ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 9 – INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CUIDADOS PROLONGADOS EM HOSPITAIS DO SUS NO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DE SUAS CARACTERISTICAS E DA FRAGILIDADE DAS REDES SOCIAIS DE CUIDADO
Autores(as)	Dalia Helena Romero Aline Marques Ana Cláudia Barbosa Raulino Sabino
DOI	
Título do livro	CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO PARA A POPULAÇÃO IDOSA: UM NOVO RISCO SOCIAL A SER ASSUMIDO?
Organizadores(as)	Ana Amélia Camarano
Volume	
Série	
Cidade	Rio de Janeiro
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2010
Edição	1ª
ISBN	978-85-7811-080-2
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

CAPÍTULO 9

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

Dalia Elena Romero
Aline Marques
Ana Cláudia Barbosa
Raulino Sabino

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo[1] centra sua atenção nas internações de idosos nos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), no Rio de Janeiro, na modalidade Cuidados Prolongados (CPs), caracterizada na Portaria GM/MS nº 2.413, de 1998 (BRASIL, 1998). Com tal modalidade de internação o Ministério da Saúde (MS) explicita a responsabilidade e os compromissos do SUS quanto à reinserção social dos "pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou necessitados de cuidados permanentes que precisem de assistência contínua e de reabilitação físico- funcional". Tal modalidade é usada principalmente para pacientes idosos.

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 idosos".[2] A complexidade de fatores que incidem em tal institucionalização é também um tema abordado neste capítulo.

---

1. A informação analisada neste capítulo foi obtida de resultados de duas pesquisas: do estudo integrado Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) nº 555079/2006-6: Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs no Brasil: Tipologia e Proposta de Modelo Básico de Assistência Multidimensional, do projeto Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ); e da pesquisa APQ1- Processo E-26/170645/2007: Estudo das Condições de Saúde da Mortalidade dos Idosos com Internações de Longa Permanência nas Unidades do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. A realização das entrevistas teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), protocolo 550/10.

2. Chama-se "institucionalização hospitalar de idosos" aquela internação por CP que se estende por mais de 6 meses, de maneira que o hospital passa a configurar-se como "local de moradia" do idoso.

Na literatura, as internações de longa duração dos idosos são compreendidas principalmente sob três pontos de vista: *i*) abandono por parte da família (MACHADO; GOMES; XAVIER, 2001; CRUZ *et al.*, 2003); *ii*) violência institucional (MINAYO, 2004); e *iii*) baixa qualidade da assistência aos idosos (GUERRA; GIATTI; LIMA-COSTA, 2004). Tais perspectivas estão embasadas nas discussões de asilamento em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)[3] e são reforçadas pela repercussão pública do escândalo da Clínica Santa Genoveva em maio de 1996. Tal episódio colocou em discussão pública algumas facetas do jogo de forças presentes na complexa questão da institucionalização da velhice, e ainda explicitou para a sociedade o caráter híbrido dos estabelecimentos de saúde como unidades responsáveis tanto de cuidados clínicos como de cuidados "cotidianos" de idosos sem estrutura econômica e familiar (GROISMAN, 1999). No entanto, Groisman (1999) não concorda que, como colocado pelos meios de comunicação, se reduza o problema a uma questão de donos inescrupulosos de hospitais e de ineficiência de atendimento no SUS.

Passados 15 anos desse caso, neste capítulo propõe-se voltar a refletir sobre a "institucionalização hospitalar" na rede do SUS no Rio de Janeiro, mas com outra perspectiva. Pretende-se mostrar que a modalidade de CPs é fundamental e coerente com os princípios do SUS de equidade e integralidade. Por outra parte, defende-se que o hospital não deve perder seu caráter híbrido entre social e médico, já que é um espaço para preservar a saúde e a vida. Portanto, não seria aceitável que idosos frágeis[4] sejam rejeitados pelas instituições de saúde em nome de critérios econômicos (diminuição de gastos) nem que por experiências negativas prévias pretenda-se eliminar dos hospitais seu papel nos cuidados contínuos de pessoas com algum grau de dependência.

Com o envelhecimento da população e a transição epidemiológica que leva à superação progressiva do saldo das doenças infecto-contagiosas e ao predomínio das doenças crônico-degenerativas, maior será a dependência das pessoas de cuidados de saúde continuados. Cada vez menos se poderá segmentar o atendimento das necessidades das pessoas em um nível determinado de organização do sistema assistencial. O problema é complexo e depende principalmente da articulação da rede da assistência social e de saúde com o modelo de cuidados adotado pela sociedade.

O capítulo divide-se em quatro seções, sendo esta introdução a primeira delas. A segunda apresenta a análise das internações pelo SUS de idosos por CP entre 2001 e 2007, no Estado do Rio de Janeiro,[5] obtida do banco de dados do

3. Sobre a história do asilamento, consultar o trabalho de Christophe e Camarano neste livro.

4. Utilizamos o mesmo conceito de fragilidade definido no capítulo de Duarte *et al.* neste livro.

Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS). Esta seção, para melhor organização dos dados, foi subdividida nos seguintes temas, respectivamente: relações entre idade e chance de internação por CP, causas das internações, tempo de permanência, sobrerrisco masculino de internações, motivos de permanência dos idosos internados por CPs e desfechos das internações. Na terceira, analisam-se seis entrevistas semiestruturadas com responsáveis dos hospitais de CP no município do Rio de Janeiro com a finalidade de conhecer com maior profundidade as razões que explicam a institucionalização hospitalar de idosos. A quarta e última seção corresponde às considerações finais.

1.1 CPs em hospitais do SUS: necessidade médica ou social?

Dado o atual perfil epidemiológico da população brasileira, com o predomínio das doenças crônico-degenerativas, em que o conceito de cura é substituído pelo de cuidado, torna-se imperiosa a revisão do atual modelo assistencial.

As funções e atribuições de um hospital estão fortemente atreladas ao conceito de saúde socialmente definido. Historicamente, não há consenso sobre a definição de saúde individual ou coletiva, pelo contrário, é foco de intenso debate e muda de acordo com a dinâmica política, econômica e social (FOUCAULT, 1972; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2009).

Até os anos 1970, o modelo de saúde baseava suas ações no conceito de saúde definido a partir da relação entre saúde e doença, em que a saúde era medida pela ausência ou presença de alguma patologia. Sob essa perspectiva, o sistema de saúde brasileiro se estruturou de forma que pudesse produzir respostas às doenças presentes na população. Nessa conformação, o hospital tinha papel central e era entendido como instrumento voltado estritamente para o tratamento e cura dos indivíduos doentes. As estratégias de prevenção focalizavam-se nas doenças infecciosas e parasitárias e tinham como estratégia evitar a incidência, curar e mitigá-las. O modelo de assistência "hospitalocêntrico" atuava sobre a patologia existente com a finalidade de resgatar a normalidade do corpo (normalidade entendida por funcionamento regular e ausência de doença). Diversos autores apontam que essa perspectiva de saúde não é positiva para a promoção e atuação sobre os determinantes da saúde (BUSS, 2002; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2009; PAIM, 2009).

Os anos 1980 foram marcados por intenso debate pela reforma sanitária brasileira e pela mudança de paradigma de saúde que deixou de ser entendida apenas a partir da relação saúde-doença para fundar-se em conceitos mais amplos

5. Selecionou-se o Estado do Rio de Janeiro por ser de alta intensidade seu envelhecimento populacional (tendo 51 idosos por cada 100 jovens em 2008) e sua atenção básica pouco desenvolvida.

que envolvem o bem-estar físico, mental e social. Essa nova perspectiva de saúde coloca em discussão as limitações de se pensar a saúde apenas sob o ponto de vista biomédico. Entram em discussão, nesse período, outros determinantes de saúde como, por exemplo, a influência das condições sociais e econômicas do indivíduo sobre sua saúde.

Nesta mesma lógica de reflexão sobre a definição de saúde, Lima Gonçalves (1983)[6] repensa as funções do hospital e define que suas atribuições devem ser de três ordens: *i*) prestação de atendimento médico; *ii*) desenvolvimento de atividades de natureza preventiva; e *iii*) participação em programas de natureza comunitária que atinjam o contexto sociofamiliar dos pacientes como, por exemplo, divulgação dos conceitos de promoção, proteção e prevenção da saúde.

Imbuída dos objetivos da reforma sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, constituiu marco histórico importante na consolidação de uma nova perspectiva de saúde e de um novo sistema de saúde mais democrático. Os principais temas debatidos nessa conferência desdobraram-se nas seguintes diretrizes fundamentais que, posteriormente, culminaram no título "Saúde", da Constituição de 1988: *i*) busca pela equidade; *ii*) garantia de acesso universal às ações e aos serviços de saúde; *iii*) aumento do financiamento do setor saúde; *iv*) unificação e integração das ações; *v*) integração da gestão nas diferentes esferas de poder (federal, estadual e municipal); e *vi*) participação da comunidade na formulação, execução e controle das ações em saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

Todo esse debate foi consolidado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 na qual são definidos os princípios e as diretrizes do SUS. Esta lei define uma ampla gama de fatores determinantes na qual deve atuar o setor saúde, individualmente ou de maneira articulada com os demais setores da seguridade social – previdência e assistência social.

> Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
>
> Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Entre os princípios do SUS definidos pela Lei nº 8.080, destaca-se o princípio da integralidade da assistência entendida como ações articuladas de promoção à

6. Referência retirada de página eletrônica. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos/38.htm> Acessado em: 14 jul. 2010.

saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, assim como a articulação dos diferentes níveis de complexidade do sistema. Dessa maneira, a lei dispõe sobre a necessidade de se articular com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que repercutem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, o MS define o conceito de hospitais da seguinte forma:

> O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. Assim o hospital é também um centro de investigação biopsicossocial.[7]

Em conformidade com as atribuições definidas pelo SUS para os hospitais de sua rede, a Portaria GM/MS nº 2.413/1998 explicita o papel dos hospitais no que se refere aos cuidados em uma etapa considerada intermediária entre a doença ou limitação e sua reinserção social. É a chamada modalidade de CPs, justificada por: "(...) necessidade de aprimorar o atendimento hospitalar de pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou de cuidados permanentes que necessitem de assistência contínua e de reabilitação físico funcional, com vistas à reinserção social".

Esta mesma portaria define os critérios de elegibilidade[8] de pacientes que devem receber CP. O perfil epidemiológico do paciente estabelecido pela portaria é, sem dúvida, aplicável em grande parte à faixa etária mais avançada, principalmente no que se refere ao atendimento de doentes crônicos e de múltiplos agravos à saúde, situação comum entre a população idosa. É importante considerar esse aspecto para entender por que hospitais autorizados para CP têm entre sua clientela uma alta proporção de idosos, o que lhes imprime uma imagem de caráter asilar.

Notam-se, na portaria, as exigências de uma complexa equipe multidisciplinar para que um hospital seja autorizado para CP, sendo necessário para cada módulo

7. Citação retirada de página eletrônica. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos/38.htm> Acessado em: 14 jul. 2010.

8. A definição inclui os convalescentes, aqueles submetidos a procedimentos clínico-cirúrgicos que se encontram em recuperação e necessitam de acompanhamento médico, de cuidados assistenciais e de reabilitação físico-funcional por um período de até 107 dias; os portadores de múltiplos agravos à saúde, aqueles que necessitam de cuidados médico-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação; os pacientes crônicos, aqueles portadores de patologia de evolução lenta ou portadores de sequela da patologia básica que gerou a internação e que necessitam de cuidados médico-assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico-funcional; e os pacientes em cuidados permanentes, aqueles que tiveram esgotadas todas as condições de terapia específica e que necessitam de assistência médica ou cuidados permanentes. Os diagnósticos permitidos para CP são: enfermidades pneumológicas, neurológicas, osteomuscular e do tecido conjuntivo, oncológicas e enfermidades decorrentes da Aids.

de 40 leitos: médicos assistentes (8 horas/dia), médicos plantonistas (24 horas/dia), enfermeiro (6 horas/dia), auxiliar de enfermagem (80 horas/dia), fisioterapeuta (8 horas/dia), técnico em fisioterapia (16 horas/dia), nutricionista (4 horas/dia), assistente social (4 horas/dia), fonoaudiólogo (2 horas/dia), psicólogo (3 horas/dia), terapeuta ocupacional (8 horas/dia) e farmacêutico (4 horas/dia). A disponibilidade de médico com competência na área de geriatria será exigida quando existir este profissional na cidade sede do hospital. Chama-se a atenção para o fato de que, apesar de a portaria reconhecer que é preciso haver um trabalho de reinserção social para não aumentar o tempo da internação, é relativamente pouca a carga de tempo considerada dos assistentes sociais e dos psicólogos.

O hospital de CPs como estabelecimento destinado, principalmente, à reabilitação e à reinserção social constitui-se um estabelecimento de caráter híbrido em suas atribuições, pois precisa articular cuidados médicos e suporte social. No que diz respeito à internação de idosos e em especial dos idosos pobres, o desafio da reabilitação e reinserção social se torna mais difícil visto a sua grande vulnerabilidade social. A alta de pacientes sob CPs não depende apenas do êxito do tratamento terapêutico por parte da equipe médica, depende também do contexto sociofamiliar e da capacidade do serviço social do hospital resolver possíveis problemas dessa ordem.

Em 1999, o MS, na Política de Saúde do Idoso, Portaria GM/MS nº 1.395/1999, reforça a necessidade de articulação com outras modalidades de cuidados na

> (...) tentativa de reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde (BRASIL, 1999b).

Já no ano 2006, no texto da atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528), o MS explicita que a sociedade deve encarar como investimento o aumento dos gastos com a saúde dos idosos, inclusive com gastos para CP, em prol de uma sociedade mais integrada e humanizada (BRASIL, 2006). Também se reconhece que a ampla presença de idosos em famílias frágeis ou em situação de grande vulnerabilidade social torna imperiosa a necessidade de fortalecer a rede de assistência à saúde do idoso e dar bases práticas às avançadas políticas e leis brasileiras.

A especialidade de internação por CP é relevante na medida em que contempla os cuidados e a reinserção social das pessoas internadas, especialmente por doença crônica. Mas é importante assinalar que, em termos relativos, é uma modalidade

pouco frequente. Segundo dados do SIH-SUS, apenas 6,6% das internações no Estado do Rio de Janeiro ocorrem por motivos de CP, a maioria segue sendo por clínica médica (58,6%). Sendo assim, pode-se afirmar que o SUS utiliza, como exposto na portaria, somente em casos excepcionais.

Dado isso, como na origem dos hospitais, a responsabilidade atual do setor saúde no cuidado ao idoso necessariamente possui uma tênue fronteira com a assistência social.

Neste capítulo analisa-se o papel dos hospitais na complexa "rede" (ainda inexistente) de cuidados aos idosos e mostra-se como a rápida transição demográfica e epidemiológica requer uma revisão do papel de tais instituições.

2 DIMENSÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO HOSPITALAR DE IDOSOS NO RIO DE JANEIRO: O QUE INFORMAM AS ESTATÍSTICAS DO SIH?

O SIH-SUS, alimentado pelas Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), foi criado em 1983 com a finalidade de viabilizar o pagamento dos serviços hospitalares prestados por hospitais públicos e conveniados ao SUS. Entretanto, o SIH-SUS superou sua finalidade inicial e passou a constituir uma fonte de dados epidemiológicos fundamental não só por ser a única com informações de morbidade hospitalar de abrangência nacional que fornece dados de internações da rede do SUS, onde ocorrem aproximadamente 70% das internações no Brasil (LAURENTI; BUCHALLA; CARATIN, 2000), mas também por dispor de um conjunto de variáveis sobre a natureza da internação (causa principal da internação, causas associadas, procedimento realizado, meios auxiliares de diagnóstico e terapêuticos utilizados), características sociodemográficas do paciente com recursos pagos pela internação, entre outras. As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou contratadas/conveniadas) enviam as informações das AIHs para os gestores municipais ou estaduais para ser processadas no Datasus.

Diversas pesquisas já mostraram a potencialidade do SIH-SUS no conhecimento das condições de morbidade e mortalidade, planejamento e tomada de decisões na área de saúde pública (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006). O SIH tem sido utilizado para traçar o perfil de morbidade e mortalidade de idosos hospitalizados (AMARAL *et al.*, 2004; GAWRYSZEWSKI; JORGE; KOIZUMI, 2004) e em menor medida para analisar as condições de idosos institucionalizados em hospitais (COSTA *et al.*, 2000). Não se conhecem, pelo menos na literatura disponível até o momento na Biblioteca Virtual de Saúde, pesquisas com o SIH sobre o tempo de permanência de idosos por CP nos hospitais do SUS, possivelmente explicado pelas limitações e complexidade dos bancos de dados disponíveis.

No SIH-SUS existem dois tipos de AIHs: AIH-1 e AIH-5. A primeira, utilizada como matriz das demais, é preenchida quando ocorre uma internação na rede hospitalar vinculada ao SUS e tem validade por um período de até 45 dias, o que a caracteriza como autorização de internação para pacientes agudos. A AIH-5 é utilizada sempre que houver a necessidade de prolongar a internação por mais de 45 dias e deve ter o mesmo número da AIH-1 que iniciou a internação. A AIH-5 deve ser aberta no primeiro dia de cada mês e tem duração de no máximo um mês e o hospital pode emitir quantas AIH tipo 5 forem necessárias para cobrir todo o período de internação do paciente. A AIH-5 permite o pagamento mensal da internação prolongada e a continuidade das informações do paciente.

Os bancos de dados do SIH-SUS são elaborados a partir da informação de cada AIH, de maneira que se trata de autorizações mensais de internação e não de indivíduos internados. Em outras palavras, em um ano de internação uma mesma pessoa pode ter até 12 AIHs se ficar o ano inteiro internada. De maneira que, para analisar as informações, no tempo, dos indivíduos internados será preciso transformar os registros dos arquivos em informações de cada pessoa.

Foram selecionadas todas as internações no Rio de Janeiro de pacientes com 60 anos ou mais de idade e em cujas AIHs constava, na variável especialidade, o "Atendimento a pacientes sob cuidados prolongados", sendo excluídas da análise as internações de longa permanência por cirurgia, clínica médica e psiquiatria. Transformaram-se os arquivos originais, de internações, em uma base de dados de idosos com as informações de cada AIH aberta durante sua estadia por CP.[9] O período considerado pelo estudo foi o de 1/1/2000 a 31/12/2007. Com a variável da AIH sobre código de estabelecimento de saúde conseguiu-se identificar os hospitais do estado que prestam serviços de CP.

