

## ARTIGO ORIGINAL

### Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos atendidos em um pronto socorro

Emerson Alves Chave<sup>1</sup>, Allana dos Reis Corrêa<sup>2</sup>, Fernanda Batista Oliveira Santos<sup>2</sup>, Thaís Moreira Oliveira<sup>2</sup>, Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Recebido em: 1 de outubro de 2024; Aceito em: 18 de março de 2025

Correspondência: Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa, [jaqueline@task.com.br](mailto:jaqueline@task.com.br)

#### Como citar

Chave EA, Corrêa AR, Santos FBO, Oliveira TM, Barbosa JAG. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos atendidos em um pronto socorro. Enferm Bras. 2025;24(1):2127-2141. doi:[10.62827/eb.v24i1.4044](https://doi.org/10.62827/eb.v24i1.4044)

## Resumo

**Introdução:** O fenômeno do envelhecimento populacional requer avaliar a preparação dos serviços para atender às especificidades da população de idosos, inclusive nos serviços de pronto atendimento.

**Objetivo:** identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos no pronto socorro de um hospital geral de grande porte. **Métodos:** estudo transversal que analisou 9.043 prontuários eletrônicos.

Realizou-se análise estatística descritiva de frequência e proporção para as variáveis categóricas, e para as contínuas procedeu-se o cálculo de medidas de tendência central. **Resultados:** Predominou pacientes idosos do sexo feminino 55,9% (5.507), faixa etária entre 60 e 69 anos 45,5% (4.121) e vivendo com companheiro 40,8% (3.698). A maioria foi procedente do domicílio 85,7% (7.750) e 75,4% (6.824) chegaram ao serviço acompanhados. Foram classificados como nível de prioridade amarelo/urgente 48,6% (4.403) deles, dos quais 52,4% (2.307) tinham idade  $\geq$  80 anos. O fluxograma de atendimento mais acessado foi problema de extremidade 22,4% (2.025) e o discriminador dor moderada 32,0% (2.893). Os diagnósticos mais frequentes foram lesão, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas 25,7% (2.324), e 40,8% (3.689) permaneceram internados.

**Conclusão:** Os achados mostram que quase metade dos idosos necessitaram de atendimento em até 60 minutos e internação. Identificar o perfil dessa população propicia subsídios para que os serviços de urgência e emergência se organizem para atender as especificidades dessa população.

**Palavras-chave:** Idoso; Serviço Hospitalar de Emergência; Perfil de Saúde; Enfermagem em Emergência.

## Abstract

### ***Sociodemographic and health profile of elderly patients treated in an emergency room***

*Introduction:* The phenomenon of population aging requires evaluating the preparation of services to meet the specificities of the elderly population, including emergency care services. *Objective:* to identify the sociodemographic and clinical profile of the elderly treated in the emergency room of a large general hospital. *Methods:* cross-sectional study that analyzed 9,043 electronic medical records. Descriptive statistical analysis of frequency and proportion was performed for categorical variables, and for continuous variables, measures of central tendency were calculated. *Results:* There was a predominance of elderly female patients 55,9% (5.507), aged between 60 and 69 years 45,5% (4.121) and living with a partner 40,8% (3.698). Most of them came from home 85,7% (7.750) and 75,4% (6.824) arrived at the service accompanied. 48.6% (4.403) of them were classified as a yellow/urgent priority level, of which 52,4% (2.307) were aged  $\geq 80$  years. The most accessed care flowchart was extremity problem 22,4% (2.025) and the discriminator moderate 32,0% (2.893). The most frequent diagnoses were injury, poisoning, and some other consequences of external causes 25,7% (2.324), and 40,8% (3.689) remained hospitalized. *Conclusion:* The findings show that almost half of the elderly required care within 60 minutes and hospitalization. Identifying the profile of this population provides subsidies for urgent and emergency services to organize themselves to meet the specificities of this population.

