na hospitalização de pessoas idosas é que elas tendem a permanecer mais tempo no hospital em comparação com outras faixas etárias, o que aumenta sua vulnerabilidade a lesões (Teixeira, Bastos e Souza, 2017). Embora a hospitalização seja um recurso necessário, especialmente quando voltado às pessoas idosas com condições clínicas complexas, ainda representa risco significativo para esta população. Estudos mostram que a hospitalização deste público está associada a riscos como imobilidade, incontinência urinária, desnutrição, depressão, exacerbação de comorbidades, declínio cognitivo, comprometimento funcional e, em alguns casos, até morte (Vanzella, 2019).

As internações hospitalares constituem um recurso de extrema importância na prestação de cuidados a pessoas idosas, integradas em uma rede abrangente de saúde. Apesar disso, se torna importante reconhecer que hospitalizações frequentes e prolongadas podem acarretar consequências adversas e significativas para a saúde da população idosa, incluindo a redução da capacidade funcional, o comprometimento da qualidade de vida e aumento da fragilidade (Veras e Oliveira, 2018). Ademais, se



caracterizam como um dos problemas que mais afetam o sistema de saúde, devido à elevação dos custos financeiros, bem como à redução da qualidade da assistência (Borges et al., 2023; Zurlo e Zuliani, 2018; Silva et al., 2014). Logo, é fundamental compreender os fatores relacionados ao prolongamento das internações de pacientes idosos, com vistas a promover mecanismos de prevenção objetivando a redução de casos amparados por esse tipo de assistência.

2. Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva com caráter retrospectivo, portanto não-interventivo, e busca discorrer sobre dados obtidos por meio de análise documental de Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP) a partir da identificação da distribuição, determinantes e condições relacionadas à saúde da população especificada no estudo. A amostra da presente pesquisa foi composta por 160 pessoas idosas internadas na Clínica Médica de um hospital público do DF e a amostragem foi realizada por meio de critérios de inclusão e exclusão. Composto os critérios de inclusão: pacientes que estiveram internados durante o período de seis meses estipulado para a coleta (julho a dezembro de 2023); com idade igual ou superior a 60 anos; com ou sem registro da presença de acompanhantes; em internação prolongada; considerada nesta pesquisa, como tempo total de internação igual ou superior a 7 dias. Foram incluídos apenas os pacientes que estiveram internados na Unidade de Clínica Médica, ainda que o paciente tivesse passagem por unidade do hospital, foram considerados apenas aqueles que permaneceram internados na unidade de Clínica Médica por ao menos 7 dias consecutivos.

Estabeleceu-se como critérios de exclusão: pacientes que se ausentaram ou evadiram; de modo que não foi possível verificar o registro de alta ou encaminhamento; pacientes que não atenderam aos critérios tradicionais de internação da enfermagem; como aqueles que foram internados pelo período estipulado (7 dias) e retornaram dentro de poucos dias para a realização de exames, consultas de retorno e procedimentos hospitalares; pacientes que receberam alta e voltaram a ser internados dentro do período estipulado para a coleta (6 meses) sendo válida apenas uma das internações para efeito de análise; dando-se preferência pelo registro da passagem mais longa visando evitar a ocorrência de extração de dados de prontuário em duplicidade. Também foram considerados critérios para exclusão, pacientes que foram selecionados e, no momento da apresentação do TCLE, não foi possível a aplicação das condições expressas para obtenção do consentimento em virtude de mudança significativa das condições clínicas e/ou cognitivas e da ausência de um representante legal nos termos dispostos pela lei. Bem como pacientes que, por qualquer razão, não aceitaram participar da pesquisa.

A abordagem adotada para a natureza dos dados foi de uma pesquisa de cunho mista, quali-quantitativa. A combinação dos métodos qualitativos, que tem em conta a compreensão dos fenômenos sociais a partir do significado e intencionalidade que lhes são atribuídos pelos atores; e quantitativos, que visam a obtenção de associações entre variáveis dependentes ou independentes, para a produção da Análise por Triangulação de Métodos como uma estratégia de pesquisa que “se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares” (Minayo et al., 2005).

Dada a natureza do estudo, a perspectiva de análise documental do Prontuário Eletrônico do Paciente e por ser um estudo retrospectivo (a necessidade de seleção da amostra em período anterior ao da coleta), foram utilizados como instrumentos complementares ao Prontuário Eletrônico os registros provenientes do Sistema



Kanban, adotado pelas unidades hospitalares públicas geridas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para a disponibilização de informações sobre a ocupação dos leitos. Trata-se da compilação de dados referentes à gestão e uso dos leitos, como sobre o número do quarto e do leito, identificação do paciente com prontuário, data e horário da internação, tempo médio de internação e as medidas adotadas em cada caso. (EBSERH, 2023)

Com base na planilha proveniente do Sistema Kanban, foi possível acessar o PEP, coletando os dados da amostra seguindo os critérios de inclusão e exclusão por meio de análise prévia do prontuário por leitura flutuante. Por meio dessa análise foi possível selecionar os pacientes que se enquadram ou não nos critérios de inclusão e os demais itens a serem analisados, como: gênero, idade, data de internação, diagnósticos clínicos, pendências do paciente no momento da internação e data de alta.

Também foram obtidos dados a serem tratados de forma qualitativa, a exemplo de cor da pele e raça, situação da rede de apoio, região de domicílio, ocupação, vulnerabilidades sociais, encaminhamentos para a rede de saúde após a alta e óbitos. Em relação aos dados de vulnerabilidade social, alguns são mais importantes para a avaliação de possíveis vulnerabilidades, como: presença de rede social de apoio durante a hospitalização, possuir deficiência, residir em Instituição de Longa Permanência Para Pessoas Idosas (ILPI), fazer uso de álcool ou tabaco, bem como a própria condição clínica do paciente/motivo da internação.

O registro das informações coletadas durante a pesquisa ocorreu de forma a preservar o sigilo e identidade dos usuários do sistema de saúde, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Foi atribuído a cada paciente um numeral e a letra correspondente ao gênero, exemplo: P1F, excluindo da tabulação quaisquer dados sensíveis que pudessem facilitar sua identificação, como nome e número do prontuário.

A pesquisa seguiu as seguintes fases:

1. Requisição de autorização das chefias do hospital e submissão do projeto ao CEP para aprovação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF sob número de parecer 7.026.263.
2. Recrutamento: ocorreu por meio de contato com a Gestão de Leitos e Chefia de Enfermagem da unidade para obtenção da primeira amostragem dos pacientes internados no período de julho a dezembro de 2023.
3. Seleção e descarte: pessoas idosas internadas na Clínica Médica do hospital, selecionadas com base em critérios de inclusão e exclusão.
4. Comunicação com os participantes para obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: o contato foi realizado via ligação telefônica com o paciente ou seu responsável legal, por meio de registro telefônico disponibilizado no prontuário. O TCLE foi enviado via e-mail, com um link do google forms, podendo ser dado a ciência tanto pela pessoa idosa, como pelo seu responsável legal.
5. Tabulação dos dados: sistematizados e analisados a partir da tabulação em recursos estatísticos, como em planilhas de frequência, por meio do software Microsoft Excel.
6. A análise dos dados ocorreu em três etapas, conforme metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin: pré-análise, composta por leitura flutuante, escolha dos documentos, constituição do corpus e preparação do material; exploração do material a partir de unidades de registro e unidades de contexto, sendo construídos



os eixos temáticos, tratamento dos resultados, inferência e interpretação a partir da categorização, descrição e análise dos dados (Bardin, 1977).

