



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Gorzoni, Milton Luiz; Pires, Sueli Luciano

Idosos asilados em hospitais gerais

Revista de Saúde Pública, vol. 40, núm. 6, diciembre, 2006, pp. 1024-1030

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240156024>

- ▶ [Como citar este artigo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Mais artigos](#)
- ▶ [Home da revista no Redalyc](#)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Milton Luiz Gorzoni^I

Sueli Luciano Pires^{II}

Idosos asilados em hospitais gerais

Long-term care elderly residents in general hospitals

RESUMO

Instituições de longa permanência para idosos interagem periodicamente com hospitais gerais para internações de casos agudos ou dos que necessitam de métodos diagnósticos complexos e da atenção de várias especialidades simultaneamente. A decisão de indicar hospitalização é multifatorial, sendo influenciada por circunstâncias como a gravidade do quadro clínico e a infra-estrutura das instituições de longa permanência para idosos. Internações hospitalares apresentam benefícios e riscos, como o desenvolvimento de iatrogenias, *delirium* e declínios funcionais, podendo resultar em piora do estado geral e da qualidade de vida do idoso asilado durante e/ou após a hospitalização. O objetivo do estudo foi abordar aspectos peculiares na avaliação, tratamento e manejo de idosos asilados em internações hospitalares, particularmente quanto a cuidados que os auxiliem efetivamente nessas circunstâncias. Discutiram-se situações freqüentes como *delirium*, iatrogenias, desnutrição, declínio funcional e cuidados paliativos e características próprias de residentes em instituições para idosos durante internações em hospitais gerais.

DESCRITORES: Saúde do idoso. Saúde do idoso institucionalizado. Doença iatrogênica. Asilos para idosos. Serviços de saúde para idosos. Determinação de necessidades de cuidados de saúde.

ABSTRACT

Long-term care facilities for the elderly have regularly to work together with general hospitals to provide care to acutely ill residents or when they require all together more complex diagnostic procedures and multi-specialty care. The decision to hospitalize a nursing home elderly resident is multifactorial and it is based on factors such as illness severity and care facility infrastructure. Hospitalizations have benefits and risks such developing iatrogenic diseases, delirium, and functional decline, which may deteriorate patients' general condition and their quality of life during and/or after hospitalization. This study aimed at addressing specific aspects of assessment, treatment and management of nursing home elderly who require to be hospitalized, especially focusing on their effective care. Common conditions such delirium, iatrogenic diseases, poor nutrition, functional decline, hospice care and special characteristics of nursing home elderly during their admission to general hospitals are discussed.

KEYWORDS: Aging health. Health of institutionalized elderly. Iatrogenic disease. Homes for the aged. Health services for the aged. Needs assessment.

^I Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Milton Luiz Gorzoni
R. Dr. Cesário Motta Jr, 61 Vila Buarque
01221-020 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: gorzoni@uol.com.br

INTRODUÇÃO

As instituições de longa permanência para idosos (ILPI) recebem várias denominações, como casa de repouso, asilo, clínica geriátrica. A maioria delas apresenta periodicamente a necessidade de transferir residentes em suas dependências para hospitais gerais. Justifica-se a transferência pela tradição hospitalar em assistir a casos agudos e coordenar métodos diagnósticos complexos e/ou várias especialidades simultaneamente. Porém, o médico responsável, bem formado e capacitado a exercer suas atividades na área clínica em populações albergadas em instituições de longa permanência, pode administrar amplo espectro de doenças e peculiaridades encontradas nesse grupo de residentes.^{39,45} O corpo de enfermagem dessas instituições também deve estar apto a agir em diferentes procedimentos nesses idosos, desde medicamentos endovenosos a cuidados paliativos.¹⁷

A decisão de indicar hospitalização é multifatorial, sendo influenciada pela gravidade do quadro clínico, infra-estrutura da instituição, solicitação familiar e/ou do residente e necessidades econômicas. Recomenda-se cautela permanente quanto aos benefícios e riscos envolvidos em internações hospitalares como, por exemplo, o desenvolvimento de iatrogenias, *delirium* e declínios funcionais, podendo resultar em piora do estado geral e da qualidade de vida do idoso asilado durante e/ou após a hospitalização. Considerando-se esse quadro, o presente artigo teve por objetivo abordar aspectos peculiares na avaliação, tratamento e manejo de idosos asilados em internações hospitalares, particularmente quanto a cuidados que os auxiliem efetivamente nessas circunstâncias.