**Keywords:** Aged; Emergency Service; Hospital; Health Profile; Emergency Nursing.

## Resumen

### ***Perfil sociodemográfico y de salud de los ancianos atendidos en urgencias***

*Introducción:* El fenómeno del envejecimiento poblacional exige evaluar la preparación de los servicios para atender las especificidades de la población anciana, incluyendo los servicios de urgencias. *Objetivo:* identificar el perfil sociodemográfico y clínico de los ancianos atendidos en el servicio de urgencias de un gran hospital general. *Métodos:* estudio transversal en el que se analizaron 9.043 historias clínicas electrónicas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de frecuencia y proporción para las variables categóricas, y para las variables continuas se calcularon medidas de tendencia central. *Resultados:* Predominaron las pacientes del sexo femenino de edad avanzada 55,9% (5.507), con edades comprendidas entre 60 y 69 años 45,5% (4.121) y que viven en pareja 40,8% (3.698). La mayoría de ellos llegó desde casa 85,7% (7.750) y el 75,4% llegó al servicio acompañado. De ellos, el 48,6% (4.403) se clasificaron como de nivel de prioridad amarillo/urgente, de los cuales el 52,4% (2.307) tenían  $\geq 80$  años. El diagrama de flujo de atención más consultado fue el problema de extremidades 22,4% (2.025) y el discriminador fue el dolor moderado en el 32,0% (2.893). Los diagnósticos más frecuentes fueron lesiones, intoxicaciones y algunas otras consecuencias de causas externas (25,7%) y el 40,8% permanecieron hospitalizados. *Conclusión:* Los hallazgos muestran que casi la mitad de los ancianos requirieron atención dentro de los 60 minutos y hospitalización. La identificación del perfil de esta población proporciona subsidios para que los servicios de urgencia y emergencia se organicen para atender las especificidades de esta población.

**Palabras-clave:** Anciano; Servicio de Urgencia en Hospital; Perfil de Salud; Enfermería de Urgencia.

## Introdução

O Brasil apresenta um processo intenso no envelhecimento de sua população, com crescimento acelerado na taxa de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, considerados pessoas idosas. Existem aproximadamente 23 milhões de pessoas nesta faixa etária no país, o que representa 11% da sua população. Estima-se que esse contingente triplique até 2050, correspondendo a 29,7%. Esse novo contexto traz implicações em diversos segmentos, dentre eles a área da saúde, exigindo um planejamento que considere as especificidades dessa população [1].

É sabido que o envelhecimento se caracteriza por um declínio natural, dinâmico, gradual, progressivo e irreversível de todos os processos fisiológicos, com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, provocando perda progressiva da capacidade de adaptação ao meio ambiente [2]. Na chamada “terceira idade”, o perfil de morbidade é marcado pela presença de doenças crônico-degenerativas, muitas vezes múltiplas, com momentos de descontrole e/ou agudização dos sintomas, gerando demandas de atendimento em serviços de saúde de urgência e emergência. Muitos desses pacientes acabam requerendo internação para o restabelecimento do estado de saúde. Estudos mostram que as doenças crônicas são as principais causas de hospitalização dos idosos, sendo que o aumento da sobrevida favorece o surgimento desse contexto, acarretando, também, maior tempo de hospitalização deste público [3].

Trata-se, pois, de uma população que demanda cuidados especiais, principalmente aqueles com idade superior a 80 anos, uma vez que apresentam quadro de maior vulnerabilidade a complicações decorrente, além das descompensações agudas, de declínio funcional e possibilidade de desequilíbrio

homeostático rápido, bem como de maior lentidão no funcionamento do sistema imune. São pessoas que apresentam, dentre outros, risco elevador para quedas, broncoaspiração e infecções, bem como maior grau dependência para a realização de atividades de vida diária, como para uso do banheiro e higiene corporal de forma autônoma. Esse contexto configura uma experiência de atendimento hospitalar bastante tenso para essa população, não só pela situação de saúde em si, mas também pelo rompimento com o contexto social, no que diz respeito aos seus hábitos, condutas e rotinas, e pela maior restrição da autonomia e independência em situações de adoecimento agudo [4,5].