Dessa forma, os dados obtidos foram organizados, analisados e interpretados em quatro categorias, com base nos princípios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade. Os resultados foram apresentados através de tabelas com a descrição da amostra estudada, sendo abordadas sob a forma de texto as suas características e associações identificadas.

3. Resultados

Categorias e Temas

Após análise dos dados, foram delineadas quatro categorias agrupadas a partir dos temas mais relevantes para descrição da amostra.

Categorias	Temas
Registro Eletrônico de Saúde (RES)	Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)
Aspectos sociodemográficos	Faixa Etária
	Gênero
	Cor da pele e raça
Motivos de internação	Patologias
	Comorbidades
Fatores relacionados à internação prolongada	Tempo de internação
	Reinternações
	Rede de apoio
	Internação social
	Óbito

Fonte: AUTORAS (2024)

Aspectos Sociodemográficos: faixa etária; gênero; cor da pele e raça

No período analisado de julho a dezembro de 2023, a Clínica Médica apresentou o total de 160 internações de pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos. As quais foram compostas por 55% pessoas do sexo masculino (n=88) e 45% de pessoas do sexo feminino (n=72).

Tratando-se da faixa etária dos pacientes, a maioria apresentou idade entre 65 e 69 anos 53,75 % (n=86), 29,38% entre 75 e 84 anos (n=47) e 16,88% acima de 85 anos (n=27). Com relação à cor da pele e raça, identificou-se maioria de pardos 65,63% (n=105), 28,13% de brancos (n=45), 5,63% de pretos (n=9) e 0,63% de amarelos (n=1).

Motivos de Internação: patologias e comorbidades

Quanto aos motivos relacionados à internação prolongada, a análise das condições de saúde das pessoas idosas revela que as doenças do aparelho geniturinário são a principal causa, representando 21,65% do total de internações (84 casos), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório com 17,53% (68 casos), e



as doenças do aparelho circulatório, com 10,05% (39 casos). As neoplasias também têm uma contribuição significativa, com 9,54% (37 casos) de internações. Outras causas relevantes incluem as doenças do aparelho digestivo, 8,25% (32 casos), as doenças infecciosas e parasitárias, 5,93% (23 casos), e os transtornos mentais e comportamentais, 5,41% (21 casos). As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas também respondem por 5,41% (21 casos) das hospitalizações, com destaque para condições como diabetes e distúrbios hormonais.

Por outro lado, as doenças hematológicas e dos órgãos hematopoéticos representam 3,35% (13 casos) das internações, enquanto as quedas, lesões e consequências de causas externas de morbidade e mortalidade correspondem a 2,84% (11 casos). As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo aparecem com 2,32% (9 casos), e as doenças do sistema nervoso contribuem com 2,06% (8 casos). Já as doenças da pele e do tecido subcutâneo e as doenças do olho e anexos representam uma parcela mínima das internações, com 1,03% (4 casos) e 0,77% (3 casos), respectivamente. Além disso, 3,87% (15 casos) das internações não se enquadram nas categorias específicas. No total, foram registradas 388 internações, com as principais causas sendo as doenças geniturinárias, respiratórias, circulatórias e câncer.

Em relação à prevalência de comorbidades, a análise dos dados mostra que 98,75% das pessoas idosas apresentam comorbidades, refletindo a alta prevalência de doenças crônicas entre essa população. Apenas 1,25% das pessoas idosas não apresentam comorbidades, o que indica que é raro encontrar pessoas idosas sem nenhuma condição de saúde associada. Esse cenário exige um sistema de saúde preparado para lidar com a complexidade de múltiplas doenças, com acompanhamento contínuo e um cuidado integral.

No que se refere mais especificamente à prevalência de Diabetes Mellitus (DM), identificou-se que 49,37% (n=79) dos pacientes internados possuem o diagnóstico, em contraposição a 50,62% (n=81) que não possuem Diabetes Mellitus (DM). Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), verificou-se que 81,87% (n=131) dos pacientes possuem o diagnóstico.

Fatores relacionados à internação prolongada: tempo de hospitalização; reinternações; rede de apoio; "internação social" e óbito

Quanto ao tempo de hospitalização, 26,88% (n=43) estiveram internados entre 7 e 14 dias; 33,75% (n=54) entre 15 e 30 dias; 34,38% (n=55) entre 31 e 90 dias e 5% (n=8) acima de 91 dias. O tempo médio de hospitalização foi de 32,22 dias (desvio padrão +/-) e mediana de 24 dias. Em relação aos pacientes sem rede de apoio (0,025%, n=4), 50% (n=2) passaram mais de 100 dias hospitalizados. No que se refere às reinternações, foi possível verificar que 29,38% (n=47) dos pacientes tiveram alta e voltaram a ser reinternados dentro do período estipulado para coleta (6 meses), sendo que, 20,63 (n=33) tiveram 1 reinternações, 6,25% (n=10) 2 reinternações e 2,50% (n=4) 3 reinternações.

Quanto à rede de apoio, os resultados evidenciaram que durante a hospitalização, 96,1% (n=148) dos pacientes idosos hospitalizados contaram com uma rede de apoio. A totalidade de pessoas que compuseram a rede de apoio constatada neste estudo foi formada pelos atores classificados como: familiares (47,4%, n=73); filho (a) (29,22%, n=45); cônjuge (10,39%, n=16); cuidador e familiar (5,84%, n=9); cuidador formal (1,95%, n=3) e outros (1,3%, n=2). O levantamento



apontou que 3,9% (n=6) dos pacientes participantes do estudo não possuíam rede de apoio durante o período de hospitalização.

Ainda, os dados mostraram que 0,025% (n=4) dos pacientes estavam em “internação social”, sendo que 50% (n=2) estiveram mais de 100 dias hospitalizados e 50% (n=2) até 30 dias. Além disso, verificou-se que 21,24% (n=34) das internações tiveram como desfecho o óbito dos pacientes.