ASILADO HOSPITALIZADO

A população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos vem crescendo rapidamente nas últimas décadas, tanto numericamente como em anos de sobrevida. Esse segmento etário corresponde a aproximadamente 10% dos habitantes do Brasil e tem sido responsável por valores em torno de 20% das autorizações de internações hospitalares (AIH) emitidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Espera-se aumento progressivo da demanda por parte de idosos para leitos hospitalares e em instituições de longa permanência para idosos nos próximos anos.*.**

Asilados diferenciam-se de outros pacientes hospitalizados em vários aspectos. Observa-se que normalmente são mais velhos do que os idosos que vi-

vem em comunidade, com idade média em torno dos 80 anos.^{9,30,37} Os asilados apresentam maior número de doenças e dependências físicas, psíquicas e sociais.³⁷ Embora possam ser admitidos devido a queixas inespecíficas, sintomas como febre e estando mental alterado (*delirium*) estão relacionados com as doenças desencadeantes. Entre as causas comuns de hospitalização de asilados, destacam-se doenças cardiocirculatórias, respiratórias, neurológicas, traumas, fraturas e infecções, principalmente urinárias e broncopneumônicas.^{15,21,33,36} A permanência média hospitalar tende a ser maior, com maior percentual de complicações e de mortalidade entre asilados hospitalizados.^{8,14,21,26,27,30,41}

Asilados necessitam de mais atenção e cuidados, além do tratamento da doença desencadeante da hospitalização. Esse grupo de idosos apresenta alto risco para o desenvolvimento, concomitante à doença causadora da internação, de processos de deterioração física, funcional e psicossocial. Polifarmácia, outras iatrogenias e *delirium* são exemplos importantes desses processos, devendo sempre ser considerados como fatores de risco específico durante a hospitalização. Declínios funcionais são freqüentes e incluem quadros como de incontinência urinária e distúrbios da marcha.³⁶ Desnutrição e perda de peso podem se desenvolver e/ou serem identificados durante a internação. O período de hospitalização deve servir, também, como oportunidade para planejar tratamentos subseqüentes e/ou cuidados paliativos. A análise periódica de fatores associados a esses processos auxilia na avaliação e manejo de residentes em ILPI, quando hospitalizados.

Delirium

Confusão mental aguda ou *delirium* é um quadro sindrômico comum em idosos hospitalizados, observado em 5 a 55% dos internados e em torno de 16% dos idosos admitidos em serviços de emergência.³⁴ O *delirium* caracteriza-se por alterações de início agudo na atenção, cognição e consciência, curso flutuante e exacerbação da sintomatologia durante a noite.⁶ Normalmente multifatorial, essa condição, freqüentemente não diagnosticada e/ou tratada adequadamente, aumenta o período de internação hospitalar e os índices de morbidade e mortalidade.^{25,30}

Escalas e entrevistas semi-estruturadas têm sido desenvolvidas para auxiliar profissionais da saúde no diagnóstico e na abordagem inicial de pacientes com *delirium*.⁴⁴ O *Confusion Assessment Method* (CAM)

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

**Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção São Paulo. Instituição de longa permanência para idosos: manual de funcionamento. São Paulo; 2003.

encontra-se entre as ferramentas mais utilizadas, cuja versão brasileira apresenta sensibilidade de 94,1% e especificidade de 96,4%.^{13,28} O manejo de pacientes com *delirium* requer identificação e tratamento de agentes desencadeantes como infecções, medicamentos, distúrbios hidroeletrólíticos, doença cardíaca isquêmica, dor e fraturas.^{20,40} Ações preventivas incluem o reconhecimento dos fatores de risco e a minimização de eventos precipitantes. Pacientes com deficiências visuais e/ou auditivas, disfunções cognitivas, doenças em alto grau de descompensação e elevada razão uréia sérica/creatinina sérica devem ser considerados mais susceptíveis ao desenvolvimento de *delirium*.^{25,26} Fatores precipitantes ocorrem com freqüência durante a hospitalização e incluem efeitos colaterais medicamentosos, procedimentos, infecções, privação do sono e imobilização forçada.²⁰ Os acompanhantes dos idosos devem ser informados sobre o *delirium*, aumentando a chance de diagnósticos mais precoces e reduzindo o ideário popular de que estados de confusão mental são usuais na terceira idade. A permanência de pessoas conhecidas pelo paciente durante os períodos diurnos e noturnos auxilia na prevenção e/ou redução do tempo e intensidade do *delirium*.