Em unidades de pronto socorro (PS), observa-se que os profissionais de saúde, como um todo, e em específico a enfermagem, em razão de seu escopo de trabalho caracterizado pela prestação de cuidados diretos, não está devidamente preparada para lidar com essa realidade, em que cada vez mais pessoas com idades mais avançadas procuram por atendimento. De forma geral, o atendimento oferecido é equivalente ao prestado a um paciente adulto, sem considerar as especificidades dessa fase de vida e as fragilidades que pode ocasionar. Consequentemente, o cuidado prestado acaba não sendo realizado com a singularidade, segurança e qualidade que esse grupo necessita [5].

Em estudo realizado no Brasil, no qual se analisaram as principais causas de internação de pessoas idosas em um serviço hospitalar de emergência, identificou-se a necessidade de repensar o modelo de atenção à pessoa idosa a partir da identificação do perfil desses pacientes, incorporando novas estratégias e perspectivas de cuidados de forma a estabelecer uma abordagem

específica para avaliação e manejo de condições clínicas geriátricas [6]. Conhecer o perfil dos idosos atendidos nos serviços de pronto atendimento mostra-se, pois, essencial para que a equipe de saúde tenha maiores condições de se preparar para o atendimento a este público. Destaca-se aqui que cada instituição tem um perfil próprio, considerando o perfil social da população e região a qual atende, reforçando a importância de estudos locais e regionais.

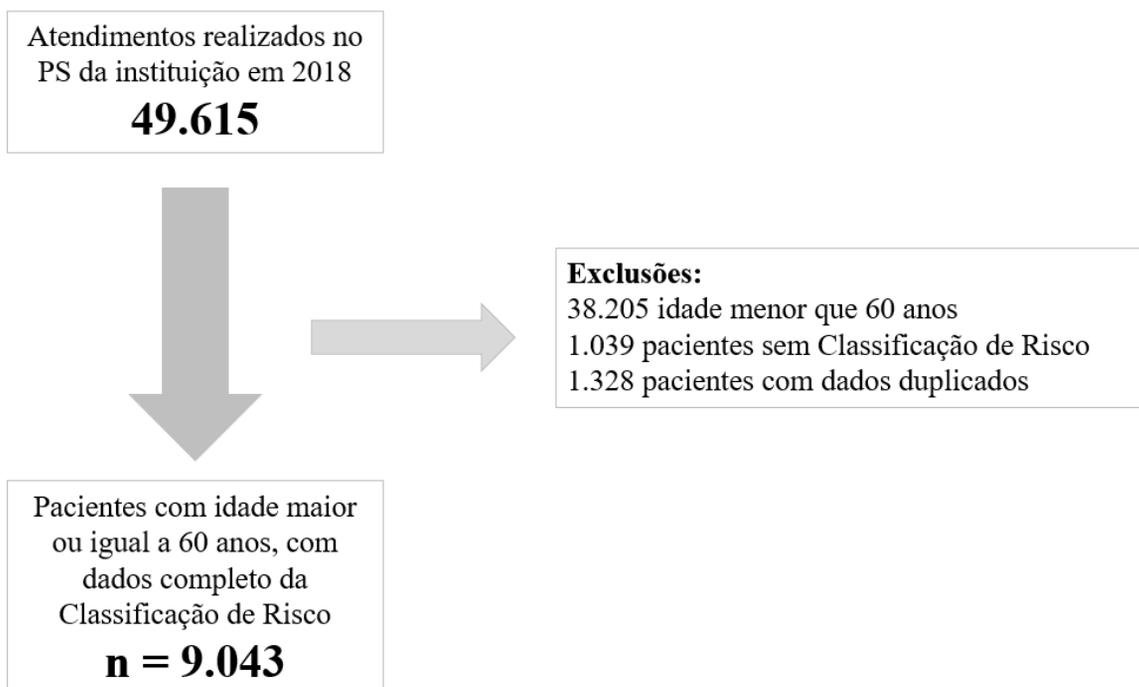
## Métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado em um hospital público, de ensino e grande porte, situado na periferia de Belo Horizonte. A Instituição é referência em atendimento de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica, e recebe pacientes oriundos de municípios adjacentes.

