

# Óbitos em instituição asilar

MILTON LUIZ GORZONI<sup>1</sup>, SUELI LUCIANO PIRES<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP

<sup>2</sup> Diretora do Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II, São Paulo, SP

## RESUMO

**Objetivo:** Definir as causas de morte em população internada em instituição de longa permanência para idosos (ILPI). **Métodos:** ILPI de 508 leitos com prontuários padronizados, reuniões periódicas sobre atestados de óbitos e com 12 médicos responsáveis pela supervisão e/ou emissão deles. Considerou-se o padrão deste procedimento suficientemente uniforme para análise dos prontuários e atestados de óbitos emitidos durante o ano de 2006, visando definir dados gerais (sexo e idade), causa da morte e causa(s) básica(s). Análise estatística comparou casuísticas entre os dois sexos e faixas etárias (< 75 anos e ≥ 75 anos de idade). **Resultados:** Ocorreram 118 óbitos durante o ano de 2006 (idade média: 74,5 ± 15,2 anos) – 64 mulheres (idade média: 78,4 ± 14,4 anos) e 54 homens (idade média: 69,8 ± 15,0 anos) –, sendo as causas de morte: sepse (41 óbitos), choque séptico (25), broncopneumonia (16), morte súbita (11), falência de múltiplos órgãos (9), outras causas (16 óbitos). As principais causas básicas foram infecciosas (63 óbitos) – broncopneumonia (34), sepse (12), infecção urinária (7), úlceras de pressão infectadas (7), osteomielite (2) e colangite (1); seguidas da síndrome da imobilidade (42 óbitos). Observou-se significância estatística para a proporção de idosos ≥ 75 anos e não houve para sazonalidade, causa de morte ou básica considerando-se infecciosas e não infecciosas *versus* homens e mulheres, maiores ou menores de 75 anos de idade. **Conclusão:** Óbitos em ILPI decorrem basicamente da somatória de imobilidade e infecções que evoluem para quadros sépticos.

**Unitermos:** Idoso; instituição de longa permanência para idosos; mortalidade.

## SUMMARY

### Deaths in nursing homes

**Objective:** To define the causes of death in a nursing home population. **Methods:** The study selected a 508-bed nursing home with standard medical records, regular meetings concerning death certificates and 12 medical doctors in charge of supervising or issuing death certificates. The procedure standard (2006 death certificates) was considered consistent enough to undergo the analysis. The collected data were gender, age, cause(s) of death and underlying disease(s). The statistical analysis compared data between the two genders and two age ranges (< 75 years and ≥ 75 years). **Results:** There were 118 deaths in 2006 (mean age: 74.5 ± 15.2 years) - 64 women (mean age: 78.4 ± 14.4 years old) and 54 men (mean age: 69.8 ± 15.0 years old). Causes of death were sepsis (41 deaths), septic shock (25), bronchopneumonia (16), sudden death (11), multiple-organ failure (9) and other causes (16 deaths). The main underlying diseases were infections (63 deaths) – bronchopneumonia (34), sepsis (12), urinary tract infection (7) infected pressure ulcers (7), osteomyelitis (2) and bile duct infection (1); immobility syndrome (42 deaths). The proportion of women older than 75 years showed statistical significance concerning the number of deaths. The sample did not show statistical significance regarding seasonality, causes of death or underlying disease(s) when comparing infectious and noninfectious causes of death *vs.* men and women, aged older or younger than 75 years. **Conclusion:** Deaths in nursing homes were basically caused by a combination of immobility and infections that developed into sepsis.