Analisa-se a informação do Estado do Rio de Janeiro e do município de forma separada. Identificaram-se 4.575 e 2.324, respectivamente, idosos internados na especialidade CP no período de 2001 a 2007.

---

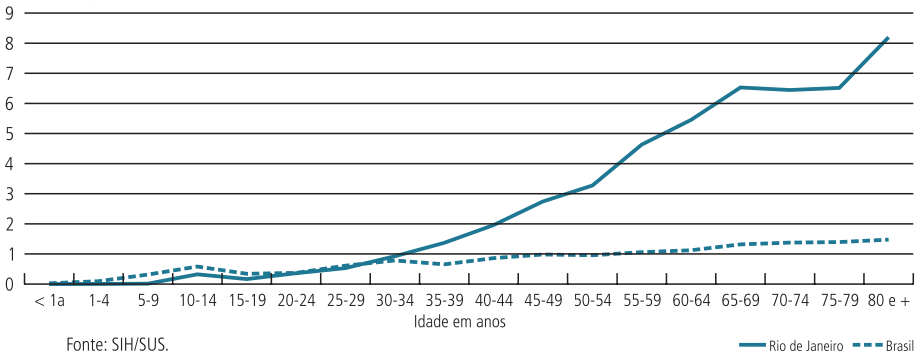
9. Como sinalizado anteriormente, pelos arquivos do SIH-SUS compilados mensalmente, se juntar os arquivos de um ano o idoso terá tantas AIHs quantos forem os meses de internação. Como o período desta pesquisa abrange 7 anos, obtiveram-se 84 arquivos de internações mensais. Sendo a finalidade principal desta pesquisa identificar o tempo, de forma interrupta, que idosos permanecem internados por CP. Foi preciso *linkar* todos os 84 arquivos em um banco só no qual não fosse mais cada uma das AIHs abertas e sim as pessoas idosas que tiveram internação nesse período, conservando as variáveis correspondentes ao início e ao fim (se tiver) da internação por CP entre 2000 e 2007. Em princípio, essa conversão dos bancos deveria ser feita pela identificação do número da primeira AIH aberta, o qual permanece constante durante toda a internação, pareando todos os bancos do SIH referentes ao período estudado (AIH-1 + AIH-5). Mas com a quebra de continuidade da numeração da AIH entre 2005 e 2006 fez-se necessário aplicar uma técnica de *linkagem* (PORTELA *et al*., 1997) para identificar a permanência das internações de idosos nesse período. Um artigo com explicação detalhada da metodologia utilizada está atualmente em elaboração.

2.1 Avanço da idade e maior chance de internações por CPs

Sabe-se que, com o aumento da idade, aumenta a chance de a pessoa vir a sofrer de doenças crônicas, patologias que têm um ponto em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. Como exemplos dessas doenças estão Alzheimer, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, osteoporose.

No gráfico 1 expõe-se a proporção de internações[10] por CP segundo idade, para o Brasil e para o Rio de Janeiro no ano de 2007. Em primeiro lugar, nota-se que, mesmo nas idades mais avançadas, a internação por CP é pouco frequente. A maior proporção de internações nessa modalidade acontece no Rio de Janeiro entre idosos de idades extremas: 8 de cada 100 internações de pacientes com 80 anos ou mais foram por CP. Em segundo lugar, nota-se que a partir dos 35 anos de idade, e mais ainda a partir dos 55 anos, no Estado do Rio de Janeiro, a modalidade de CP é muito mais usada que na média do Brasil. No estado, entre 60 e 64 anos de idade a internação por CP é quatro vezes maior do que no Brasil. A avançada transição epidemiológica e demográfica do Estado do Rio de Janeiro pode explicar esses resultados que são coerentes com a finalidade da modalidade de CPs, de prestar atenção a pacientes convalescentes e/ou com doenças crônicas.

GRÁFICO 1
Proporção de internação por cuidados prolongados e faixa etária no Estado do Rio de Janeiro e Brasil – 2007
(Proporção)



Fonte: SIH/SUS.

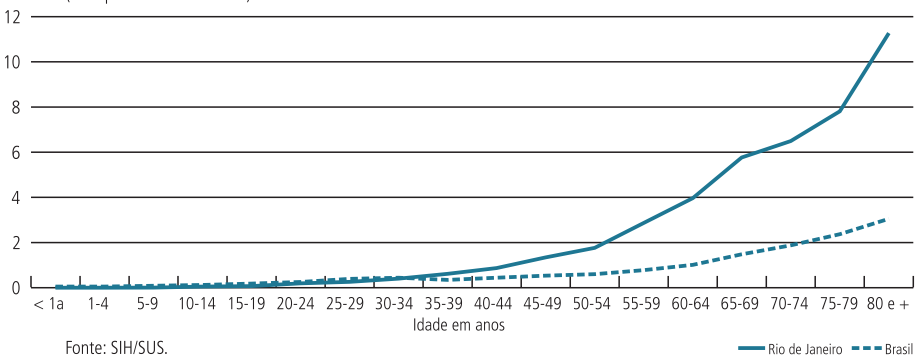
O aumento do risco com a idade pode ser observado mais claramente na medida "taxa de internação por CPs"[11] (gráfico 2). Nota-se que até os 30 anos de idade menos de 1 pessoa por cada 1.000 foi internada em 2007 por CP. A partir dessa idade o risco

10. Proporção por CP calcula-se como: total de internações por CPs a cada grupo de idade/total de internações por grupo de idade *100.

11. Taxa de internação por CP é calculada como: número de internações por CPs a cada grupo de idade/população de cada grupo de idade *1000.

aumenta aceleradamente, chegando a 4/1.000 e 11/1.000 aos 60 e 80 anos e mais, respectivamente, no Estado do Rio de Janeiro. O risco de internação nessa modalidade é cerca de três vezes superior no estado em relação ao país. Isso pode ter diversas explicações que deveriam ser estudadas em futuras pesquisas. Uma das hipóteses é a menor disponibilidade desse serviço do SUS em outras regiões do Brasil. Outra possível explicação pode ser o impacto negativo que tem o menor desenvolvimento da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro. Sabe-se que programas como o Programa Saúde da Família (PSF) podem evitar complicações de internações por doença crônica. Outra possível hipótese é que pelo fato de o estado ter menor fecundidade e, em consequência, famílias reduzidas, a rede de apoio aos idosos é menor.

GRÁFICO 2
Taxa de internação por cuidados prolongados e faixa etária no Estado do Rio de Janeiro e Brasil – 2007
(Taxa por 1.000 habitantes)



Fonte: SIH/SUS.

2.2 Causas das internações por CPs

Toda internação hospitalar tem, necessariamente, um motivo clínico que a justifique. O mesmo ocorre com as internações por CP. Como nas internações gerais da população idosa, a principal causa de internação dos idosos por CP são doenças do aparelho circulatório, 52% (COSTA *et al.*, 2000). As doenças do sistema nervoso (26%) têm maior peso entre os internados por CP que na população idosa geral, o que pode ser explicado pelo perfil de pacientes e pela necessidade de cuidados que implicam tais doenças crônicas degenerativas (COSTA *et al.*, 2000; KILSZTAJN, 2003). As principais causas de internação por CP são efetivamente doenças que limitam a capacidade de autonomia do idoso e, portanto, requerem, em diferentes graus, o suporte de cuidados até o final da vida.

TABELA 1
Idosos internados segundo o principal diagnóstico no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Diagnóstico	Número	%
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	2.358	51,5
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	1.187	25,9
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	450	9,8
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	168	3,7
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	139	3,0
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	127	2,8
Neoplasias [tumores] (C00-D48)	67	1,5
Doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	65	1,4
Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	14	0,3
Total	4.575	100,0

Fonte: SIH-SUS.

2.3 Grau de institucionalização hospitalar por CPs

Analisando o tempo de internação observou-se que mais da metade dos idosos com internações de CP permaneceu no hospital por mais de seis meses, 52%, caracterizando assim a institucionalização de idosos em hospitais por necessidades de CP. Essa constatação fundamenta a afirmação de Gorzoni e Pires (2006) sobre o alto contingente de idosos "institucionalizados" em hospitais do SUS. A tabela 2 apresenta a distribuição proporcional dos idosos internados por tempo de internação segundo sexo.

TABELA 2
Idosos internados por tempo de permanência no município e no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Tempo de internação	Estado			Município		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
De 45 dias a 6 meses	48,3	48,2	48,2	46,7	49,7	48,1
De 7 a 11 meses	18,6	16,7	17,6	20,1	15,4	17,8
De 12 a 17 meses	8,6	8,2	8,4	9,8	8,3	9,1
De 18 a 24 meses	9,1	9,4	9,2	8,1	8,1	8,1
Mais de 2 anos	15,5	17,6	16,5	15,3	18,4	16,8
Total	2.296	2.279	4.575	1.206	1.118	2.324

Fonte: SIH-SUS.