Foram levantados dados secundários coletados pela Instituição e armazenados em um banco

Diante disso, as questões que nortearam a realização desse estudo foram: Quem são os idosos que procuram por assistência no pronto socorro em um hospital de grande porte situado na periferia de uma capital de Minas Gerais? Que agravos ocasionam a busca pelo serviço? Qual é o desfecho do atendimento aos idosos realizados nesta unidade de emergência? Identificou-se, assim, o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos no pronto socorro de um hospital geral de grande.

de dados referente aos atendimentos realizados na admissão de pacientes no PS no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018. Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 60 anos e classificados pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco (SCRM) à admissão. Foram excluídos da análise registros de atendimentos duplicados.



Fonte: Elaborado pelos autores para fins do estudo.

**Figura 1** - Fluxograma de entrada dos pacientes incluídos no estudo. Belo Horizonte, MG, 2019

Foram analisadas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, procedência, responsável pelo idoso) e clínicas (nível de prioridade segundo o SCRM, fluxograma, discriminador), diagnóstico médico (categorias definidas segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças - CID-10) e desfecho do atendimento (alta, óbito, internação, transferência, evasão).

A variável *estado civil* possuía registros como solteiro, casado, divorciado, desquitado e união estável, sendo categorizada em “com companheiro” (casado e união estável) “sem companheiro” (solteiro, divorciado e desquitado) e viúvo (a). A variável *procedência* refere-se à origem do paciente na admissão. Essa variável foi categorizada em domicílio, unidade de pronto atendimento, outros hospitais, trabalho/trajeto e via urbana. Quanto à variável *responsável*, menciona a presença de um acompanhante no momento da admissão no pronto socorro, sendo categorizada em “acompanhado” (familiares/amigos) e “desacompanhado” (Bombeiros/Polícia/SAMU; próprio paciente e outros).

As variáveis relacionadas à *classificação de risco, fluxograma e discriminador* foram definidas segundo o SCRM. Esse sistema tem como objetivo priorizar o usuário em situação aguda, a fim de assegurar o atendimento médico de acordo com a gravidade clínica. Para a sinalização da gravidade, são utilizadas cinco cores diferentes com a prioridade e o tempo máximo de resposta em minutos para o atendimento médico, sendo: vermelho: emergência - 0 min; laranja: muito urgente - 10 min; amarelo: urgente - 60 min; verde: pouco urgente - 120 min e azul: não urgente - 240 min [7].

Além disso, o SCRM é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas, indicando a queixa principal e/ou situação apresentada. Para fins de apresentação dos dados,

considerou-se, neste estudo, os fluxogramas que tiveram pelo menos 2% dos registros, ficando os demais agrupados em “outros”. Cada fluxograma contém discriminadores que norteiam a coleta e análise de informações para a determinação da prioridade clínica do paciente [8].

Neste PS, o paciente, ao receber o primeiro atendimento médico, é diagnosticado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, versão 2008). Ela é composta por 22 capítulos organizados em algarismos romanos. Na variável, *capítulo do CID-10*, os diagnósticos elencados, segundo os capítulos, foram os que tiveram ao menos 3,5% dos registros.

A coleta de dados foi realizada por meio de acessos aos dados de prontuários eletrônicos compilados em sistemas informatizados e disponibilizados em bancos de dados pela instituição. Após aprovação do Comitê de Ética e autorização do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital, os dados foram solicitados ao setor de Tecnologia de Informação da instituição, que contava com dois *softwares* de armazenamento de dados, sendo um de gerenciamento de documentos de prontuários e outro para realização da classificação de risco segundo o SCRM. Com estas informações, gerou-se um banco de dados pelo programa *Microsoft Excel®*, versão 2010, considerando as variáveis determinadas nesse estudo.

Os dados foram submetidos à análise estatística e descritiva pelo programa *Stata versão 14*. Na análise das variáveis contínuas realizou-se o teste de *Shapiro-Wilk* para verificação da normalidade, e procedeu-se o cálculo de medidas de tendência central. As frequências e proporções foram calculadas para as variáveis categóricas. Esclarece-se que o número total de pacientes alterou para as variáveis estudadas devido às diferentes taxas de preenchimento destas nos prontuários.

Este estudo fundamentou-se nas recomendações nacionais para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 1.553.249.