**Keywords:** Aged; nursing homes for the aged; mortality.

Trabalho realizado no Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II, São Paulo, SP

Artigo recebido: 16/08/2010  
Aceito para publicação: 18/02/2011

**Correspondência para:**  
Milton Luiz Gorzoni  
Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II  
Avenida Guapira, 2674  
São Paulo – SP  
CEP: 02265-002  
Fone: (11)2176-1204  
Fax: (11) 5589-9408  
hdp.dirtec@santacasasp.org.br

**Conflito de interesse:** Não há.

O rápido processo de envelhecimento populacional observado atualmente no Brasil está provocando aumento de idosos com graus de dependência física, mental e/ou social significativos<sup>1</sup>. Fenômeno eminentemente urbano, este quadro demográfico implica em sobrecarga assistencial a famílias cada vez menores e com maior número de membros com atividades laborativas extradomiciliares. Torna-se, assim, cada vez mais relevante o papel das instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) como alternativa de assistência a idosos altamente dependentes<sup>2</sup>. Isso implica também no fato de que asilados em ILPIs apresentam características próprias com dinâmicas diferentes quanto a idosos vivendo em comunidade<sup>3</sup>. Há em comum entre esses dois grupos – asilados e comunidade – o encontro e a associação de várias doenças crônico-degenerativas, diferenciando-se, porém, pelo grau de comprometimento orgânico e de independência funcional.

Quais seriam as principais causas de morte em uma ILPI? Haveria diferenças com relação a idosos vivendo em comunidade? Pesquisa realizada em 28 e 29/01/2009 no portal <http://www.scielo.br/> com os termos “Idoso” e “Mortalidade” apresentou 56 referências das quais poucas citavam dados sobre mortalidade em ILPIs<sup>4,5</sup>.

A primeira dessas publicações relaciona-se à análise epidemiológica comparativa entre o padrão de óbitos em hospitais de referência e a Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro<sup>4</sup>. Essa Clínica tornou-se tragicamente famosa em 1996 pelo seu alto índice de mortalidade vinculado a maus cuidados quanto aos seus pacientes. Guerra *et al.*, autores do artigo, definem que a simples utilização de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) permitiria a observação de que a alta mortalidade vinha ocorrendo nessa Clínica desde 1993 e poderia ter sido reduzida anteriormente ao fato público ocorrido em 1996.

A outra referência, de Villas Bôas e Ferreira<sup>5</sup>, apresenta dados sobre a ocorrência de infecções em idosos institucionalizados. Consideraram alta sua incidência e relataram taxa de mortalidade por infecção de 5,0%.

Chama a atenção de que, além de apenas duas referências nacionais encontradas, ambas publicações visaram a aspectos peculiares de idosos em ILPIs e não ao contexto de mortalidade em ILPIs, fato este que motivou o presente estudo.

## OBJETIVO

Definir as causas de morte em população internada em ILPI durante período de 1 ano por intermédio de estudo observacional retrospectivo.

## MÉTODOS

Realizou-se o presente estudo no Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II (HGCDPII) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo visto ser este

local ILPI de 508 leitos com prontuários padronizados, reuniões periódicas sobre atestados de óbitos e com 12 médicos responsáveis pela supervisão e/ou emissão deles. Considerou-se o padrão desse procedimento suficientemente uniforme para análise dos prontuários e atestados de óbitos emitidos durante o ano de 2006, visando definir dados gerais (sexo e idade), causa da morte e causa(s) básica(s).

Para testar a significância estatística de diferenças utilizou-se o teste exato de Fisher quanto às proporções e o teste *t* de Student com relação às médias. Dividiram-se as casuísticas entre os dois sexos e faixas etárias (menor que 75 anos e maior ou igual a 75 anos de idade), considerando-se estatisticamente significativa alfa de 5,0%.

O presente trabalho faz parte do Projeto n°019/08 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado.

## RESULTADOS

Ocorreram 118 óbitos durante o ano de 2006 (idade média: 74,5 ± 15,2 anos) – 64 mulheres (idade média: 78,4 ± 14,4 anos) e 54 homens (idade média: 69,8 ± 15,0 anos) –, sendo as causas de morte (Tabela 1): sepse (41 óbitos), choque séptico (25), broncopneumonia (16), morte súbita (11), falência de múltiplos órgãos (9), outras causas (16 óbitos). As principais causas básicas foram infecciosas (63 óbitos) – broncopneumonia (34), sepse (12), infecção urinária (7), úlceras de pressão infectadas (7), osteomielite (2) e colangite (1) –, seguidas da síndrome da imobilidade (42 óbitos). Observou-se significância estatística para a proporção de idosas ≥ 75 anos. O mesmo não ocorreu para sazonalidade (Tabela 2), causa de morte ou básica considerando-se infecciosas e não infecciosas *versus* homens e mulheres, maiores ou menores de 75 anos de idade.