2.4 Sobrerrisco masculino de internações de CPs

Observou-se um diferencial por gênero e idade no risco de internação por CP no Rio de Janeiro (tabela 1). Aparentemente, nota-se uma razão equivalente (100,7 homens para cada 100 mulheres), entretanto, quando comparada com a relação razão de sexo da população do estado (70,4) evidencia-se o maior risco masculino nas internações.

TABELA 3
Razão de sexo entre os idosos internados e sobrerrisco masculino, segundo faixa etária no município e no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

	Faixa etária	Razão de sexo da população idosa[1]	Razão de sexo da população idosa internada[2]	Risco masculino[3]	Razão de sexo da população idosa internada há mais de 6 meses[4]	Risco masculino[5]
Estado	60-64	80,4	199,6	2,5	217,5	2,7
	65-69	85,7	163,1	1,9	155,9	1,8
	70-74	69,6	125,4	1,8	133,5	1,9
	75-79	63,0	82,7	1,3	92,5	1,5
	80 e +	53,4	45,6	0,9	46,5	0,9
	Total	70,4	100,7	1,4	107,9	1,5
Município	60-64	74,0	217,5	2,9	274,6	3,7
	65-69	68,9	155,9	2,3	172,2	2,5
	70-74	63,2	133,5	2,1	157,1	2,5
	75-79	56,7	92,5	1,6	82,7	1,5
	80 e +	46,8	46,5	1,0	43,1	0,9
	Total	63,3	107,9	1,7	114,4	1,8

Fontes: SIH-SUS e projeção estatística do Censo de 2000.

Notas: [1] População masculina/população feminina * 100.

[2] População masculina internada em hospitais / população feminina internada em hospitais * 100.

[3] (2/1).

[4] População masculina internada em hospitais / população feminina internada em hospitais * 100.

[5] (4/1).

Como medida de sobrerrisco masculino, estimou-se a relação entre a razão de sexo da população internada e a razão de sexo da população idosa do Estado do Rio de Janeiro. Encontrou-se que no grupo de idade de 60 a 64 anos o sobrerrisco masculino de internação é quase três vezes maior do que o da população feminina na mesma faixa etária. Quando se considera o município do Rio de Janeiro, o risco masculino ainda é maior (de 3,6) nessa faixa. Somente entre os idosos de maioridade (80 anos e +) as chances de internação por CP é quase equivalente entre sexos talvez influenciado pelo efeito da menor expectativa de vida masculina, o que levaria a não continuar a internação por motivo de morte e não de alta.

Como explicar que homens têm sobrerrisco de internações por CP? Algumas hipóteses podem ser sugeridas para explicar os diferenciais de gênero. Por uma parte, o fato de mulheres utilizarem com mais frequência e regularidade os serviços de saúde para exame de rotina e preventivos enquanto os homens procuram serviços de saúde predominantemente por motivos de doença em todas as etapas da vida, inclusive na velhice, pode levar a internações em estágios da doença mais avançados o que levaria à necessidade de prolongar sua internação para cuidados e recuperação (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Outra hipótese para explicar o maior risco masculino de internações por CP, inclusive de institucionalmente hospitalar (mais de 6 meses), é a de que o homem conta menos com as redes sociais de apoio familiar e social que as mulheres, apesar de a tipologia de família ser mais tradicionalmente nuclear, inclusive em muitos casos em fase de expansão (ROMERO, 2002). Para mulheres é heterogênea a tipologia de família. Uma de cada duas idosas não mora com cônjuge, muitas moram sozinhas e daquelas que moram acompanhadas, um grande percentual não tem cônjuge e/ou mora com outros parentes. Nascimento (2010) assinala que no Brasil a menor sobremortalidade feminina e a maior propensão masculina a recompor sua vida conjugal uma vez viúvo com mulheres mais jovens caracterizam importante diferenciação.

Diferentes por gênero nessa etapa do ciclo vital. Sendo assim, em princípio poderia se esperar que mulheres fiquem "abandonadas" com mais frequência. Entretanto, o estudo de Due *et al*. (1999) mostrou que as redes sociais das mulheres são maiores e mais diversificadas do que a dos homens e que justamente na velhice são menos os pares e mais os filhos, amigos e pessoas conhecidas em associações formais que dão suporte nas etapas de dependência social e de saúde (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006). Em concordância com isso, Saad (2003), pesquisando sobre a transferência de apoio informal da população idosa do município de São Paulo, mostrou, no entanto, que uma proporção significativamente maior de mulheres que de homens declarou possuir dificuldades em exercer atividades tanto básicas quanto instrumentais da vida diária, os homens recebem menos ajuda dos familiares e amigos que as mulheres, principalmente em se tratando de atividades básicas.

Uma terceira hipótese para explicar o sobrerrisco masculino de internação por CP é a maior vulnerabilidade masculina, desde jovens. Há o alcoolismo (SIMON, 1974), as drogas (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009) e outros problemas sociais que levam ao isolamento, como mostrado mais adiante na seção 3 deste capítulo, onde analisam-se os resultados das entrevistas.

Esses achados confirmam a necessidade de considerar as desigualdades de gênero no envelhecimento, incorporando-se efetivamente a dimensão masculina. Tradicionalmente, pouco interesse é dedicado às questões significativas em torno da masculinidade, entretanto, o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade evidenciam que o homem está muitas vezes em situação desfavorável em relação às mulheres na velhice (CÔRTE; ARCURI; MERCADANTE, 2006). Os autores, numa pesquisa de campo, observaram que o trabalho e as relações sociais que se estabelecem através dele têm uma importância fundamental na formação do sentido da vida, mais para os homens do que para mulheres, tendo em vista a importância social que para eles representa ser responsáveis pelo sustento da família.

Assim, se a velhice está em relação direta com o modo de vida que se teve em fases anteriores do desenvolvimento, torna-se necessário pensar nestas questões culturais que colocam homens e mulheres em situações tão diversas durante a vida.

2.5 Por que se prolongam as internações dos idosos?

Para conhecer os motivos que levam a dar continuidade à internação por um tempo maior que 45 dias, deve-se preencher na AIH-5 uma variável (não presente na AIH-1) chamada "permanência a maior". As opções de resposta, mencionadas à continuação, evidenciam o caráter do hospital do SUS quanto ao acolhimento não só por motivos clínicos, mas também considerando o entorno social e familiar.

As opções de resposta dessa variável são: *i*) permanência maior por características próprias da doença; *ii*) permanência maior por intercorrência; *iii*) permanência maior por doença crônica; *iv*) permanência maior por impossibilidade de vivência sociofamiliar; e *v*) permanência maior por motivo social. Para este trabalho juntaram-se em dois grupos: permanência por doença (inclui as três primeiras categorias) e permanência por motivo sociofamiliar (inclui as duas últimas categorias).

TABELA 4
Motivos de permanência das internações de idosos por sexo no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Motivos para prolongar a permanência	Todas as internações						Internações com mais de 6 meses					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Doença	1.796	78,3	1.873	82,2	3.669	80,2	924	77,8	924	78,2	1.848	78,0
Sociofamiliar	499	21,7	406	17,8	905	19,8	263	22,2	257	21,8	520	22,0

Fonte: SIH-SUS.

Entretanto, é importante salientar que 22% dos homens e 18% das mulheres tiveram como motivo de maior permanência aqueles estritamente de caráter sociofamiliar. Tais proporções aumentam ligeiramente entre os idosos com maior tempo de permanência, ou seja, quanto maior o tempo de internação acentuam-se os casos de pacientes que permanecem por motivo sociofamiliar. Quanto ao tempo de internação desses "pacientes sociais" observou-se na tabela 5 que mais da metade (53%) ficou internada por mais de seis meses. Dentre eles, 21% chegaram a ficar mais de 24 meses internados. Esses achados levantaram a hipótese de que as questões de fragilidade sociofamiliar são agravantes para o aumento do tempo de internação dos idosos. Posteriormente, as entrevistas confirmaram essa hipótese.

TABELA 5
Idosos cujo motivo para prolongar a internação é sociofamiliar por tempo médio de permanência dos idosos no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Tempo de internação por motivo sociofamiliar	Número	%
< = 6 meses	385	47
7 a 11 meses	169	14
12 a 17 meses	76	8
18 a 24 meses	87	10
> 24 meses	188	21
Total	905	100

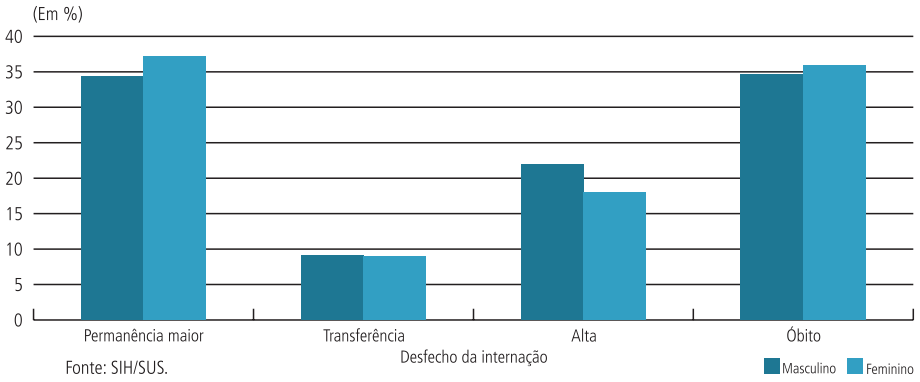
Fonte: SIH-SUS.