Tabela 2 – Características sociodemográficas e da internação de pessoas idosas em um hospital público do DF no período de julho a dezembro de 2023

Características sociodemográficas e da internação	Frequência % (n)
Gênero	
Feminino	45% (72)
Masculino	55% (88)
Faixa Etária	
60 – 74 anos	53,75% (86)
75 – 84 anos	29,38% (47)
Acima de 85 anos	16,88% (27)
Raça e Cor da pele	
Pardo (a)	65,63% (105)
Branco (a)	28,13% (45)
Preto (a)	5,63% (9)
Amarelo (a)	0,63% (1)
Tempo de Internação	
7 – 14 dias	26,88% (43)
15 – 30 dias	33,75% (54)
31 – 90 dias	34,38% (55)
Acima de 91 dias	5% (8)
Tempo médio: 32,22 dias (desvio padrão +-)	
Mediana: 24 dias	
Comorbidades	
Sim	98,75% (158)
Não	1,2% (2)
DM	
Sim	49,3% (79)
Não	50,62% (81)
HAS	
Sim	81,87% (131)
Não	18,12% (29)
Reinternações	
1	20,63% (33)
2	6,25% (10)
3	2,5% (4)
Internação Social	
Até 30 dias	50% (2)
Acima de 100 dias	50% (2)
Óbito	21,25% (34)

Fonte: AUTORAS (2024)

4. Discussão

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE (RES)

Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

A Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) conceitua o sistema de Registro Eletrônico de Saúde (RES) como um tipo de tecnologia adaptada às necessidades sanitárias, que une dados sociodemográficos e de assistência de um indivíduo ou grupo social, possibilitando o compartilhamento dessas informações entre as instituições de saúde, e que podem ser utilizadas com finalidades assistenciais, epidemiológicas e científicas, bem como para fomentar suporte à tomada de decisão, o planejamento de ações e a implementação de políticas públicas. A Resolução CFM nº 1638/2002, descreve o prontuário eletrônico como conjunto de informações assistenciais, oriundas de atendimentos de saúde, em diferentes âmbitos, tanto ambulatorial ou de internação, registradas de maneira eletrônica. (Toledo et al., 2021)

Nesse sentido, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) caracteriza-se como um tipo de RES, adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por finalidade viabilizar o registro de aspectos individuais dos usuários dos diversos equipamentos de saúde, compilar dados pertinentes a agravos e serviços de saúde à nível de grupos e populações nas esferas municipais, regionais, estaduais e nacionais (Toledo et al., 2021). Também podem ser utilizados para a emissão de documentos clínicos e encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção, de modo a facilitar o acesso dos profissionais ao histórico clínico do paciente, possibilitando a consulta desses dados para melhoria da tomada de decisões (BRASIL, 2018).

Durante a coleta de dados desta pesquisa, foi possível reconhecer lacunas no preenchimento dos campos de identificação do paciente, que podem impactar diretamente na forma como dados epidemiológicos e sociodemográficos são compilados. Destaca-se que apesar de constarem campos descritivos como nome social, ocupação e/ou profissão, escolaridade, informações para contato e do acompanhante e/ou responsável, verificou-se que a maioria dos prontuários apresentavam preenchimento inadequado ou não foram preenchidos.

Campos de conteúdo autodeclaratório suscitam questionamento, como o de características étnico-raciais e sexo, que se sugere substituição pelo termo *gênero*, pois não é possível determinar sob que circunstâncias tais dados foram obtidos, especialmente quando no contexto de pré-triagem na admissão hospitalar demanda maior agilidade e otimização do atendimento. Silva et al. (2021) atribuem a resistência dos profissionais à adesão e a subutilização do PEP às dificuldades de usabilidade e oferta incipiente de treinamento durante e após a implementação do sistema, ainda que a proposta de estabelecimento de fluxos de trabalho e delegação de tarefas a partir da implementação do PEP estejam fortemente associados ao aprimoramento das funções não-médicas. Cabe ressaltar que o registro inadequado de situações e ocorrências em prontuário pode dificultar a identificação do impacto das questões de cunho social como motivo de prolongamento da internação.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Faixa etária

Os estudos sobre o envelhecimento, de uma maneira geral, ocorrem sob duas perspectivas. A primeira, de ordem sociológica e psicossocial, foca no afastamento e na invisibilidade da pessoa idosa na sociedade e argumenta a favor dos direitos e do pleno exercício da cidadania nessa faixa etária. A segunda perspectiva é clínica-médica, da epidemiologia, e foca nas doenças e síndromes geriátricas que surgem na velhice, cujas evidências apontam, na maioria dos casos, a necessidade de mudanças do sistema de saúde para responder às demandas da longevidade (Romero e Maia, 2022).

Schneider e Irigaray (2008) preconizam a observação do processo de envelhecimento a partir da interação entre aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Destacam a divisão do grupo por especialistas, para fins de estudo, em três categorias a partir do uso dos termos *idosos jovens*, que se referem a faixa etária dos 60 aos 74 anos; *idosos velhos*, dos 75 aos 84 anos e *idosos mais velhos*, pessoas com 85 anos ou mais. Os dados apresentados pela PNAD Contínua do IBGE de 2022, comparada à de apontam que a categoria “idosos mais jovens” (entre 60-79 anos) corresponde a 13% da população brasileira (BRASIL, 2023).

Tratando-se da hospitalização da população idosa por faixa etária, os resultados encontrados corroboram com estudos realizados em outros territórios pelo país. Almeida et al. (2018) aponta que nas regiões de saúde do Paraná, a maioria das internações de pessoas idosas ocorre (43%) entre pacientes 60 a 69 anos, seguida por 70 a 79 anos (36,6%) e acima de 80 anos (20,4%). Lütz (2022) demonstra que dentre a população idosa da cidade de Porto Alegre que utiliza serviços de saúde, o índice de internação hospitalar de pacientes entre 60 e 79 anos (83,2%) é maior do que o de pacientes com mais de 80 anos (16,8%).

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) oferece uma perspectiva para a compreensão do desenvolvimento humano ao enfatizar a interação entre os indivíduos e os diferentes níveis do ambiente aos quais estão constantemente expostos. No modelo bioecológico, os fatores objetivos e subjetivos são considerados as forças motrizes do desenvolvimento humano, mas nenhum dos fatores é suficiente por si só. Assim, o desenvolvimento já não é definido apenas como mudanças relacionadas com a idade, mas é considerado um fenômeno de continuidade e mudança (Barreto, 2016).

De acordo com a TBDH, o desenvolvimento “é um fenômeno contínuo e de mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos” (Bronfenbrenner, 2002). O modelo da Teoria Bioecológica, integra quatro elementos-chave: processo, pessoa, contexto e tempo (PPCT). Neste contexto, os resultados encontrados na variável faixa etária sugerem que apenas este critério não é suficiente para descrever a realidade das pessoas idosas hospitalizadas, pois se faz necessário relacioná-la a outros critérios, por vezes subjetivos, e corre-se o risco de reduzi-las somente ao pareamento das relações entre idade e doenças (Apolinário et al., 2023). A perda de status social e a solidão durante o envelhecimento também se constituem como fatores adversos à saúde de pessoas idosas. No entanto, não seria viável eleger um único paradigma de velhice determinado pela idade ou condição física, tendo em vista que os sujeitos vivenciam o envelhecimento de formas diferentes, sendo influenciados pelo contexto socioeconômico e cultural em que estão inseridos.



No que diz respeito aos idosos mais velhos, os achados corroboram com Lima-Costa et al. (2003), ao sinalizar a importância de se recorrer a uma pessoa próxima, familiar ou curador, para a obtenção de informações sobre o sujeito, o processo de adoecimento, a internação e os vínculos afetivos, especialmente nos casos em que tais pacientes estivessem impossibilitados de responder por si mesmos. Tal necessidade se verificou durante o contato telefônico com os participantes para a obtenção do consentimento referente ao período retroativo, fase em que diversos pacientes não puderam se comunicar de maneira efetiva, sendo imprescindível a intervenção dos familiares para intermediar o processo, ou mesmo nos casos de óbito, em que o núcleo familiar foi acionado diretamente.