## Resultados

As 9.043 pessoas idosas atendidas no período estudado representaram 18,2% da população atendida no pronto socorro no período do estudo. Dentre elas, 55,9% (5.057) eram do sexo feminino, com predomínio da faixa etária entre 60 e 69 anos 45,5% (4.121) e procedentes do domicílio 85,7% (7.750). A maioria vivia com companheiro 40,8% (3.698) e chegaram ao pronto socorro acompanhados por familiares/amigos 75,4% (6.824) (Tabela 1).

**Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da população do estudo. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=9.043)**

Características	n.	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	5.057	55,9
Masculino	3.986	44,0
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	4.121	45,5
70 a 79 anos	2.884	31,8
≥ 80 anos	2.038	22,5
<b>Estado Civil</b>		
Vive com companheiro	3.698	40,8
Vive sem companheiro	3.500	38,7
Viúvo (a)	1.845	20,4
<b>Procedência</b>		
Domicílio	7.750	85,7
*UPA	275	3,0
Outros Hospitais	162	1,7
Trabalho/Trajeto	180	1,9
Via Urbana	330	3,6
Outras Procedências	346	3,8
<b>Responsável</b>		
Familiares/amigos	6,824	75,4
Bombeiros/Polícia Civil/**SAMU	251	2,8
Próprio paciente	1,764	19,5
Outros	204	2,3

Fonte: Sistema de informação MV® do hospital estudado, 2018.

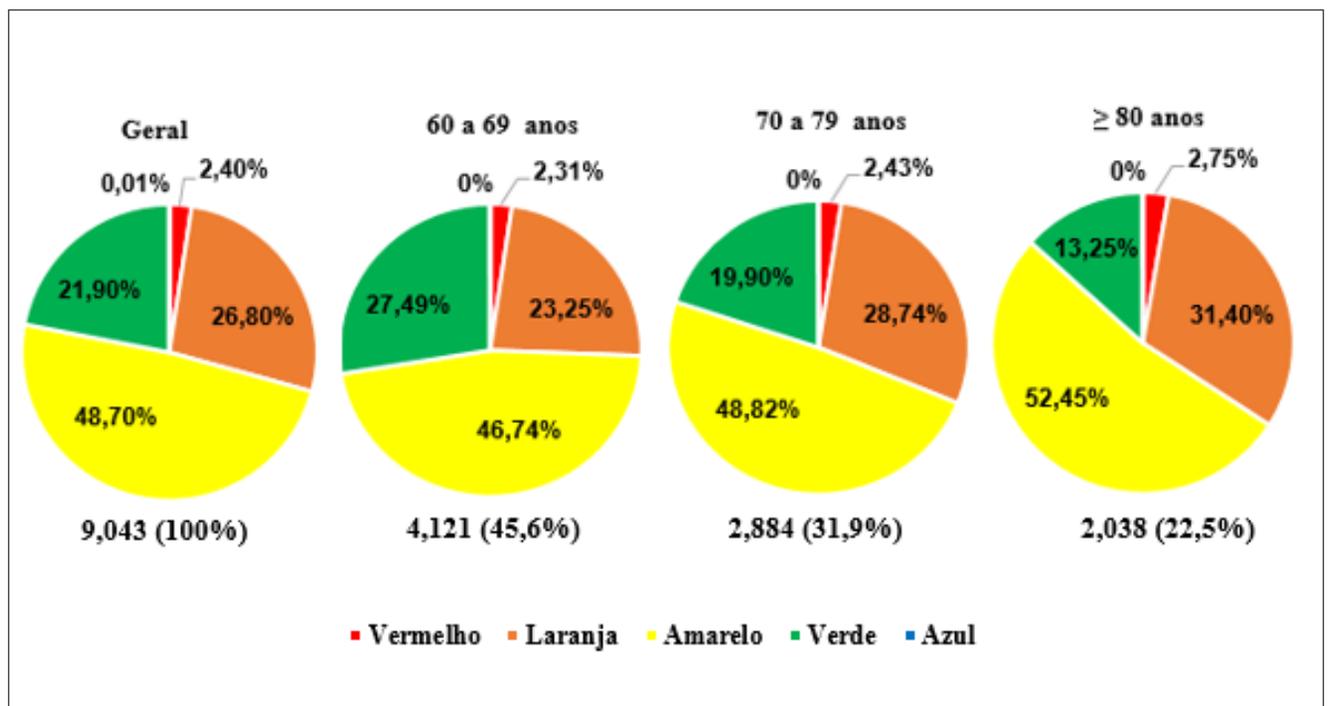
Nota: \*UPA- Unidade de Pronto-Atendimento; \*\*SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Em relação à classificação de risco segundo o SMCR, o fluxograma mais acessado foi “problemas em extremidades” 22,4% (2.025), seguido por “mal-estar em adultos” 18,6% (1.682), “quedas” 11,1% (1.003), “dor abdominal em adultos” 7,1% (642), “dispneia em adultos” 6,1% (552), “dor torácica” 6% (542), “feridas” 4,4% (398); “dor lombar” 3,5% (316); “trauma maior” 2,1% (190) e “cefaleia” 2% (181). As demais foram agrupadas em “outros” 16,7% (1.510). Ao categorizar os fluxogramas pela faixa etária, “problemas em extremidades” obteve maior acometimento nas pessoas idosas entre 60-69 anos 26,9% (545) e “mal-estar em adultos” naqueles com idade acima de 80 anos 22,1% (372).