2.6 Desfechos das internações por CP: foi possível a reinserção?

Analisando as últimas AIHs emitidas para cada idoso internado para CP no período analisado, pode-se traçar um perfil do desfecho das internações. Constatou-se que 1.636 (35%), do universo de 4.575, permaneceram internados no final do levantamento, ou seja, ultrapassaram o ano de 2007. Dos que saíram da rede hospitalar, apenas 914 (20%) tiveram alta. No preenchimento da AIH, coloca-se saída por melhora do quadro geral de saúde. Poder-se-ia esperar que fosse por reinserção social, já que esse é o objetivo principal das internações por CP. Altas por transferências aconteceram para apenas 411 idosos (9%). Chama especialmente a atenção que 1.614 (35%) faleceram durante o período da internação por CP.

Como apresentado no gráfico 3, continuar internado (44%) ou falecer (35,3%) no decorrer da internação são as situações mais comuns. Apenas 20% saíram da rede hospitalar para uma instituição de cuidados, como ILPI, ou retornaram ao convívio familiar. Esse indicador demonstra que a internação por CP em muitos casos representa a institucionalização definitiva do idoso, aproximando esses hospitais de instituições asilares.

GRÁFICO 3
Distribuição proporcional por tipo de desfecho das internações por CP segundo sexo no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007



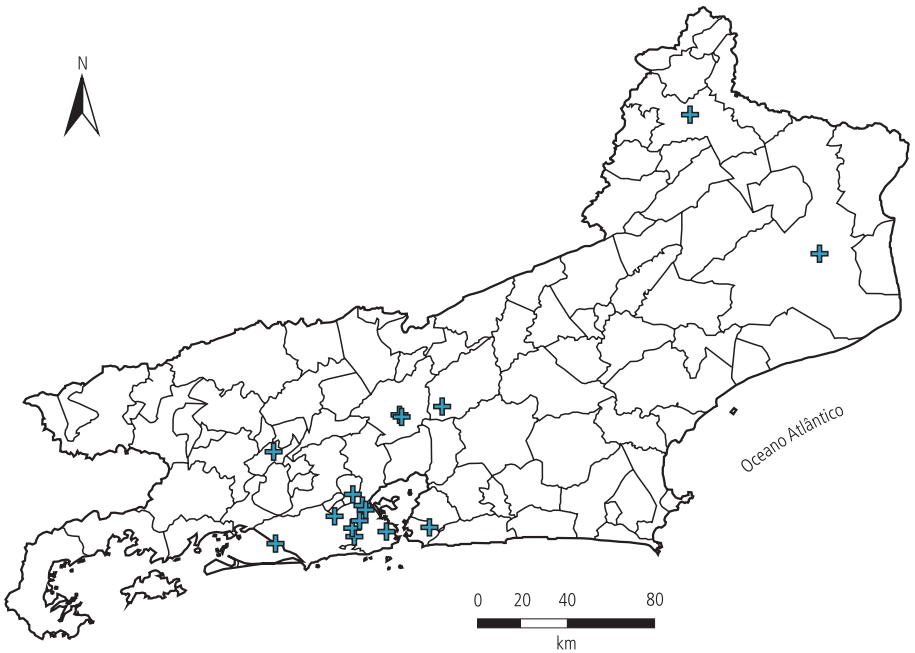
Fonte: SIH/SUS.

Elias (1983) destaca que, nas sociedades modernas, a morte é vista como um dos maiores perigos biopsicossociais na vida dos indivíduos e que por isso a sociedade impõe muitas vezes o isolamento do processo de declínio da vida, sendo o idoso, em nome de proteção e cuidados, empurrado para os bastidores e excluídos do convívio social. Assim, a rede de atendimento institucional aos idosos, sustentando-se na possibilidade de retardamento da morte biológica, afasta familiares e parentes e provoca uma espécie de morte social. No caso de idosos que continuam institucionalizados e morrem dentro do hospital, o afastamento é resultado de uma complexidade maior de fatores que serão expostos na seção 3 deste capítulo.

2.7 Características dos hospitais de cuidados

Identificaram-se 16 hospitais que prestaram a modalidade de CP de forma interrupta no período de 2001 a 2007 no Estado do Rio de Janeiro. Da análise foram excluídas as instituições que, por algum motivo, fecharam ou pararam de emitir AIH por CP. Metade dos hospitais com tais características localiza-se no município do Rio de Janeiro (mapa 1).

MAPA 1
Distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde no Estado do Rio de Janeiro



Fonte de dados: CNES.
Digitalização dos mapas: IBGE.
Estruturação do mapa: Laboratório de Geoprocessamento/Fiocruz.

A partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) identificou-se que todos os hospitais com CP são privados, mas conveniados com o SUS. Destes, cinco são filantrópicos ou empresas sem fins lucrativos e 11 eram empresas com fins lucrativos. No que diz respeito ao tipo de atenção oferecida, observa-se que seis são hospitais gerais e dez são hospitais especializados; três são de média e alta complexidade, 12 de média complexidade, e dois oferecem serviços de atenção básica.

O mapa 1 apresenta a distribuição espacial dos hospitais que realizaram internação de idosos por cuidados prolongados no Estado do Rio de Janeiro entre 2001 e 2007. Observa-se intensa concentração de estabelecimento na capital e municípios adjacentes.

Um importante indicador do grau de relação dos estabelecimentos com o SUS é a proporção de leitos disponíveis para ele. A tabela 6 apresenta este indicador. A proporção varia de 50% até 100%, o que representa uma forte dependência econômica desses hospitais do setor público.

TABELA 6
Proporção de leitos conveniados ao SUS por hospital no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Nome/razão social	Leitos de especialidade crônica	Proporção de leitos de crônicos destinados ao SUS
Santa Casa de Misericórdia de Campos	120	100
Hospital Evangélico de Paracambi	1	100
Clínica Geriátrica do Vilar	80	100
Associação Santo Antônio dos Pobres de Itaperuna	80	50
Sanatório de Correas	120	100
Sanatório Oswaldo Cruz Ltda.	80	100
Hospital São Miguel	120	100
Beneficência Portuguesa de Teresópolis	40	92,5
Clínica Jardim América	100	80
Americlin	120	100
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças	170	70,6
SCMRJ Santa Casa Hospital Nossa Senhora das Dores	120	66,67
Casa de Saúde República Croácia	40	100
Casa de Saúde Gabinal Ltda.	80	80
Casa de Saúde Jacarepaguá	80	100
Serviços Médicos Leopoldinense (Semel)	80	50

Fonte: CNES.

3 MOTIVOS SOCIAIS OU CLÍNICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO HOSPITALAR DE IDOSOS POR CP: O QUE DIZEM OS RESPONSÁVEIS DOS HOSPITAIS?

Realizaram-se seis entrevistas semiestruturadas, com duração de cerca de uma hora cada uma, com diretores e assistentes sociais dos hospitais de cuidados prolongados do município do Rio de Janeiro. A realização das entrevistas teve por finalidade aprofundar a discussão das razões que explicam a institucionalização de idosos em hospitais de CP. Dos seis hospitais identificados no município, cinco aceitaram participar da pesquisa.

As entrevistas evidenciaram que, até o momento da internação, muitos idosos eram independentes e por motivo da doença ou agravo à saúde passaram a ser dependentes dentro do hospital. De maneira que o hospital representa a "ponte" entre esses dois estados de saúde, o que muito irá afetar a sua condição de vida. Isso vem ao encontro do afirmado por Elias (1983) quanto à função do hospital como marco simbólico e material de efetivação da morte social, da velhice e do prenúncio da morte inexorável do corpo. É no hospital que a doença ratifica a finitude do indivíduo como sujeito social, pois o despoja de juventude, beleza, produtividade e independência, tão caros à sociedade.

Relatam os entrevistados que a dependência surge ou é agravada com o tempo de internação. "Esses que são dependentes hoje chegaram aqui independentes" (Hospital A). O tempo de internação prolongada afeta não só a capacidade funcional do idoso, mas influencia também o contexto familiar. "Eles ficam dependentes, se tornam inoportunos, querem reivindicar o seu direito e a sua autoridade, não querem entender que não têm mais autoridade e que agora dependem da família" (Hospital B).

A questão familiar foi, por muitos entrevistados, enfatizada como importante variável condicionante da alta de idosos, principalmente para os idosos dependentes de cuidado cotidiano e de saúde. Para as famílias pobres o impacto de ter no lar uma pessoa que precisa de cuidado contínuo é ainda maior, visto que não possuem condições econômicas de contratar o serviço de um cuidador. Neste cenário, é comum o desejo da família de manter o idoso hospitalizado, pela garantia de atenção à sua saúde percebida por este familiar. Como assinala Camarano (2004), embora em nosso país a institucionalização de idosos não constitua uma prática constante, ela ocorre, em especial, quando a família já não pode dispensar os cuidados necessários a um idoso dependente. Culturalmente, as famílias postergam até o seu limite de cuidado a decisão de asilar o seu idoso.