Além do mais, o Brasil apresenta graves problemas sociais, em que parcela significativa da população vive em condições de vulnerabilidade e o acesso aos serviços de saúde é limitado. O que pode complexificar a demanda por promoção de cuidados após a alta hospitalar e implicar em prorrogação das internações.

Gênero

Os resultados da pesquisa demonstram que 55% dos pacientes internados são do sexo masculino e 45% são pessoas do sexo feminino. De acordo com Da Silva, Júnior e Ferreira (2021) há uma desigualdade em relação aos homens e mulheres na busca por serviços de saúde, associada a aspectos socioculturais de estereótipos masculinos que prejudicam o autocuidado do homem. As representações sociais historicamente construídas trazem a figura masculina idealizada como forte e invulnerável, estando relacionadas ao afastamento dos homens do cuidado e da prevenção em saúde. Desta forma, os homens tendem a procurar pelos serviços de saúde quando a enfermidade afeta fatores socioeconômicos ou em uma situação mais extrema (Silva; Júnior; Ferreira, 2021).

Em um estudo realizado com 1200 pessoas idosas em quatro cidades do Sul de Minas Gerais, que teve o objetivo de analisar as capacidades de autocuidado, Silva et al. (2024) observaram que as pessoas do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de autocuidado. Tal estudo diverge de uma pesquisa realizada por Coutinho e Tomasi (2020), em que não se observou diferença no autocuidado em relação ao gênero.

Todavia, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (IBGE, 2020) revela que 159,6 milhões de pessoas (76,2% da população brasileira) haviam realizado alguma consulta com um médico nos últimos doze meses anteriores à data da entrevista. Ainda, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (IBGE, 2020), a proporção de pessoas do sexo feminino (82,3%) que se consultaram com um médico foi superior às pessoas do sexo masculino (69,4%), o que corrobora que as pessoas do sexo feminino tendem a buscar mais por assistência médica.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

Patologias

De acordo com os dados obtidos através da análise de prontuário, foram registrados 388 motivos de internação, com as principais causas sendo as doenças geniturinárias, respiratórias, circulatórias e as neoplasias. Dentre as doenças geniturinárias encontradas, as mais prevalentes foram: Doença Renal Crônica (DRC), Infecção do Trato Urinário (ITU) e Insuficiência Renal Aguda (IRA). Já nas doenças respiratórias, as mais prevalentes foram Pneumonia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). No que diz respeito às doenças circulatórias, destacaram-se a Fibrilação Arterial e o Acidente Vascular Encefálico (AVE). Por fim, as neoplasias, principalmente os cânceres de pulmão, próstata e mama, também representaram um número significativo de internações.

Esses achados estão alinhados com a literatura atual, que demonstra a crescente prevalência de doenças geniturinárias, respiratórias, circulatórias e neoplasias, especialmente entre pessoas idosas. A Doença Renal Crônica (DRC), por exemplo, tem sido frequentemente associada ao envelhecimento, além de comorbidades como hipertensão e diabetes mellitus. A prevalência de DRC em pessoas idosas é alta, conforme indicado por Amaral et al. (2019), que destacam fatores como a diminuição da função renal e a progressão para insuficiência renal como determinantes importantes para as hospitalizações nessa faixa etária. Além disso, a Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das causas mais comuns de internação em pessoas idosas, como apontado por Bizo et al. (2021), que relatam uma alta taxa de recorrência de internações por ITU entre pessoas idosas, especialmente nas mulheres.

Nas doenças respiratórias, Pneumonia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são as mais prevalentes, refletindo um quadro de morbidade respiratória significativo, especialmente em pessoas idosas. Góis e Veras (2010) observam que as doenças respiratórias, como pneumonia e DPOC, estão entre as principais causas de hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, devido à alta carga de fatores de risco como tabagismo e infecções respiratórias, que são prevalentes em populações mais velhas.

As doenças circulatórias, incluindo Fibrilação Atrial e Acidente Vascular Encefálico (AVE), também estão entre as causas mais frequentes de internação, especialmente em pessoas idosas com comorbidades como hipertensão. Teixeira, Bastos e Souza (2017), relatam que as doenças circulatórias ocupam uma posição de destaque nas internações hospitalares, com aumento significativo no número de casos em decorrência do envelhecimento populacional e da prevalência de fatores de risco, como diabetes e hipertensão.

As neoplasias, especialmente os cânceres de pulmão, próstata e mama, continuam a representar uma das principais causas de internação, com destaque para o aumento de casos devido ao envelhecimento da população e ao aumento da detecção precoce. A literatura atual confirma que o câncer se tornou uma das maiores causas de morte no Brasil, com projeção de aumento nos casos nas próximas décadas, conforme relatado por Mendonça (2023).

Esses dados reforçam a necessidade de estratégias de saúde pública voltadas para a prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado das doenças crônicas, especialmente entre a população idosa. As taxas elevadas de internação nas condições mencionadas refletem as complexidades do cuidado de saúde dessa faixa

etária, demandando a implementação de políticas mais eficazes para a redução da morbidade e mortalidade hospitalar.

Comorbidades

Diabetes Mellitus (DM)

No que diz respeito à Diabetes Mellitus (DM), verificou-se que 49,37% dos pacientes internados apresentaram o diagnóstico. Segundo os dados da International Diabetes Federation (2021), 537 milhões de pessoas no mundo possuem o diagnóstico e o Brasil é o sexto país com maior número de pessoas com diabetes no mundo (15,7 milhões de pessoas). Por sua vez, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (IBGE, 2020) estimaram que cerca de 7,7% da população do Brasil (12,3 milhões de pessoas) convivem com o diagnóstico de Diabetes Mellitus. A pesquisa verificou ainda a variação em relação à idade, uma vez que quanto maior a faixa etária, maior o percentual de prevalência do diagnóstico.

Destarte, o percentual de prevalência para as pessoas de 18 a 29 anos foi de 0,6%; para as pessoas de 65 a 74 anos foi de 21,9%; e para as pessoas de 75 anos ou mais, verificou-se a prevalência de 21,1%. Concluiu-se ainda, em relação às pessoas que receberam assistência médica para a Diabetes Mellitus nos últimos doze meses anteriores à pesquisa, que a proporção de pessoas do gênero feminino (81%) foi superior à observada nas pessoas do gênero masculino (76,6%), (IBGE, 2020).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Os resultados da pesquisa demonstraram que 18,12% não apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), enquanto 81,87% dos pacientes internados apresentaram o diagnóstico, o que representa uma considerável parcela da amostra. Conforme o levantamento da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (IBGE, 2020), a prevalência das pessoas com 18 anos ou mais no Brasil que referiram ter o diagnóstico de hipertensão foi de 23,9%, o equivalente a 38,1 milhões de pessoas. Quanto às características sociodemográficas, verificou-se uma maior prevalência nas pessoas do gênero feminino (26,4%), em relação às pessoas do gênero masculino (21,1%).

Quanto às pessoas que referiram ter o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e que receberam assistência médica nos últimos doze meses à data da pesquisa, a proporção foi maior entre as pessoas do gênero feminino (74,5%) do que entre as pessoas do gênero masculino (68,9%) (IBGE, 2020). Ademais, observou-se que a prevalência do diagnóstico variava em relação à faixa etária: 2,8% das pessoas de 18 a 29 anos; 20,3% das pessoas entre 30 a 59 anos; 46,9% das pessoas entre 60 a 64 anos; 56,6% entre as pessoas de 65 a 74 anos; e 62,1% entre a população com 75 anos ou mais de idade (IBGE, 2020).