Quanto ao discriminador identificado na classificação, os mais utilizados foram “dor moderada” 32,0% (2.894); “dor leve recente” 11,3% (1.022); “alteração súbita da consciência” 6,5% (588); “evento recente” 5% (452); “pulso anormal” 4,5% (407); “mecanismo de trauma significativo” 4,3% (389);

“dor intensa” 3,9% (353); “edema” 3,4% (307); “início súbito” 2,2% (199); “déficit neurológico agudo” 2,2% (199) e “déficit neurológico novo”. Ao categorizar em relação à faixa etária, “dor moderada” foi prevalente nas pessoas idosas acima de 80 anos 34,1% (987) e “dor leve recente” entre aqueles com idade entre 60-69 anos 14,6% (149).

Quanto ao nível de prioridade clínica, quase metade 48,7% (4.403) das pessoas idosas foi classificada como “Urgente” (amarelo), 26,8% (2.427) como “Muito Urgente” (laranja), 21,9% (1.977) “Pouco Urgente” (verde) e 2,4% (221) como “Emergência” (vermelho). Ao avaliar a faixa etária segundo nível de prioridade, observou-se que 52,4% (1.094) das pessoas idosas com faixa etária ≥ 80 anos foram classificadas como “urgente” e 31,4% (656) “muito urgente”, seguido de pessoas com idade entre 60 a 69 anos, classificados como “pouco urgente” 27,5% (1.133), conforme apresentado no Figura 2.