Situações colocadas nas entrevistas fazem refletir as afirmações do sociólogo alemão Norbert Elias (1983) quanto à representação social feita acerca da deterioração física

e cognitiva na etapa do envelhecimento. O envelhecimento representa simbolicamente a antecipação da morte. O medo de morrer, o pavor do fim da vida, é o sentimento que, fragilizando as pessoas, faz com que se estabeleça o afastamento dos velhos e moribundos, separando as pessoas que envelhecem das outras. Essa construção social pode também ajudar a entender o afastamento da família do idoso doente e dependente.

A ausência de um cuidador no domicílio, além das doenças e da perda de independência, é um importante prenúncio da institucionalização do idoso (MAZZA; LEFEVRE, 2004), e esta foi apontada pelos entrevistados como importante barreira para a reinserção social.

A história de vida familiar conflituosa é outro dos fatores que limitam tal reinserção, especialmente entre os idosos do sexo masculino. Os entrevistados colocaram que antecedentes de consumo de álcool, violência contra a mulher e/ou filhos e abandono da família em etapas anteriores da vida são motivos frequentes do abandono do idoso nos hospitais. Com essas histórias reforça-se o papel fundamental que tem o assistente social em tais instituições assim como a necessidade de articulação da rede de cuidados pública.

> Nós temos um paciente que morava sozinho num quarto em (...), ele é uma pessoa de temperamento muito forte, largou a mulher e os filhos, batia em todo mundo, largou tudo para lá, nem quis saber. As filhas foram criadas pela avó e pela mulher com muita dificuldade, mas refizeram a vida e ele ficou para lá, sozinho, até que um dia, passou mal. Tem câncer de próstata, um monte de problemas, diabetes grave que está causando cegueira, (...) os médicos dizem que ele não tem condição de operar e, nesse meio tempo, alguém conseguiu chegar até a filha dele, que não via há trinta e cinco anos, porque o pai tinha toda uma história pregressa, mas ela veio e passou a visitá-lo e ele ficou superfeliz. E nós fomos trabalhando ela, que acabou criando vínculo de novo com o pai, foi se reaproximando, só que já está na época de fazer alguma coisa com ele, porque vai caracterizar longa permanência. (...). Ela já disse que não tem condição de levar ele para casa, porque o marido não quer, a mãe não quer, ele inclusive a obrigou a ser procuradora dele, ela não queria (...) (Hospital C).

Uma das assistentes sociais relatou o caso de um idoso, internado por dois anos, com sequela de fratura e necessitando do apoio de muletas para a deambulação. Durante a internação para cirurgia ortopédica, seus documentos foram perdidos e não havia referencial familiar. Este tipo de paciente, que já tinha alta clínica, não teve a *alta social*, pois não havia quem garantisse os cuidados básicos de que necessitava. Tal situação aproxima-se das questões levantadas por outra assistente social, quando afirma: "Eu tenho doentes que não precisariam estar aqui. Se ele tivesse alguém pra trocar fralda, dar banho, comida, levar para tomar um banhinho de sol na cadeira, ele não precisaria estar dentro do hospital"(Hospital B).

Relatos semelhantes são descritos no Relatório do Tribunal de Contas da União, realizado em 1999, com o intuito de avaliar as condições de vida dos idosos internados em hospitais do município do Rio de Janeiro. Os autores do relatório concluem que na maioria dos hospitais os idosos eram pacientes que tinham sequelas de doenças neurológicas e necessitavam de auxílio de terceiros para deambulação, higienização ou alimentação, mas não de cuidados médicos ou hospitalares permanentes.

A tipificação dos pacientes, sistematizada por um dos entrevistados, aponta para as dificuldades de reinserção do idoso na sociedade, quando este é um *paciente médico e social*. Ele identifica três tipos de paciente médico e social: o idoso que não possui documentos ou renda; o que possui documentos, mas não tem residência, e os que possuem renda, família e residência, mas são rejeitados pelo núcleo familiar.

Em todas as entrevistas esteve presente a preocupação e impotência da equipe frente a tantas limitações familiares, econômicas, estruturais, entre outras.

> Rejeição familiar é uma variável, rejeição objetiva e subjetiva, e por rejeitar, ela (a família) não vai facilitar nada pro assistente social nem pra equipe do hospital para mudar a realidade (Hospital B).

> Nós temos pacientes idosos que não têm família, não têm renda, não têm nada, e nós não podemos pôr na rua e não temos onde colocar (Hospital D).

A hospitalização para CPs também afeta os vínculos familiares e é afetada por eles. Ressaltam os entrevistados que os vínculos com a família são mantidos durante a internação, mas se diluem com o tempo. Quanto maior o tempo de internação, menores os vínculos.

Os vínculos mantidos são caracterizados como econômico ou afetivo, mas não garantem a alta do idoso e o retorno ao núcleo familiar: "Desses 33 casos que falei, tenho 22 pacientes com vínculo familiar e as famílias não têm como assumir (...) Porque o pessoal trabalha, né? (...) Quem vai ficar tomando conta daquele paciente dentro de casa?" (Hospital B). Nessa fala resume-se o efeito da ausência do cuidador no domicílio.

Ressalte-se que as instituições desempenham um papel que ultrapassa o atendimento clínico quando há necessidade de intervir na vida do paciente, no que diz respeito ao contato com a família, localizar um parente que se responsabilize pelo paciente, providenciar nova documentação, providenciar benefícios. Tais colocações reforçam o caráter necessariamente híbrido entre atendimento clínico e social dos hospitais com CP. "Temos que fazer muitas coisas, (que) não é atribuição nossa,

mas, (...) a gente vai até o fim, até onde pode, para esse paciente sair com alguma segurança e até voltar para a sociedade (...) mas esses caminhos são bem difíceis e bem demorados" (Hospital D).

Nesta atuação, uma expressão é utilizada com frequência pelo serviço social: *trabalhar a alta*. Denota o tempo decorrido entre a alta clínica e a efetivação da alta, quando esta acontece; o paciente não foi a óbito. Na ausência de referência e contrarreferência da rede de assistência social, a família torna-se o único lócus de encaminhamento do idoso. Na fala seguinte, percebe-se que a procura da identidade do idoso é condição para o encaminhamento, em primeiro lugar, à família. Sem esse documento, o idoso não pode ser transferido para uma instituição de cuidado nem ser incorporado em programas de atenção básica.

> (...) você tem aquele paciente que chamamos de social, que é o paciente alheio a toda a sociedade, ele é sozinho, não tem documento, não tem renda, não tem casa, é morador de rua, aí, é o trabalho que o serviço social faz, a identificação de papiloscopia dele, tentar localizar a existência dele no Brasil, mas aí depende de órgãos públicos e o que era para levar dez dias, leva cinco, seis anos, sei lá! (Hospital D).

Os que são definidos pelos entrevistados como *paciente social* são os que perderam todos os vínculos familiares. Nos casos de abandono familiar efetivo, o hospital precisa intervir junto ao Ministério Público (MP) para que o familiar responsável pela internação reassuma este cuidado.

A relação do hospital com as famílias dos pacientes revela conflitos importantes que permeiam a dinâmica da internação de idosos. Como Goffman (1961) afirmava, a inter-relação por princípio é tensa entre a instituição e a família. O Estatuto do Idoso, no Artigo 16, assegura o direito dos idosos internados a ter acompanhantes (BRASIL, 2003). A princípio, a presença da família em internações para CP seria de grande importância no processo da alta e reinserção dos idosos no ambiente familiar, mas, segundo relato dos entrevistados, esse convívio não se dá sem tensões. Em parte, isto ocorre porque o acompanhante foi introduzido no ambiente hospitalar sem que houvesse estrutura adequada e sem uma preocupação de envolvê-lo no processo de cuidados.

> Existe uma lei do idoso que nos obriga a ceder uma cadeira para acompanhar o idoso, principalmente à noite. Nós pedimos, quando é mulher, que venha uma mulher acompanhando. Se é homem, que venha um homem ou, então, uma mulher. É difícil. Tem algumas que chegam aqui, ocupam um leito vazio do lado, deitam, dormem e esquecem que precisam olhar. E quando vêm de fora? Aí é que o médico fica maluco: "P (...), não tá descendo com a insulina, não tá descendo (...) essa glicose dessa mulher não tá descendo nem a pau!" A visita vem, traz goiabada, marmelada, bolo (...) quer matar o cara. Quando passa uma visita dessas carregando um embrulho: "psiu! O que é isso? Pra quem é isso? Não, é pra eu comer. Bom, não vai dar pro velho não, que vai matar ele (...)" (Hospital E).

Sobre a convivência dos familiares com os profissionais de saúde no ambiente hospitalar, cita-se a experiência positiva de Schier, Gonçalves e Lima (2003), que através do Programa de Acompanhante Hospitalar para Pacientes Geriátricos, na Unidade de Clínica Médica II, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), não apenas garante a presença de um acompanhante para o idoso internado, conforme preconizado pela Portaria MS nº 280/1999,[12] como capacita os mesmos para o processo de cuidado, tratamento e recuperação necessários àquele idoso. O programa, tido como essencialmente educativo, considera o familiar parte do processo de tratamento do idoso, considerando a sua condição de vida e saúde. Percebe-se que este familiar, no momento da alta, sente-se mais confiante para dispensar cuidados ao idoso. O programa traz outro aspecto interessante: lida com os mitos e preconceitos que regem muitas das práticas dos profissionais de saúde, no que tange aos valores familiares. Muitos, sem entender as condições de vida e saúde da família de determinado idoso, julgam como falta de amor e de compromisso moral a ausência de visitas, em especial quando se aproxima o momento da alta. Esta crítica, ora aberta, ora velada, mais afasta do que aproxima o familiar da equipe, em parte pelo constrangimento de expor a sua incapacidade de oferecer cuidados no domicílio, por exemplo, por precariedade financeira. A aproximação oferecida pelo programa permite, ao menos, a busca de alternativas de cuidado.