Em conformidade com as pesquisas realizadas, Abreu et al. (2020) afirmam que a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) estão entre as doenças crônicas mais prevalentes nas pessoas idosas, demandando maior acesso aos serviços de saúde.



Tabela 3 – Motivos de internação conforme CID-10

Diagnósticos e Patologias	Frequência % (n)
Doenças do aparelho geniturinário	21,65% (84)
Doenças do aparelho respiratório	17,53% (68)
Doenças do aparelho circulatório	10,05% (39)
Neoplasias	9,54% (37)
Doenças do aparelho digestivo	8,25% (32)
Doenças infecciosas e parasitárias	5,93% (23)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5,41% (21)
Transtornos mentais e comportamentais	5,41% (21)
Outros não categorizados	3,87% (15)
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	3,35% (13)
Quedas, lesões e consequências de causas externas de morbidade e mortalidade	2,84% (11)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2,32% (9)
Doenças do sistema nervoso	2,06% (8)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,03% (4)
Doenças do olho e anexos	0,77% (3)
Total	100% (388)

Fonte: AUTORAS (2024)

FATORES RELACIONADOS À INTERNAÇÃO PROLONGADA

Tempo de internação

Não há consenso na literatura acerca do que é considerado internação prolongada, sendo que a delimitação de tempo muda de acordo com o estudo e a unidade clínica em que acontece a internação. Não obstante, Silva, Pinto e Alencar (2018), afirmam que a hospitalização prolongada ocorre quando a média de internação hospitalar corresponde a mais de 24 horas. Já Modas e Nunes (2019), apontam que seria qualquer dia a mais depois que o problema clínico do paciente tenha sido resolvido, na unidade de cirurgia estudada, o tempo de internação média era de 5 a 8 dias. Neste trabalho, considerou-se internação prolongada o período de superior ou igual a 7 dias. Nesse sentido, sabe-se que o tempo de hospitalização pode se constituir, a depender do contexto, um importante preditor de sofrimento psicológico e agravo das condições físicas de saúde do paciente idoso. Nesse estudo, verificou-se que 34,38% dos pacientes estiveram hospitalizados entre 31 e 90 dias, sendo o tempo médio de hospitalização 32,22 dias. Esses dados diferem de forma discrepante em comparação à média verificada no estudo de Carvalho et al. (2018) que foi de 5,3 (+3,2) dias, sugerindo que o levantamento desta pesquisa constatou uma média alta.

Portanto, é importante elencar que é consenso na literatura científica, o fato de que um maior período de hospitalização está associado a uma piora funcional do paciente idoso. Quanto a isso, Miranda, Borges e Ribeiro (2019), concluíram em seu estudo que a internação traz impactos na mobilidade da pessoa idosa após o décimo quinto dia da hospitalização, o que reverbera na sua qualidade de vida, na medida em que foram observadas diferenças significativas nos domínios da autonomia, do funcionamento sensorial, da participação social, do temor à morte e da intimidade dos pacientes, após quinze dias da hospitalização.

Outro estudo semelhante, também conclui que pessoas idosas apresentam pior funcionalidade na alta hospitalar quando comparada com o momento antes da internação. Aproximadamente 28,0% das pessoas idosas apresentaram piora da



função, 30 dias após a alta em relação a 15 dias antes da internação, apontando que pessoas idosas com Síndrome da Fragilidade apresentam maior risco para resultados funcionais piores após 30 dias de alta (Carvalho et al., 2018). Tais resultados indicam a urgência de se traçar estratégias visando diminuição do período de hospitalização nos casos em que é possível promover o cuidado domiciliar, com o auxílio da rede de saúde. Apesar de este ser um caminho, a prevenção primária se constitui dentro desse contexto como prioridade, destacando a importância da Atenção Primária à Saúde na prevenção de doenças e agravos.

Ao se discutir vias alternativas à internação hospitalar de pessoas idosas, é necessário abordar outros aspectos que determinam a qualidade do cuidado a essas pessoas, como por exemplo, a existência de uma rede de apoio formal e informal eficaz. Na literatura, as internações de longa duração das pessoas idosas são compreendidas com ênfase principal em três pontos de vista: abandono por parte da família; violência institucional e baixa qualidade da assistência às pessoas idosas. O grande número de pessoas idosas em famílias frágeis ou em situação de grande vulnerabilidade social torna necessário fortalecer a rede de assistência à saúde do idoso e promover bases práticas às avançadas políticas e leis brasileiras, pois, quando a reinserção social não é alcançada pela equipe do hospital, as internações acabam prolongando-se a ponto de poder se caracterizar como “institucionalização hospitalar de pessoas idosas” (Romero et al., 2010).

Dentro dessa discussão, Romero et al. (2010) apontam a carência de rede de suporte social, tanto da assistência como dos serviços de saúde de atenção básica, como um fator que limita a função do hospital de reinserção à sociedade dos pacientes idosos internados em cuidados prolongados. Diante disso, o Programa Saúde da Família, componente da Atenção Básica à Saúde, bem como o Programa de Cuidados Domiciliares, este último conhecido no DF como Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), podem se configurar como importantes dispositivos de saúde para a reinserção de pacientes idosos no seu contexto familiar. Contudo, verifica-se que o NRAD possui critérios bem definidos e restritos, o que não abarca a necessidade de todos os pacientes que poderiam se beneficiar dessa modalidade de cuidado.

Quanto ao funcionamento do NRAD no DF, “Art. 5º A AD é indicada para pessoas que necessitam de atenção à saúde e que estejam em situação de restrição ao leito ou lar ou em condição clínica ou de vulnerabilidade, de forma temporária ou permanente, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos”. Se constituem como alguns dos critérios para ser assistido pela Atenção Domiciliar estar restrito ao leito e em uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, tais como: ventilação mecânica invasiva e não invasiva domiciliar; nutrição parenteral; transfusão sanguínea; diálise peritoneal; hemodiálise; cuidados paliativos exclusivos e condições crônico-degenerativas progressivas (SINJ-DF, 2024).

Assim, é necessário que haja o fortalecimento dos Programas de Atenção Domiciliares, com ampliação da assistência e diminuição de critérios que acabam por excluir pacientes que necessitam desse tipo de cuidado. Considerando as questões de saúde desse público de uma forma integral, olhando para além de critérios meramente relativos à patologias orgânicas, mas considerando os demais aspectos do sujeito, com a adoção de uma perspectiva biopsicossocioespíritual. Centros-dia, como colocam Romero et al. (2010), podem também ser úteis na redução das internações prolongadas. Nos últimos anos, desenvolveram-se vários novos modelos de prestação de cuidados de saúde nos quais o paciente é tratado em casa, que objetivam fornecer uma melhor qualidade de atendimento e tratamento, mantendo as pessoas idosas fora



de hospitais e casas de saúde especializadas, ao promover o envelhecimento do paciente na comunidade. A adoção dessa forma de cuidado busca diminuir os dias de hospitalização, reduzir os custos hospitalares, melhorar a satisfação do paciente e os desfechos, trazendo benefícios como menor morbidade, menor incidência de delirium causado por fármacos sedativos, menor uso de contenções e alta satisfação do cuidador (Bakerjian, 2022).