## DISCUSSÃO

O segmento de idosos na população brasileira está crescendo rapidamente, em meio predominantemente urbano, domicílios cada vez menores e famílias com baixa integração de gerações. Isso gera forte pressão em áreas vinculadas com assistência a idosos<sup>1,6</sup>. Albergando idosos com maior grau de dependências físicas, mentais e/ou sociais, as ILPIs tornaram-se, neste padrão de assistência, peça merecedora de maior atenção e de definições sobre tecnologia de atendimento a essa faixa de idade.

O perfil e o volume de mortes em uma ILPI definem seu grau de qualidade e oferecem ampla visão sobre seu tipo de população<sup>3-5</sup>. Permitindo propostas e ações preventivas às causas de morte<sup>4,5,7</sup>.

Infecções são eventos comuns em ILPIs e necessitam de cuidados específicos da equipe responsável pela assistência a essas populações<sup>8</sup>. Estima-se que aproximadamente 70,0% dos residentes em ILPIs utilizem antibióticos em pelo menos uma vez ao ano<sup>7</sup>. Isso decorre de hospi-

**Tabela 1** – Causas de morte e causa(s) básica(s) em 118 óbitos ocorridos em instituição de longa permanência para idosos

	Mulheres < 75 anos	Mulheres ≥ 75 anos	Homens < 75 anos	Homens ≥ 75 anos	Total
Número	18	46	28	26	
Causas de morte			-		
Sepse	6	13	15	7	41
Choque séptico	6	13	1	5	25
Broncopneumonia	1	1	4	10	16
Morte súbita	1	6	4	-	11
Falência de múltiplos órgãos	1	4	2	2	9
Outras causas	3	9	2	2	16
Causas básicas*			-		
Broncopneumonia	5	15	3	11	34
Sepse	2	6	2	2	12
Infecção urinária	3	1	3	-	7
Úlceras de pressão infectadas	-	3	4	-	7
Osteomielite	-	2	-	-	2
Colangite	-	1	-	-	1
Síndrome da imobilidade	5	15	16	6	42
Sequela de fratura de fêmur	1	6	1	-	8
Sequela de AVC	2	1	4	-	7
Sequela de TCE	-	-	6	-	6
Outras doenças	6	4	14	3	27

\* Ocorreram mais de uma causa básica de 24 óbitos. AVC, acidente vascular cerebral; TCE, trauma crânio encefálico

**Tabela 2** – Distribuição mensal de óbitos em 2006, por sexo e total, no Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II

Óbitos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Homens	5	5	3	4	7	3	7	3	1	9	6	1	54
Mulheres	6	3	4	4	4	4	4	10	5	3	9	8	64
Total	11	8	7	8	11	7	11	13	6	12	15	9	118

talizações que antecedem imediatamente a institucionalização ou recorrentes após o asilamento, favorecendo o contato com flora bacteriana intra-hospitalar e posterior disseminação dessas cepas no ambiente confinado da ILPI<sup>8</sup>. Devido às suas características peculiares, as ILPIs são regulamentadas por legislação específica (RDC N<sup>o</sup>. 283 de 26/09/2005 - <http://e-legis.anvisa.gov.br>), a qual determina a criação de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), fato este presente na instituição analisada neste estudo desde 2002. A CCIH do HGCDPII vem desenvolvendo cuidados preventivos para infecções nos principais sítios observados em ILPIs – trato urinário, vias respiratórias, pele e subcutâneo e sistema digestório – associados ao uso racional de antibióticos. O grau de fragilidade dos pacientes e o potencial de resistência bacteriana aos antibióticos justifica a alta frequência ainda existente de mortalidade por infecções, compatível com dados de outros estudos<sup>5,9-11</sup>. Quadros de sepse originários do trato urinário, úlceras de pressão e vias respiratórias foram determinantes em número significativo de mortes como o observado em outras casuísticas<sup>9-12</sup>.