No que se refere ao processo da alta dos idosos, quando a relação entre o hospital e a família do idoso chega ao nível máximo de saturação, faz-se necessária a intervenção de outras instâncias. Segundo as falas dos entrevistados, o MP é praticamente a única instituição parceira dos hospitais nos casos de resistência familiar em levar o idoso para casa ou de abandono efetivo no hospital. Situação similar é relatada por Lemos (2009), quando analisa os casos de denúncias no MP de abandono familiar. O autor encontra que na maioria dos casos os profissionais insistem com as famílias que levem o idoso para casa, mesmo que sejam ambientes domésticos que não garantam a qualidade do cuidado. Esgotadas as possibilidades de negociação com a família, Lemos observou que, mesmo a contragosto dos assistentes sociais, os casos são encaminhados para o MP. Este, por sua vez, definirá para onde encaminhar os idosos.

> (...) o paciente fraturou a perna e veio para cá, ele já tinha dado entrada no Ministério Público contra maus-tratos e uso indevido do dinheiro dele (...), essa sobrinha veio, ameaçou todo mundo, não queria

12. Artigo 1º Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados (BRASIL, 1999a).

> dizer quem era responsável pela procuração, ficava enrolando, a gente ligava para ela trazer as coisas e não trazia, mas agora o Ministério Público está agilizando muito, modificou bastante, eles estão trabalhando muito, não sei dizer o que foi modificado, mas nesse sentido estão fazendo um trabalho muito bom, eles vieram aqui e nós colocamos o que estava acontecendo, ela foi chamada pelo Ministério e uma juíza tirou dela, fez uma curatela e na semana passada, essa sobrinha foi chamada na delegacia para responder por maus-tratos (Hospital D).

A carência de rede de suporte social, tanto da assistência como dos serviços de saúde de atenção básica, também foi apontada como causa que limita a função do hospital de reinserção à sociedade dos pacientes idosos internados por CP.

> (...) ano passado mesmo a prefeitura chegou aqui com uma ordem para que nós fizéssemos uma relação de pacientes em condições de sair e que necessitassem de ILPI (...) nenhum saiu. O apoio da parte social da X não existe em nada. Desenvolvimento Social e a Secretaria de Saúde não se falam. (...). Eu estou com um paciente cego, novo, quarenta e poucos anos, ele veio de um asilo de cegos da X que fechou, vítima de atropelamento. O paciente está bom, eu faço o que com esse paciente? Jogo na rua? Já se tentou, a gente escreve, mas não temos retorno de nada. Eu recebi deles uma relação de asilo e abrigos etc, 99% é no mínimo um salário mínimo e por aí vai, tem de dez salários, agora gratuito, quando tem, não querem pacientes dependentes de nada (Hospital A).

O PSF e o Programa de Cuidados Domiciliares foram citados como alternativas importantes, mas ainda incipientes, para a reinserção de idosos na família. A seguinte entrevista refere-se a um caso de idoso não internado pelo SUS, mas com problemática para pagar cuidados especializados dentro de casa.

> (...) semana passada, recebemos uma idosa de noventa e um anos, que estava na (...). A família até tem condições de ficar com ela em casa, mas esse tipo de enfermagem eles não podem pagar e o convênio não vai cobrir e ela, ficando aqui, vai ter assistência completa, porque, se for pagar os enfermeiros devidos, o custo fica muito maior! E ela tem uma dependência, precisa trocar fraldas, precisa se alimentar, precisa que alguém dê banho, então, aqui é cuidada no que eu chamo "full time", tempo integral. Se você leva para casa, quanto vai ser o custo? Se você chamar um médico em casa, quanto custa uma visita médica? Ainda bem que agora o PSF está ajudando, mas ainda é pouco! Esses dias tivemos até uma palestra sobre esses cuidados com o idoso em casa (...) se você for ao hospital com esse idoso, para fazer um tratamento ou exame, tem que chegar antes das cinco da manhã, pegar uma ficha, para ser atendido no outro dia, enquanto se já estiver aqui, você já é atendido! (Hospital C).

Convém ressaltar que esta necessidade de "trabalhar a alta" não é prerrogativa apenas dos assistentes sociais, em estabelecimentos de saúde, e com pacientes idosos dependentes. Como relatam Franco e Merhy (2008), os profissionais do Programa de Atenção Domiciliar (PAD), dos serviços de saúde suplementar, também encontram dificuldades na suspensão deste atendimento, quando da alta

clínica do paciente, pelo fato de os familiares apresentarem resistência em assumir os cuidados com os pacientes, após terem "vivenciado o PAD. Há casos de ações judiciais para manutenção do Programa de Atenção Domiciliar, mesmo que nos critérios da equipe e prestadora não haja indicação técnica para isso" (FRANCO; MERHY, 2008, p. 1.514). Tal fato exige um desligamento gradativo, incorporando à atenção clínica a capacitação do familiar para o cuidado ao paciente, de forma que se sintam mais seguros ao se verem sozinhos.

Dessa forma, o abandono do idoso por parte de seus familiares deve ser entendido também como efeito da falta de suporte social e governamental às famílias.

Uma das entrevistadas relata um caso em que o filho justificava a impossibilidade de levar sua mãe para casa por medo de não poder dar atenção médica adequada caso a senhora piorasse seu estado de saúde. Essa angústia familiar foi retratada na seguinte fala: "(...) ele mora numa área de risco, aqui na Cidade Alta, em Cordovil, e disse pra mim o seguinte outro detalhe é que eu não posso levar minha mãe. Moro numa área de risco, se a minha mãe passar mal à noite – aqui eu tenho muitos casos assim – 'a SAMU não entra'" (Hospital B).

A criminalização do abandono dos idosos em hospitais e asilos foi um avanço importante no âmbito da proteção social dos idosos, mas gerou a "super-responsabilização" da família em detrimento da responsabilidade coletiva representada pelo Estado, como afirmado por Lemos (2009). Um exemplo disso é o caso relatado numa das entrevistas quando questiona a legitimidade de possíveis decisões da Justiça, baseado no Estatuto do Idoso, que pode obrigar a família a cuidar de um homem idoso "abandonado" quando ele no transcurso de sua vida deixou seus filhos e sua mulher.

> (...) a partir do momento em que a gente manda o caso social, elas vão à residência, ao local; e estudam o caso social para ver se realmente a família tem ou não condição (...) eu falei com essa filha, que está muito aflita, porque a mãe chora, o marido briga com ela, e ela está com problema de saúde, e pedi a ela que ficasse calma e, se ela permitisse, eu ia pedir ao juiz um curador, que arrumasse um local para que ele ficasse e ela disse que ficaria só como filha, ficaria com a parte afetiva, de vir visitá-lo. Eu acho que é uma boa solução, pelo menos, não perde o vínculo afetivo e resolve um problema (Hospital C).

As famílias que não possuem meios para prover os cuidados aos seus idosos (contratar cuidadores ou colocar em uma ILPI) vivem uma situação de desamparo com relação ao Estado. Lemos (2009) defende que a criminalização do abandono soa como um encobrimento que desvia a atenção do aspecto que deveria ser considerado crucial para a resolução do problema: uma política consistente e concreta de apoio ao idoso em situação de dependência, marcada pela ação combinada da

família e do poder público. Essa criminalização, quando desvinculada de uma política social sistemática, mascara a falta de comprometimento efetivo do poder público para com a velhice fragilizada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo refletiu-se sobre a problemática e os desafios para o SUS e para a sociedade em geral, que representa o contingente de idosos que prolonga o tempo de permanência nos hospitais por problemas de reencaminhamento à família ou a uma instituição de moradia que garanta a continuidade dos cuidados, especialmente entre aqueles com algum grau de dependência.

Do ponto de vista do papel do Estado na assistência à população idosa observa-se que a intensa transição demográfica e epidemiológica no Brasil não está sendo acompanhada de adequadas e suficientes mudanças das políticas públicas e das estruturas, e funcionamento, da rede de suporte social relativa aos idosos. A demanda de serviços e estabelecimento de cuidados para os idosos, especialmente para aqueles com algum grau de dependência física e econômica, é uma questão urgente que precisa ser colocada em diferentes âmbitos da sociedade brasileira.

No Brasil, existe uma legislação avançada relativa à proteção social para a população idosa.[13] Quanto à assistência à saúde, diversas portarias tratam o assunto das redes estaduais de assistência à saúde. O MS, por meio da secretaria de atenção à saúde, orienta como devem se organizar as redes estaduais de atenção à saúde do idoso. Segundo o manual técnico do MS (BRASIL, 2002), as redes devem ser organizadas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à saúde do idoso. Mas o que existe atualmente no estado e município é uma débil rede de assistência às necessidades específicas dessa população. A falta de vagas em ILPIs, a frágil rede de atenção primária do Estado do Rio de Janeiro com baixa cobertura do PSF, a inexistência de uma rede de referência e contrarreferência compromete ainda mais a situação de fragilidade dos idosos carentes que precisam de cuidados.