Diante do exposto, cabe também ressaltar as possíveis contribuições à melhoria da assistência à saúde da pessoa idosa com a construção de mais Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas (ILPI,s), com ambientes que de fato garantam a possibilidade de continuidade do cuidado integral, considerando as particularidades e necessidades da pessoa idosa, resguardando assim a sua dignidade. Se inserem especialmente nesse contexto as necessidades das pessoas em "internação prolongada", que não possuem rede de apoio. De acordo com os dados desse estudo, dos sujeitos que após a alta da internação permaneceram institucionalizados devido a questões sociais, 50% continuaram mais de 100 dias hospitalizados, enquanto a outra metade esteve até 30 dias.

Reinternações

O alto índice de reinternações dentro do período de 6 meses (29,38%, sendo que 20,63 tiveram 1 reinternações, 6,25% 2 reinternações e 2,50% 3 reinternações) e considerando a literatura que aborda a temática, os resultados evidenciam que, em algum grau, a hospitalização pode ter sido um agravante no quadro clínico do paciente ou que a continuidade do cuidado após a alta não está sendo efetivo.

No estudo realizado por Pinto et al. (2023), o qual analisou uma amostra de 896 pessoas idosas submetidos a cirurgia por fratura do fêmur proximal e tempo médio de internação de $4,8 \pm 4,8$ dias, verificou-se que os fatores prevaletentes relacionados à reinternação em até 30 dias após a alta foram a hipertensão, o uso de medicamentos antieméticos/antissecrtores e os psicotrópicos. Em relação a maiores chances de morte intra-hospitalar, evidenciou-se o aumento da idade, o aumento no tempo de internação, a reinternação em até 30 dias após a alta e doença renal crônica.

Os autores ressaltam que a reinternação em até 30 dias após a alta é uma métrica importante por representar a qualidade do cuidado prestado pela unidade hospitalar e por ser um preditor importante de mortalidade. Um maior tempo de internação esteve associado com maior chance de mortalidade intra-hospitalar, essa associação ainda é pouco descrita na literatura, apesar disso, espera-se que pessoas idosas com tempo maior de hospitalização apresentem quadros mais graves, o que explicaria uma maior chance de óbito. Os dados do estudo demonstram que os fatores associados à reinternação sugerem um perfil de idoso mais frágil, portador de doença crônica e em uso de vários medicamentos.

De acordo com o Portal Clínica de Transição (2018), dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) revelam que a média nacional de readmissões é de 19,8%, muito próxima da média considerada aceitável pelo Ministério da Saúde, que é de 20%. Além de indicarem potenciais falhas na qualidade do atendimento prestado aos pacientes, índices altos de reinternação impactam o sistema de saúde em diversos aspectos, entre os quais: dificultam a gestão eficiente dos leitos; representam aumento de custos para hospitais e operadoras; além de potencializar os riscos de complicações de saúde para os pacientes.



Rede de apoio

Pizzinato et al. (2018) caracterizam Rede de Apoio como um elemento composto pelo Sistema Informal, que engloba família, amigos, vizinhos e instituições da sociedade civil (como igreja e associações) e o Sistema Formal, que compreende as instituições e serviços públicos que prestam atendimento, cuidado e suporte para os indivíduos e a sociedade, inseridos neste grupo os serviços de saúde e socioassistencial, por exemplo.

Neste estudo, a coleta deu ênfase à rede de apoio informal, direcionada especificamente ao item presença de acompanhante durante a hospitalização. Apesar disso, o estudo também possibilitou avaliar dados referente à rede de apoio formal, embora não haja uma ênfase direta. Nos diversos serviços que compõem a rede de atenção, é imperativo o entendimento de variáveis como o apoio familiar e redes de apoio social, que devem ser analisados com vistas a compreender as condições de vida e de risco da população idosa. Assim, o olhar para os vínculos sociais das pessoas idosas e a abrangência da rede social são fundamentais para intervenções efetivas em saúde, tendo em vista que a falta de integração social impacta de forma significativa no processo saúde-doença deste grupo etário (Silveira; Paskulin, 2014).

A respeito dos dados sobre a presença de apoio citados nesta pesquisa, 96,1% possuíam rede de apoio, sendo: familiares (47,4%); filho(a) (29,22%); cônjuge (10,39%); cuidador e familiar (5,84%); cuidador formal (1,95%); outros (1,3%) e (3,9%) sem rede de apoio. Tais números diferem do estudo realizado por Silveira e Paskulin (2014), o qual descreveu que todos as pessoas idosas entrevistadas (43), possuíam um cuidador, sendo o filho o mais referenciado (65,1%) e 97,6% desses pacientes residiam acompanhados. Visto isso, é importante ressaltar que resultados de pesquisas variam de acordo com características da amostra, ano da pesquisa e características sociodemográficas dos sujeitos participantes.

Romero et al. (2010), descrevem em sua análise que a questão familiar foi apontada como importante variável condicionante da alta de pessoas idosas, sobretudo em se tratando de pessoas idosas dependentes de cuidado cotidiano e de saúde. Ainda, em famílias em situação de vulnerabilidade financeira, o impacto de ter no lar uma pessoa dependente de cuidado contínuo, o tempo de hospitalização pode se tornar ainda maior, tendo em vista a falta de condições econômicas de contratar um cuidador formal. Sendo este um aspecto que faz com que seja comum o desejo da família de manter a pessoa idosa hospitalizada, pela garantia de atenção à sua saúde percebida por este familiar (Romero et al., 2010). Cabe salientar que ao pesquisar nas bases de dados, não foram encontrados trabalhos que abordam diretamente sobre a relação da internação prolongada de pessoas idosas com a rede de apoio do paciente.

Internação Social

Foi possível observar que, alguns dos pacientes que não possuíam registro da presença de acompanhante durante a hospitalização, possuíam a denominação “internação social” (0,025%) registrada em prontuário, a qual sugere, diante da avaliação de outras informações nas fichas clínicas de tais pacientes, como estado atual do quadro clínico e pendências para a alta, que esses usuários estavam, na verdade, institucionalizados e não internados, tendo em vista que já se encontravam de alta médica, mas permaneciam no ambiente hospitalar por não possuírem um local para morar ou família/instituição que pudesse acolhê-los. Nesses casos, a



permanência da hospitalização se constitui como a única forma de proteção a esses pacientes, tendo em vista a morosidade no processo de obtenção de vaga em ILPI,s ou casas de apoio temporárias. Assim, observa-se a existência do hospital, ainda hoje, atrelado a um caráter médico assistencial, o que pode trazer consequências negativas tanto para o paciente quanto para a instituição, como aumento das chances de ser acometido por infecção hospitalar e ocupação de leitos que poderiam ser destinados a pacientes que realmente necessitem de assistência médico-hospitalar.