Ao término da hospitalização, sintomas e sinais de *delirium* podem permanecer após alta hospitalar e são confundidos em muitos pacientes com quadros de demência senil. Também é comum o aumento do grau de dependência para o desenvolvimento de atividades da vida diária – como vestir-se, banhar-se ou alimentar-se sozinho.

Percentual significativo de pacientes com *delirium* apresenta distúrbios comportamentais como, por exemplo, agitação. Nessas circunstâncias o tratamento inicial relaciona-se a medidas de suporte, orientação, e correção e/ou redução dos fatores de risco e precipitantes. O tratamento sintomático pode ser necessário, quando as medidas de apoio não surtirem efeito.

Medicamentos e outras modalidades de iatrogenia

Idosos apresentam maior risco de efeitos colaterais decorrentes ou não de interações medicamentosas. A incidência de reações adversas a fármacos é duas a três vezes maior em idosos do que em adultos jovens, sendo mais freqüentes e graves durante hospitalizações.³¹ Relaciona-se esse aumento de efeitos adversos com alterações provocadas pelo envelhecimento na composição corporal, farmacocinética e farmacodinâmica e a alta prevalência de polifarmácia – uso simultâneo de cinco ou mais fármacos.^{19,22} A revisão sistemática do histórico medicamentoso e o início cauteloso de

novos fármacos constituem boa prática clínica, particularmente quando há relação temporal com novos sintomas. Outra opção são os guias de seleção de medicamentos para idosos, como os critérios de Beers² e Beers et al¹ atualizados por Fick et al,¹⁶ com a ressalva de que não abrangem toda a farmacopéia brasileira.²³ Alterações de dosagens ou interrupções de medicamentos em uso por asilados podem desencadear efeitos colaterais e são passíveis de redução por intermédio de programas interinstitucionais de assistência a esses idosos.⁵ Deve-se sempre considerar a real necessidade do uso de cada medicamento prescrito, com o intuito de se evitar a presença da polifarmácia durante e após a hospitalização.^{22,35}

Complicações iatrogênicas em idosos hospitalizados são comuns e se relacionam não apenas ao uso inadequado de medicamentos, mas também com procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Iatrogenias, em muitos casos, são passíveis de ações preventivas, tendo em vista que seu conceito pode ainda abranger circunstâncias relacionadas ao tempo de permanência e/ou ao ambiente hospitalar, tais como úlceras de pressão, quedas e fraturas.⁸

Perdas na capacidade funcional em idosos hospitalizados, como alimentar-se ou deambular sem ajuda, ocorrem com freqüência e são correlacionadas a déficits cognitivos, *delirium* e a presença de baixa capacidade funcional à admissão hospitalar, fato comum em asilados.^{10,11,41} Decréscimos da capacidade funcional apresentam ainda forte associação com complicações iatrogênicas, sendo que a identificação precoce dessas limitações é a melhor ação preventiva para reduzir procedimentos e tratamentos inadequados.³²

Avaliação nutricional e desnutrição

Pacientes idosos necessitam de avaliações nutricionais periódicas, particularmente durante hospitalizações. A desnutrição, condição comum e grave nessa faixa etária, é pouco diagnosticada. Subnutrição protéico-calórica em idosos hospitalizados promove tempo maior de internação, aumento da mortalidade e desenvolvimento de complicações como infecções e úlceras de pressão. Idosos asilados, à admissão hospitalar, constantemente apresentam marcadores de avaliação nutricional – história de perda de peso, sinais de desidratação, índice de massa corpórea, concentração de albumina e de colesterol séricos, contagem de hemoglobina e de linfócitos – significativamente piores do que idosos vivendo em comunidade. Estima-se que essa circunstância decorra dos altos índices de co-morbididades, polifarmácia e dependência para atividades da vida diária nessa população.^{24,29,38,42}