Morte súbita também ocorre com frequências significativas em casuísticas de ILPIs<sup>10,12,13</sup>. Justifica-se igualmente sua ocorrência pelo caráter de dependência, habitualmente encontrada em asilados, que pode tornar assintomático coronariopatas pela ausência de esforço necessário a produzir precordialgia e/ou dispneia de esforço<sup>14</sup>. A síndrome da imobilidade e a própria fragilidade também são fatores preditores de mortalidade em idosos e, em muitas causas básicas como sequelas de traumas e doenças neurológicas, passíveis de prevenção com reabilitação precoce<sup>15,16</sup>. Infelizmente, a maioria dos asilados já apresenta essas condições à admissão nas ILPIs, reduzindo, assim, o campo de ação da equipe multiprofissional nesses locais.

Idade mais avançadas e perda de autonomia pessoal são consideradas fatores de risco para mortalidade em idosos. Associados à maior sobrevivência das mulheres, justifica-se, dessa forma, a significância estatística para a proporção de idosos com idade igual ou superior a 75 anos, algo esperado em ILPIs<sup>17</sup>.

Tem-se assim que as principais causas de morte em uma ILPI – infecções e morte súbita – são passíveis de

ações preventivas, ou seja, ILPIs adequadamente estruturadas podem reduzir hospitalizações e/ou uso de terapias onerosas ao sistema público de saúde. Há, porém, outra questão em aberto e merecedora de maior discussão na literatura brasileira: visto que idosos em ILPIs são altamente dependentes e em estágio final de quadros como síndromes demenciais, seriam classificados como elegíveis para cuidados paliativos? Isso implicaria em mudanças significativas quanto a protocolos de admissão e evolução dessa população de idosos em ILPIs e em hospitais.

Comparando-se com a literatura nacional consultada, observaram-se também diferenças e semelhanças de causa de óbito com relação a idosos vivendo em comunidade, domiciliar e/ou hospitalarmente.

Maia *et al.*<sup>17</sup> consideraram como fatores de risco para mortalidade em idosos vivendo comunitariamente na cidade de São Paulo: (1) dificuldade à locomoção, (2) idade avançada, (3) gênero masculino, (4) autoclassificação de mau estado de saúde e (5) dificuldade de ir sozinho ao banheiro. Excetuando-se o gênero masculino, o perfil estabelecido por esses fatores de risco define idosos em fase de pré-institucionalização. Oposto a isso, Francisco *et al.*<sup>18</sup> observaram redução significativa de mortalidade por doenças respiratórias em idosos no Estado de São Paulo após o início das campanhas anuais de vacinação contra influenza. Caberia aqui a indagação se, em ambos os locais, comunidade e ILPIs, vacinações apresentariam semelhante resultado com relação à queda da mortalidade. Já Otero *et al.*<sup>19</sup> relataram o encontro de número significativos de óbitos em idosos da região sudeste do Brasil por desnutrição. Doenças consuntivas como neoplasias ou dificuldades nos autocuidados seriam as causas desse relato? Se sim, justifica-se o óbito pré-institucionalização e o não relato dessa causa de morte no presente estudo. Quanto ao estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento)<sup>20</sup>, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, observou-se maior incidência de doenças do aparelho circulatório, neoplasias e do aparelho respiratório como causas de morte em idosos residentes no município de São Paulo, sendo que 55,3% dos óbitos ocorreram em homens em idade avançada, ou seja, o oposto à ILPI analisada neste trabalho. Ficaria aqui a indagação se idosos do gênero masculino não seriam cuidados domiciliarmente por suas esposas, as quais, quando viúvas e dependentes, necessitariam de institucionalização, o que provocaria maior frequência de óbitos de idosos nesses locais.