Alguns fatores que podem influenciar a ausência de familiares acompanhando o paciente durante a hospitalização são a fragilização dos vínculos familiares com o tempo de hospitalização e a violência familiar transgeracional (Romero et al., 2010). Desse modo, os autores trazem um olhar para mais uma consequência da internação prolongada (fragilização dos vínculos familiares) e um fator que por vezes já é motivo de rompimento de vínculos (violência transgeracional, a pessoa idosa em algum momento da vida perpetrou violência contra a família ou a algum de seus membros) e que a internação surge como um impulsionador do rompimento total desses vínculos. Esses fatores, aliados à ineficácia da rede de suporte formal, acabam por ser um dos principais motivos da internação prolongada de indivíduos idosos sem rede de apoio familiar.

Acredita-se que o número de pacientes institucionalizados no referido hospital possa ter sido maior, haja vista a existência de lacunas no preenchimento do prontuário do paciente, as quais foram observadas durante a análise, brechas que muitas vezes não deixam claro informações de cunho sociodemográfico, resultando em dificuldades de obter informações condizentes com o real contexto e necessidades desses pacientes, impactando diretamente na formulação de políticas públicas.

Ainda, cabe justificar a utilização do termo “internação social” nesta pesquisa. Tal expressão foi encontrada nos prontuários analisados para designar os pacientes que apresentam condições para alta, mas não possuem residência ou suporte familiar e/ou institucional para desospitalização, sendo assim, não estão, de fato internados, mas institucionalizados. Assim, sugere-se a adequação do termo para “pacientes em institucionalização hospitalar” ou outro equivalente, inclusive na evolução dos prontuários clínicos, com vistas evitar distorções quanto ao real contexto dessas internações e seus impactos, incluindo-se a reinternação por nova enfermidade, que pode estender ainda mais a internação prolongada e promover piora clínica e funcional do paciente. Diante disso, ressalta-se a importância das instituições sociais neste cenário, sua integração com as unidades de saúde e o fortalecimento da intersetorialidade. Para isso, é necessário um maior empenho do Poder Público em analisar e intervir sobre as políticas de suporte social, pois estão relacionadas diretamente às questões de saúde.

Óbito

Os resultados encontrados quanto ao desfecho da internação corroboram com Da Silva et al. (2014), pois os fatores relacionados a um aumento do tempo de internação hospitalar são diversos, podendo variar de acordo com sexo, idade, diagnóstico, condição clínica do paciente, assistência prestada e recursos disponíveis na instituição. E também está em consonância com Beserra et al. (2023), que verificaram que o atraso na desospitalização é multifatorial, e influenciado tanto por fatores hospitalares internos e externos, como condições clínicas ou sociais do próprio paciente, motivos podem ser interdependentes e previsíveis. Os autores ressaltam que os atrasos na alta hospitalar podem ser minimizados com a melhoria dos



processos assistenciais aos pacientes idosos com a adoção de estratégias adequadas, por meio da reformulação de processos, aliada ao uso de protocolos e diretrizes clínicas que incluem equipe assistencial hospitalar, transição de cuidados e cuidadores. (Apolinário et al., 2022)

Em relação ao desfecho de internação por óbito (21,24%), os achados se alinham aos dados divulgados no Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2022) em que a proporção de pessoas idosas do sexo masculino é maior em relação ao sexo feminino, e que pretos e pardos apresentam as menores proporções do total de óbitos dos grupos etários mais jovens, enquanto brancos se concentram nos grupos etários mais velhos. O documento sinaliza ainda que dentre os estados brasileiros, o Distrito Federal apresenta a menor taxa de mortalidade em pessoas idosas do país, com 25,94/mil. Outro ponto analisado é que a proporção de cor de pele/raça preta e parda aumentou entre os anos analisados em razão da melhoria da obtenção de dados em vigilância do óbito.

5. Considerações Finais

O Estado tem um papel essencial na garantia da assistência à população idosa, mas é evidente que a rápida transição demográfica e epidemiológica no Brasil não está sendo acompanhada por medidas adequadas para aprimorar ou criar políticas públicas que contemplem a estrutura e o funcionamento da rede de saúde e de apoio social voltada para as pessoas idosas. Esse cenário exige a implementação de serviços e espaços adequados para o cuidado integral dessa faixa etária, especialmente para aqueles com algum grau de dependência física ou econômica.

É importante frisar que existem sistemas de saúde diferentes para a Atenção Hospitalar e a Atenção Primária à Saúde, e disso podem resultar barreiras de acesso aos prontuários de um nível de atenção para outro, o que pode implicar a criação de registros duplicados e dificuldade de acompanhamento longitudinal dos pacientes. Assim, torna-se fundamental a unificação dos dados dos prontuários no SUS, visando o compartilhamento de informações entre as diversas instâncias de cuidado nos diferentes níveis de atenção, ainda que de instituições público-privadas, para garantir a integralidade da assistência.

Além disso, é preciso redirecionar a responsabilização, muitas vezes atribuída exclusivamente às famílias, que frequentemente assumem sozinhas o cuidado de seus membros idosos, mesmo sem as condições necessárias. Essa realidade destaca a necessidade do fortalecimento da rede de apoio formal, com o suporte do Estado. Nesse contexto, surge a questão sobre a qualidade do cuidado oferecido às pessoas idosas e se sua dignidade e qualidade de vida estão sendo preservadas diante da ausência de ação do Estado em assegurar o acesso aos direitos e à proteção integral dessa população.

Por meio desta pesquisa, pretendeu-se apresentar informações que possam contribuir para a discussão dos aspectos multifatoriais que envolvem os desafios a serem enfrentados no cuidado à saúde da população idosa, de maneira integrativa, alinhando-se aos objetivos da Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 de 1994 (BRASIL, 1994), no que diz respeito à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa.

Todavia, torna-se relevante a realização de mais estudos que analisem o caráter epidemiológico de determinadas doenças de maior incidência na população idosa, considerando os aspectos sociodemográficos, com o intuito de contribuir para uma melhor assistência a essa população, especialmente no âmbito do SUS. Entende-se que a ampliação destes estudos pode colaborar para a criação de novas



políticas públicas, bem como para a ampliação e/ou incremento das já existentes, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Apoiar estudos sobre o envelhecimento é uma das diretrizes da Política Nacional do Idoso, conforme o artigo 4º, inciso IX, que reconhece o envelhecimento como uma área importante de pesquisa (BRASIL, 1994). Dessa forma, um conhecimento aprofundado sobre a saúde e os fatores que influenciam o adoecimento das pessoas idosas, considerando aspectos como as condições socioeconômicas, gênero, raça e suporte social, é essencial para a formulação de políticas e decisões que assegurem melhores condições de vida e saúde para essa população.

Referências

ABREU, L. R. *et al.* Práticas interdisciplinares para prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus em idosos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9482>> Acesso em 14 dez. 2024.

AMARAL, T. L. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 44, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000727>. Disponível em 18 dez.2024.

APOLINÁRIO, D. *et al.* Programa Hospital Seguro para a Pessoa Idosa: estudo observacional do impacto na redução de declínio funcional. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 38 Sup. 2, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00305620>>

BAKERJIAN, D. Cuidados hospitalares e idosos. **Geriatría - Manuais MSD edição para profissionais**. University of California Davis, out. 2022. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/geriatria/prestação-de-cuidados-a-idosos/cuidados-hospitalares-e-idosos-13/14>>. Acesso em: 04 dez.2024.