Declínio funcional

Percentuais significativos de asilados apresentam dificuldades para a realização de atividades da vida diária como, por exemplo, alimentar-se, vestir-se, deambular ou ser continente.^{37,43} Por outro lado, declínios funcionais durante internações hospitalares são decorrentes, não apenas das doenças propriamente ditas, mas também de ações iatrogênicas, imobilidade e descondicionamento físico. Hospitalizações tendem a aumentar o grau de dependência e prolongar o período de reabilitação.⁴¹

Deve-se avaliar a capacidade funcional dos idosos à admissão e com freqüência durante o período de hospitalização. Procura-se assim, detectar e prevenir dependências e iniciar precocemente processos de reabilitação. A avaliação funcional abrange não apenas as atividades da vida diária, mas também disfunções cognitivas, incontinência urinária e sinais de imobilidade como, por exemplo, úlceras de pressão, distúrbios do equilíbrio e alterações na marcha. As associações entre esses sinais e sintomas determinam forte risco de piora do grau de incapacidade durante e após a hospitalização. Idealmente esses problemas deveriam ser abordados por equipes interdisciplinares, na quais, cada profissional procuraria desenvolver atos de prevenção e de resolução para reduzir a permanência média hospitalar, a mortalidade e a dependência durante e após as internações.

Cuidados paliativos

Hospitalizações de idosos com quadros agudos oferecem a oportunidade de reavaliar o estado geral do paciente, seu prognóstico, planos e objetivos terapêuticos. Diagnósticos e/ou estágios avançados de doenças terminais alteram a premissa de cura para a de cuidados paliativos. A equipe hospitalar pode iniciar e desenvolver planos de assistência focados nessas circunstâncias, discutindo posteriormente sua continuidade ao transferir o paciente para instituição de longa permanência.

AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ASILADOS HOSPITALIZADOS

Asilados apresentam necessidades especiais durante hospitalizações. Detalhes na avaliação clínica e no processo de assistência podem fazer diferença na qualidade dos cuidados intra-hospitalares nesses idosos.

Anamnese

A obtenção do histórico clínico completo de asilados pode apresentar várias dificuldades, constante-

mente exigindo investigações adicionais e paciência. Durante a admissão hospitalar, os pacientes estão freqüentemente impossibilitados de fornecer informações adequadas devido a alterações cognitivas e/ou do estado mental. Outros não sabem informar sobre medicamentos em uso e programações terapêuticas. Nessas circunstâncias, o prontuário do idoso é peça básica e deve ser complementado com informações de profissionais relacionados ao local de origem do paciente. O contato entre as duas equipes, a hospitalar e a da instituição de longa permanência é fundamental para a definição da causa da transferência e do plano de tratamento. É possível obter informações importantes sobre a capacidade física e cognitiva anterior, mudanças recentes de medicamentos e antecedentes de quedas. Coleta-se normalmente essas informações por intermédio de membros da equipe de enfermagem e da área médica responsáveis pela instituição de longa permanência. Em qualquer circunstância, é prudente entrar em contato com familiares desses pacientes. Cabe a lembrança do encontro freqüente de sentimentos de culpa e de negligência por parte da família. Isto resulta na possibilidade concreta de comportamentos agressivos em relação às equipes dos dois locais, hospital e instituição de longa permanência e não, com ameaças e ações verbais, físicas e legais.

Exame físico e avaliação complementar

Sinais vitais devem sempre ser comparados aos previamente registrados nos prontuários da instituição de longa permanência. Exemplo importante é a temperatura basal em idosos, geralmente em valores próximos a 36°C. Nesses pacientes, aumentos de 1°C ou mais indicam estados febris e justificam investigação de quadros infeciosos.³ Hipotensão ortostática pode indicar perdas hídricas ou sanguíneas ou ainda, efeitos colaterais de fármacos.²¹ Arritmias cardíacas impõem à indicação de eletrocardiograma que pode apresentar quadros de fibrilação atrial aguda, intoxicações medicamentosas e isquemias miocárdicas.

Há detalhes no exame físico que são importantes nesses pacientes. Inspeção do segmento cutâneo, em busca de úlceras de pressão, auxilia a determinação do foco inicial em muitos quadros febris e do estado funcional do paciente. Igualmente, soluções de continuidade, equimoses e hematomas são indicativos de quedas ou de abusos. Lesões orais podem originar quadros infeciosos e/ou desnutrição. Outros sinais de desnutrição como perdas de tecido subcutâneo e de massa muscular devem ser também procurados, tendo em vista sua freqüência em dementados e em asilados.^{29,38,42} Exame neurológico detalhado pode encontrar quadros de acidente vascular cerebral ou de parkinsonismo não relata-

dos anteriormente. Escalas como o CAM^{13,28} e mini-exame do estado mental^{4,7,18} auxiliam o diagnóstico e a abordagem inicial de pacientes em estados confusionais e na avaliação cognitiva.