Já a mortalidade de idosos hospitalizados vincula-se ao número de doenças associadas e à faixa etária, sendo alta a relação com broncopneumonias e cardiopatias<sup>21,22</sup>. Novamente, observa-se outro fato comum na prática clínica: o idoso altamente dependente, quando hospitalizado, apresentará maior tempo de internação e de risco de óbito, sendo provável a incapacidade de retorno ao domicílio e à institucionalização como via de saída do hospital.

Merece menção, como discussão final, o relatado por Oliveira *et al.*<sup>23</sup> em estudo de necropsias de idosos falecidos no Hospital-Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (Uberaba), onde os necropsiados foram predominantemente homens (67,5% do total) que morreram de causas cardiovasculares e infecciosas. Concluem os autores desse estudo que há sobreposição de causas de morte por doenças crônico-degenerativas e por infecções, fato este comum aos três locais de óbito de idosos discutidos (domicílio, hospital e ILPI).

## CONCLUSÃO

Óbitos em ILPI decorrem basicamente da somatória de imobilidade e infecções que evoluem para quadros sépticos.

## REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31:184-200.
2. Chaimowicz F, Greco, DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1999;33:454-60.
3. Mitchell SL, Teno JM, Miller SC, Mor V. A national study of the location of death for older persons with dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:299-305.
4. Guerra HL, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. *Cad Saúde Pública* 2000;16:545-51.
5. Villas Bôas PJF, Ferreira ALA. Infecção em idosos internados em instituição de longa permanência. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53:126-9.
6. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009;43:548-54.
7. Wick JY. Infection control and the long-term care facility. *Consult Pharm.* 2006;21:467-80.
8. Gorzoni ML, Pires SL. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33:18-23.
9. Alessi CA, Harker JO. A prospective study of acute illness in the nursing home. *Aging (Milano).* 1998;10:479-89.
10. Aronow WS. Clinical causes of death of 2372 older persons in a nursing home during 15-year follow-up. *J Am Med Dir Assoc.* 2000;1:95-6.
11. Oliveira FA, Reis MA, Castro ECC, Cunha SFC, Teixeira VPA. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. *Rev Soc Bras Med. Trop* 2004;37:33-6.
12. Goldberg TH, Botero A. Causes of death in elderly nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2008;9:565-67.
13. Katz BP, Zdeb MS, Therriault GD. Where people die. *Public Health Rep.* 1979;94:522-7.
14. Amella EJ. Presentation of illness in older adults. *Am J Nurs.* 2004;104:40-51.
15. Abate M, Di Iorio A, Di Renzo D, Paganelli R, Saggini R, Abate G. Frailty in the elderly: the physical dimension. *Eura Medicophys.* 2007;43:407-15.
16. Silva TJ, Jerussalmy CS, Farfel JM, Curiati JA, Jacob-Filho W. Predictors of in-hospital mortality among older patients. *Clinics* 2009;64:613-8.
17. Maia Fde O, Duarte YA, Lebrão ML, Santos JL. Risk factors for mortality among elderly people. *Rev Saúde Pública* 2006;40:1049-56.
18. Francisco PMSB, Donalísio MRC, Latorre MRDO. Impacto da vacinação contra influenza na mortalidade por doenças respiratórias em idosos. *Rev Saúde Pública* 2005;39:75-81.

19. Otero UB, Rozenfeld S, Gadelha AMJ, Carvalho MS. Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980-1997. *Rev Saúde Pública* 2002;36:141-8.
20. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão MA. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40:540-7.
21. Lucif Júnior N, Rocha JSY. Estudo da desigualdade na mortalidade hospitalar pelo índice de comorbidade de Charlson. *Rev Saúde Pública* 2004;38:780-6.
22. Villas Bôas OJE, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*.2004;38:372-8.
23. Oliveira FA, Reis MA, Castro ECC, Cunha SFC, Teixeira VPA. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004;37:33-6.