Pela Portaria GM/MS nº 2.413/1998 (BRASIL, 1998) de CPs, o MS, na busca pela integralidade, explicita seu papel híbrido de unidade médico-social, através do exercício de atividades de reinserção social para aqueles internados por doenças crônicas ou outras causas que precisem de cuidados de menor complexidade.

13. Sobre esse tema, ver capítulo de Camarano e Mello neste livro.

O trabalho de reinserção social pode ser considerado essencial devido ao papel importante do hospital no binômio doença–cuidado assim como a relevância do setor saúde na proteção dos idosos. Com adequado encaminhamento da atenção e cuidados poderiam se evitar conflitos e maus-tratos aos idosos dependentes nas famílias com limitações para o cuidado cotidiano do mesmo (WOLF; DAICHMANN; BENNETT, 2002; MINAYO, 2003; CAMMER PARIS, 2010). Os relatos dos entrevistados mostraram a necessidade imperiosa da articulação da rede de cuidado e proteção ao idoso para que a reinserção social (finalidade última da hospitalização por CP) possa ser possível e assim diminuir o número de idosos institucionalizados nesses hospitais.

No Estado do Rio de Janeiro, por meio dos dados das AIH-SUS, encontraram-se 4.575 idosos internados por CP no período de 2000 a 2007. Apenas 20% dos casos atingiram o objetivo mencionado na portaria: a reinserção social. O restante de idosos ou saiu por óbito ou continuou internado. Outro importante achado é a grande proporção de internações com duração superior a dois anos (53%) e a relação negativa que existe entre tempo de internação e reinserção social. Em outras palavras, quanto mais tempo o idoso passa internado menor é a chance de vir a ser reinserido na sociedade. As entrevistas confirmaram esses achados e apontaram que o tempo prolongado da internação dos idosos deteriora os laços familiares dificultando a alta do paciente.

Outra constatação importante obtida a partir da análise das informações das AIH-SUS é a significativa desigualdade no risco de internação entre os gêneros. Os homens, em situação de fragilidade por doença crônica ou agravo da saúde, apresentam três vezes mais risco de internação do que as mulheres na mesma faixa etária no Estado do Rio de Janeiro. Esse achado vai ao encontro dos estudos que, desde os anos 1990, questionam a tradicional afirmação de "mulher é mais doente e frágil que o homem" (MACINTYRE, 1993; MARKS, 1996; ARBER; COOPER, 1999; LAHELMA *et al.*, 1999; ROMERO, 2002) pelo menos na etapa da velhice. Ao analisar as causas de abandono dos familiares do idoso junto aos responsáveis dos hospitais, a história de violência familiar transgeracional foi apontada como um importante fator de risco, como colocado por outras pesquisas que analisam a violência doméstica ao idoso (WOLF; DAICHMANN; BENNETT, 2002; MINAYO, 2003). Apontam que, principalmente, homens são abandonados em hospitais de CP porque ao longo da vida viveram afastados de seus familiares ou não construíram família.

A partir da análise dos dados do SIH e das entrevistas, observou-se que a presença de algum tipo de dependência traz, principalmente para as famílias de baixa renda, um grave problema de organização para a prestação de cuidados

cotidianos a esses idosos. Essas famílias passam então a entender o hospital como um lugar de melhor cuidado e amparo que sua própria casa, apesar de as políticas de atenção ao idoso defenderem que é o domicílio o melhor local para o idoso envelhecer e que permanecer junto à família representa a possibilidade de garantia da autonomia e preservação da identidade e dignidade.

Os responsáveis pela reinserção social (assistentes sociais, psicólogos, diretores do hospital e MP) encontram sérias dificuldades para diminuir o tempo de internação, dada a carência de instituições, como ILPIs, onde possam ser encaminhadas pessoas sem vínculo familiar ou com famílias carentes de possibilidades de cuidado cotidiano.

Algumas reflexões sobre propostas para diminuir o tempo de internação de idosos por motivos não estritamente clínicos podem ser propostas. Em primeiro lugar, o hospital deveria ser um "interlocutor" entre idosos e pacientes, família e rede social, na busca pela adaptação à situação de fragilidade e os cuidados que este envolve. Nesse sentido, Louvison e Barros (2009), analisando as políticas públicas e desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS, apontam que duas importantes ações intersetoriais poderiam incidir diretamente na qualidade de vida do idoso de maior vulnerabilidade: o estabelecimento de redes de cuidadores de idoso e a melhoria da qualidade das instituições asilares. Além dessas duas ações intersetoriais, os centros-dia de cuidados também poderiam contribuir para a redução das internações, permanência e utilização de leitos hospitalares do SUS pela população idosa.

Em segundo e último lugar, ações integradas com capacitação, formação e oferta de cuidadores de idosos são também desafios para serem enfrentados não somente no SUS, mas em todos os âmbitos da sociedade. A criação de uma rede de cuidado para o idoso deve ser entendida como uma necessidade da sociedade, com a finalidade de estabelecer um pacto pela vida, com políticas saudáveis para a integração intergeracional.

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *RBCEH-Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 3, p. 79-91, jul./dez. 2006.

AMARAL, A. C. S. *et al*. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1.617-1.626, jul./dez. 2004.

ARBER, S.; COOPER, H. Gender differences in health in later life: the new paradox? S*ocial Science and Medicine*, v. 48, n. 61, p. 70, 1999.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde nº* 8.080. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.413*, de 23 de março de 1998.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 280/MS*, de 07 de abril de 1999a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.395/GM*, de 10 de dezembro de 1999b.

_____. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde*: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001.

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

_____. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528*, de 19 de outubro de 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 11-18.

CAMARANO, A. A. *Os novos idosos brasileiros:* muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMMER PARIS, B. E. Violence against elderly people. *Mt.Sinai Journal of Medicine*, New York, v. 63, p. 97-100, 2010.

COELHO, M.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2009.

CÔRTE, B.; ARCURI, I. G.; MERCADANTE, E. F. (Org.). *Masculin(idade) e velhices*: entre um bom e mau envelhecer. São Paulo: Vetor, 2006.

COSTA, M. F. F. L. *et al*. Diagnóstico da situação da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

CRUZ, J. M. O. *et al*. Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus tratos no espaço familiar. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro: Unati, v. 6, n. 2, p. 57-76, 2003.

DUE, P. *et al.* Social relations: network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, v. 48, n. 5, p. 661-673, Mar. 1999.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1972.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1.511-1.520, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1.124-1.130, 2006.

GROISMAN, D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. *Cadernos de Pagu:* gênero em gerações, p. 163-190, 1990.

GUERRA, H. L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M. F. Mortalidade em internações de longa duração como indicador da qualidade da assistência hospitalar ao idoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 13, n. 4, p. 247-253, 2004.

JINEZ, L.; SOUZA, J.; PILLON, S. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, 2009.

KILSZTAJN, S. *et al*. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 20, n. 1, p. 93-108, 2003.

LAHELMA, E. *et al*. Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Social Science and Medicine*, v. 48, n. 7, p. 19, 1999.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; CARATIN, C. V. S. Ischemic heart disease. Hospitalization, length of stay and expenses in Brazil from 1993 to 1997. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 488-492, 2000.

LEMOS, C. E. S. A solidão judicializada e solidariedade intergeracional. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 14. Rio de Janeiro, 2009.

LOUVISON, C. P.; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS/SP. *Boletim do Instituto de Saúde* (BIS), n. 47, p. 9-15, 2009.

MACHADO, L.; GOMES, R.; XAVIER, R. Meninos do passado: eles não sabiam o que os esperava. *Insight Inteligência*, v. 15, p. 37-52, 2001.

MACINTYRE, S. Gender differences in the perception of common nold symptoms. *Social Science and Medicine*, v. 36, n. 1, p. 15-20, 1993.

MARKS, N. Socioeconomic status, gender and health at midlife: evidence form the Wisconsin Longitudinal Study. *Research in the Sociology of Health Care*, v. 13, p. 133-150, 1996.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFEVRE, F. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 68-77, 2004.

MINAYO, M. C. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

_____. *Violência contra idoso*: o avesso do respeito à experiência e à soberania. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

NASCIMENTO, M. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. *In*: WONG, L. R. (Org.). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade. Subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso*. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG/ABEP, 2010. p. 191-218.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde - SUS. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 435-472.

PAIM, J. S. *O que é SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 25-41.

PINHEIRO, R. *et al*. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 777-794, 2002.

PORTELA, M. C. *et al.* Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS). Composição de dados por internação a partir do SIH-SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 771-774, 1997.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no *status* de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 777-794, 2002.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. *SABE-Saúde bem-estar e envelhecimento - o Projeto SABE no município de São Paulo*: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 203-210.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L.; LIMA, M. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, n. 1, p. 61-68, 2003.

SIMON, R. Prevenção primária do alcoolismo: esboço de programa para população urbana brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v. 8, n.3, p. 249-255, 1974.

WOLF, R.; DAICHMANN, L.; BENNETT, G. Abuse of the elderly. *In*: KRUG, E. G. *et al*. (Ed.). *World report on violence and health*. Geneva: Word Health Organization, 2002. p. 123-145.