Hipóteses diagnósticas e anormalidades correlatas com o envelhecimento e o grau de fragilidade do asilado determinam o padrão de exames complementares necessário a cada caso.¹² Quadros febris indicam a necessidade da realização de hemo e uroculturas e de raios-X de tórax. Os mesmos exames devem ser solicitados em suspeita de *delirium*, associando-se ainda exames bioquímicos e avaliação da função renal e hepática. Dosagem de hormônios tireoidianos também é procedimento laboratorial que necessita ser lembrado com constância, devido à alta prevalência de distúrbios da tireoide nesse segmento etário. Cabe ainda considerar sempre a possibilidade de ingestão inapropriada ou intoxicação medicamentosa, o que pode determinar a necessidade de dosagem de fármacos no sangue e/ou na urina.

Assistência

Durante a estabilização e tratamento da causa de hospitalização e controle das doenças pré-existentes, merece novamente menção o cuidado permanente em minimizar perdas funcionais e reduzir iatrogenias. Sempre que possível, deve se estimular o paciente a permanecer fora do leito, contribuindo com o processo de mobilidade e de independência. Esses períodos podem contribuir para restabelecer atividades da vida diária como alimentar-se e reduzir o risco do desenvolvimento de hipotensão postural. Outras medidas

também podem ser tomadas no intuito de prevenir tromboses venosas profundas, úlceras de pressão e obstipação intestinal. Diante da previsão de alta hospitalar, cabe à equipe que assiste o paciente programar em conjunto com a equipe da instituição de longa permanência os procedimentos necessários para o translado e a continuidade do tratamento e cuidados desenvolvidos durante a hospitalização.

CONCLUSÕES

Idosos asilados correspondem a segmento dessa faixa etária com características próprias. Mesmo diante de quadros agudos e/ou graves que demandam infraestrutura de hospital geral, ações preventivas para reduzir complicações e perdas funcionais devem ser desenvolvidas pela equipe de assistência hospitalar. Igualmente, diagnósticos precoces e tratamentos em instituições de longa permanência para idosos podem evitar hospitalização em muitos casos. Sabe-se que o processo de envelhecimento demográfico está em evolução e esses cuidados e procedimentos serão cada vez mais freqüentes e necessários nos hospitais e nas instituições de longa permanência. Esses locais e suas respectivas equipes dispõem de pouco tempo para se preparam para o futuro com mais idosos, cada vez mais próximo.

AGRADECIMENTOS

Ao Núcleo de Apoio à Publicação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (NAP-SC) pelo apoio técnico-científico à elaboração deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med.* 1991;151:1825-32.
2. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. *Arch Intern Med.* 1997;157:1531-6.
3. Bentley DW, Bradley S, High K, Schoenbaum S, Taler G, Yoshikawa TT. Practice guideline for evaluation of fever and infection in long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:210-22.
4. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52:81-8.
5. Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med.* 2004;164:545-50.
6. Brown TM, Boyle MF. Delirium. *BMJ.* 2002;325:644-7.
7. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61:777-81.
8. Carvalho-Filho ET, Saportelli L, Souza MAR, Arantes ACLO, Vaz MYKC, Hojaiji NHSL, et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev Saúde Pública.* 1998;32:36-42.
9. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1999;33:454-60.