BESERRA, J. V. F. *et al.* Fatores que contribuem para o aumento do tempo de permanência na clínica médica de um hospital público. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v.6, n.12, p.184- 198, jan.jul. 2023. Disponível em <<https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/433#:~:text=Os%20principais%20fatores%20que%20contribu%C3%ADram,por%20pareceres%20de%20outras%20especialidades.>>. Acesso em 09. dez. 2024.

BIZO, M. *et al.* Recorrência da internação por infecção do trato urinário em idosos. **Enfermagem Foco**, v. 12, n. 4, p. 767-772, 2021. Disponível em:<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4562>> . Acesso em 18 dez.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade de idosos no Brasil em 2000, 2009 e 2019. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, Vol. 53, N.o 2, Jan. 2022.



BRASIL. **Nota Informativa sobre o Envelhecimento e o Direito ao Cuidado**. Brasília, n. 5/2023 MDS/SNCF. Dezembro, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1 [recurso eletrônico]**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CARVALHO, C. T. *et al.* Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 136-144, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170143>>. Acesso em 07 dez.2024.

CASTRO et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 14, núm. 4, 2013, pp. 791-800. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324028459016.pdf>> Acesso em 21 jan. 2025.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E.. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ics/a/WRWXKDsPD7fcgyMJB TG4qbF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 dez 2024.

DA SILVA, P. A.; PORTO, I. Envelhecimento, meio ambiente e educação ambiental. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/39360/32758>><<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/39360/32758>> Acesso em 15 dez. 2024.

DA SILVA, G. D; JÚNIOR, R. J. S. A.; FERREIRA, J. M. N. Multifatores que prejudicam o autocuidado masculino na prevenção da saúde física e mental: um olhar da Psicologia. **Revista Eletrônica da Estácio**, Recife, v. 6, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/533>>. Acesso em: 6 dez. 2024.

DA SILVA, J. V. *et al.* A capacidade de autocuidado e a relação com fatores condicionantes básicos de pessoas idosas da comunidade. **Enfermagem Brasil**, v. 23, n. 1, p. 1286–1297, 2024. Disponível em: <<https://ojs.atlanticaeditora.com.br/index.php/Enfermagem-Brasil/article/view/128>>. Acesso em: 08 dez. 2024.

GÓIS, A. L. B. D., VERAS, R. P.. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15, 2859-2869, 2010. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600023>> Acesso em: 18 dez. 2024.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre doenças crônicas, saúde mental, hábitos de vida e acesso aos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, IBGE, 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2024.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**. Belgium, 2021. Disponível em: <<https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>>. Acessado em: 8 dez. 2024.

LIMA-COSTA *et al.* Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 12, n.4: Brasília, dez. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>> Acesso em 14 dez. 2024.

LÜTZ, K.C.C et al. Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por pessoas idosas no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 1, p. e220183, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220183.pt>> Acesso em 20 jan. 2025.

Mendonça, G. A. Câncer no Brasil: um risco crescente. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 38(4), 167-176, 2023. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3095>> Acesso em 18 dez.2024.

MIRANDA, G. B. S. BORGES, N. G. S. RIBEIRO, N. M. S. Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 18, n. 3, p. 330-334, set./dez. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v18i3.34417>>. Acesso em 06 dez.2024.

MODAS, D.A.S, NUNES, E.M.G.T. Instrumentos de avaliação do risco de prolongamento de internação hospitalar. **Acta Paul Enferm**, Vol. 32, 2 ,Mar-Abr 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900032>> Acesso em 24 jan. 2025

PINTO, A. F. D . *et al.* Fatores associados à reinternação em até 30 dias após a alta e à mortalidade intra-hospitalar após cirurgia por fratura do fêmur proximal em idosos: coorte retrospectiva. **Rev. bras. ortop.**, v 58, n. 2, p. 222–230, mar.abr. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0043-1768624>>. Acesso em: 07 dez.2024.

PIZZINATO, A. *et al.* Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 2, p. 145-156, abr. jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180015>> . Acesso em 07 dez.2024.

PORTAL CLÍNICA DE TRANSIÇÃO. **Reinternação hospitalar: entenda por que é importante evitar**. Rede Paulo de Tarso - Todos os direitos reservados, Copyright 2024. Disponível em: <<https://clinicadetransicao.com.br/reinternacao/>>. Acesso em 07 dez.2024.



ROMERO, D. E. *et al.* Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** In: Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. Cap 9. p. 249-278.

ROCHA, L. S. *et al.* Hospitalização de pessoas idosas no Sistema Único de Saúde: análise preliminar. 2019-2020. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, 17(2). Disponível em: <<https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/11996>>. Acesso em 10 dez. 2024.

SCHNEIDER, R.F., IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol.** Campinas; 25(4): 585-593, out.-dez. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>> Acesso em 13 dez. 2024.

SILVA *et al.* Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. **Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)**; 26(6): p. 2131-2140, jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>>. Acesso em 12 dez. 2024

SILVA, R. P. PINTO, P. I.; ALENCAR, A. M. C. Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida do paciente e seus cuidadores. **Revista Saúde (Sta.Maria)**, v.44, n.3, 2018. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/24876>>. Acesso em: 09 nov. 2023.

SILVEIRA, V. C. PASKULIN, V. L. Perfil e rede de apoio de idosos internados na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 377-396, 2014. Disponível em: <https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrEtN7t.1RnIQIAcG3z6Qt.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1734832366/RO=10/RU=https%3a%2f%2fseer.ufrgs.br%2fRevEnvelhecer%2farticle%2fdownload%2f40025%2f32752/RK=2/R S=gTU9kUEz.aBl.A3qOkelUGDBBF0->>. Acesso em 05 dez.2024.

SING-DF (Sistema Integrado de Normas Jurídicas do DF). **Portaria N° 456, de 30 de setembro de 2024**. Estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, 2024. Disponível em: <https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/6fff6a6a9db94d5c85b6cce1148f3f35/Portaria_456_30_09_2024.html>. Acesso em 07 dez.2024.

TEIXEIRA, J.J.M. BASTOS, G.C. F. C.; SOUZA, A. C. L. Perfil de internação de idosos. **Rev Soc Bras Clin Med. Goiânia**, v.15, n.1, p.15-20, 2017. Disponível em: <<https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/245>>. Acesso em 18 dez.2024.

TOLEDO, P.P.S *et al.* Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. **Ciênc.**



saúde coletiva, v. 26, n. 6, Jun 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>>. Acesso em 10 dez. 2024

VANZELLA, E. O Envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas internações no âmbito do SUS. **Educere**, João Pessoa, v.1, n.2, p. 144-158, jul./dez 2019. Disponível em: <<https://www.ufpb.br/gcet/contents/publicacoes/artigos/o-envelhecimento-a-transicao-epidemiologica-da-populacao-brasileira-e-impacto-nas-internacoes-no-ambito-do-sus>>. Acesso em 12 dez. 2024.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, 1 jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>>. Acesso em 12 dez. 2024.

ZURLO, A.; ZULIANI, G. Management of care transition and hospital discharge. **Aging Clin Exp Res** v. 30, n. 3, p. 263-270, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s40520-017-0885-6>>. Acesso em 10 dez. 2024.