10. Ciochetti AB, Souza LHB, Peres AL, Rocha FA, Valle LM, Gorzoni ML, et al. Nonagenárias em instituição asilar. *Gerontologia*. 1996;4:48.
11. Elgelhardt E, Laks J, Rozenthal M, Marinho VM. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998;25:74-7.
12. Fabbri RMA, Gorzoni ML. Alterações laboratoriais no idoso. *Gerontologia*. 1993;1:109-13.
13. Fabbri RM, Moreira MA, Garrido R, Almeida OP. Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59:175-9.
14. Faria LFC, Pires SL, Gorzoni ML. Perfil dos óbitos em instituição de longa permanência. *Gerontologia*. 2004;12:63.
15. Faria LFC, Silvestre FI, Seman AP, Pires SL, Gorzoni ML. Perfil de infecção hospitalar em instituição de longa permanência. *Gerontologia*. 2004;12:64.
16. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-24.
17. Flaherty E. The nurse practitioner: emerging issues and considerations. *Ann Long Term Care*. 2000;8:48-50.
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
19. Gorzoni ML. Aspectos de farmacologia clínica em pacientes idosos. *Gerontologia*. 1993;1:9-12.
20. Gorzoni ML. Medicamentos como desencadeantes de sintomas em idosos. *Gerontologia*. 1995;3:81-6.
21. Gorzoni ML, Lima CA. Análise dos parâmetros clínicos de idosos internados em enfermaria de clínica médica. *Rev Assoc Med Bras*. 1995;41:227-32.
22. Gorzoni ML, Fabbri RMA, Pires SL, Rocha FA. Polifarmácia na primeira avaliação geriátrica. *Gerontologia*. 2004;12:81.
23. Gorzoni ML, Fabbri RMA, Pires SL, Rocha FA. Critérios de Beers-Fick e medicamentos genéricos brasileiros. *Gerontologia*. 2004;12:37.
24. Guerra HL, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JO, Costa MF. 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;16:533-44.
25. Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies. *Ann Med*. 2000;32:257-63.
26. Inouye SK, Bogardus Jr ST, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney Jr LM. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:1697-706.
27. Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA*. 1998;279:1187-93.
28. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RL. Clarifying confusion: the confusion assessment method - a new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113:941-8.
29. Kamel HK, Karcic E, Karcic A, Barghouthi H. Nutritional status of hospitalized elderly: differences between nursing home patients and community-dwelling patients. *Ann Long Term Care*. 2000;8:33-8.
30. Kelly KG, Zisselman M, Cutillo-Schmitter T, Reichard R, Payne D, Dennan SJ. Severity and course of delirium in medically hospitalized nursing facility residents. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9:72-7.
31. Lamy PP. Adverse drugs effects. *Clin Geriatr Med*. 1990;6:293-307.
32. Lefevre F, Feinglass J, Potts S, Soglin L, Yarnold P, Martin GJ, et al. Iatrogenic complications in high-risk, elderly patients. *Arch Intern Med*. 1992;152:2074-80.
33. Lima CAC, Yonamine ES, Gorzoni ML, Raffaelli Filho R. Infecções em idosos. *Gerontologia*. 1993;1:141-3.
34. Meagher D. Delirium: the role of psychiatry. *Adv Psychiatr Treat*. 2001;7:433-42.
35. Mita Y, Akishita M, Tanaka K, Yamada S, Nakai R, Tanaka E, et al. Improvement of inappropriate prescribing and adverse drug withdrawal events after admission to long-term care facilities. *Geriatr Gerontol Int*. 2004;4:146-50.
36. Montesanti LT, Marques Jr OW, Quadrante ACR, Gorzoni ML, Ribeiro MCSA. Anamnese clínica x geriátrica. *Gerontologia*. 1999;7:8-16.
37. Nakayama LY, Assef KM, Della Torre A, Valente M, Carmo FS, Gorzoni ML. Estudo de 93 idosos institucionalizados em unidade de alta dependência. *Gerontologia*. 2004;12:65.
38. 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.
39. Saliba D, Solomon S, Rubenstein L. Feasibility of quality indicators for the management of geriatric syndromes in nursing home residents. *JAMA*. 2004;5:310-9.
40. Sayeg N, Gorzoni ML. Estados confusionais. *RBM Rev Bras Med*. 1995;52:178-92.

41. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004;38:687-94.
42. Sullivan DH. Undernutrition in older adults. *Ann Long Term Care*. 2000;8:41-6.
43. Tebet S, Costa RA, Pires SL, Nakayama LY, Tavares JF, Gorzoni ML. Avaliação funcional e de qualidade de vida em mulheres acima de 60 anos, institucionalizadas, com osteoartrose de joelho. *Gerontologia*. 2004;12:65.
44. Trzepacz PT. A review of delirium assessment instruments. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994;16:397-405.
45. Williams ME. The physician's role in nursing home care: an overview. *Geriatrics*. 1990;45:47-9.