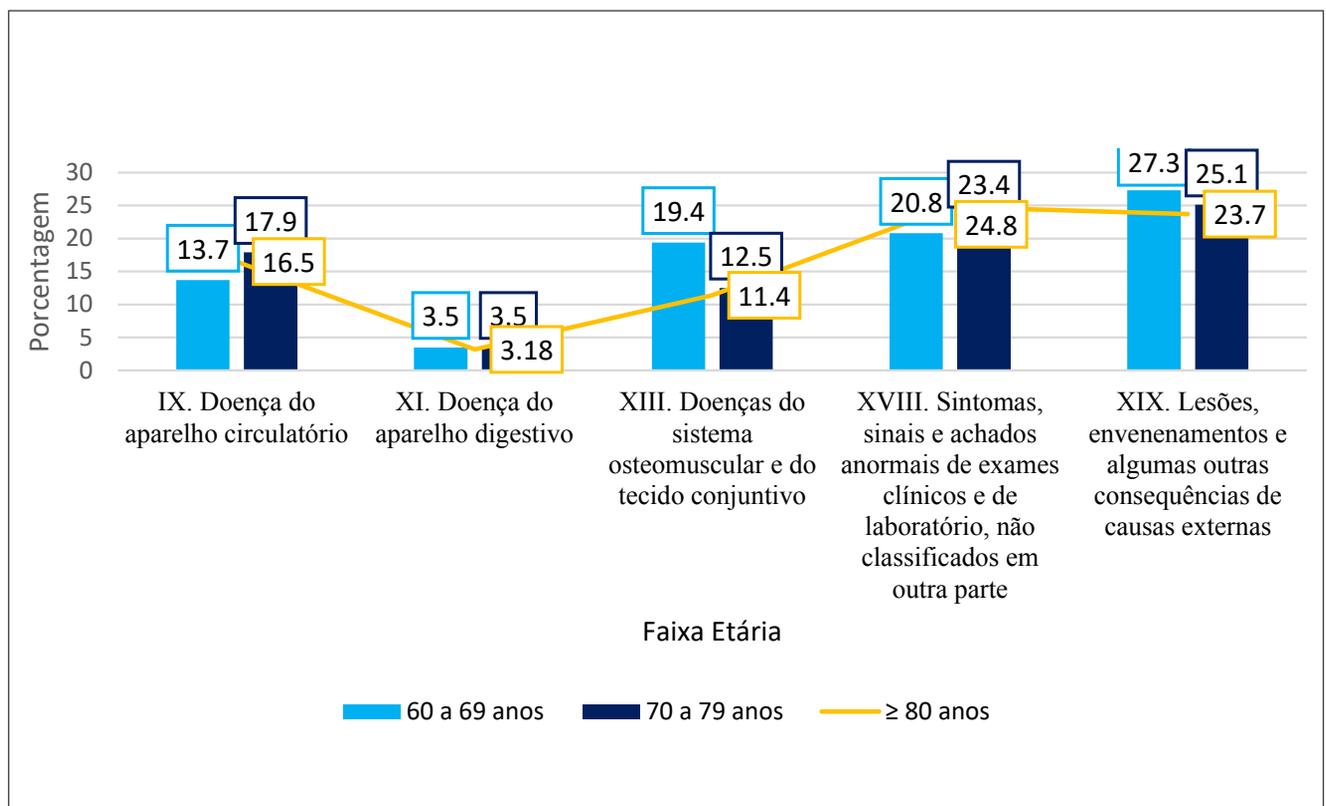


Fonte: Sistema de informação MV® do hospital estudado, 2018

**Figura 2** - Nível de prioridade de acordo com o Sistema Manchester de Classificação de Risco e faixa etária, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=9.043)

Em relação ao diagnóstico médico, foi possível identificar, pelo Código Internacional de Doenças (CID), que os cinco capítulos dos diagnósticos mais prevalentes foram lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas 25,7% (2.146); sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte 22,6% (1.882); doenças do aparelho circulatório 15,7% (1.310); doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 15,4% (1.281) e doenças do aparelho digestivo 3,5% (296).

Quanto à análise dos cinco capítulos dos diagnósticos mais frequentes segundo faixa etária, observou-se maior frequência do capítulo 19 = Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas nas pessoas idosas entre 60-69 anos 27,3% (586) e 70-79 anos 25,1% (538). Já nas pessoas com idade acima de 80 anos 24,7% (465), prevaleceu o capítulo 18 = Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, conforme o Gráfico 2.



Fonte: Sistema de informação MV® do hospital estudado, 2018.

**Gráfico 2-** Distribuição dos cinco principais capítulos em relação à por faixa etária.

Sobre o desfecho do atendimento no pronto socorro, menos da metade 48,8% (4.278) das pessoas idosas recebeu alta após consulta/medicação, sendo que 40,8% (3.578) foram internados. Do total, 9,8% (865) desistiram/evadiram, e 0,3% (26) faleceram. Ao analisar o desfecho por

faixa etária, entre as pessoas idosas com 60-69 anos, a maioria 53,5% (2.133) recebeu alta após consulta/medicação. Já entre aqueles com idade superior a 80 anos, quase a metade 49,9% (993) foi internada no hospital, como apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2 – Desfecho dos idosos atendidos no pronto atendimento de um hospital de ensino por faixa etária. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=8.770)**

	Desfecho			
	60 a 69 anos	70 a 79 anos	≥ 80 anos	Total
<b>Alta após consulta/medicação</b>	2.133 (53.5%)	1.307 (46.7%)	838 (42.1%)	4.278 (48,8%)
<b>Desistência/evasão</b>	448 (11.2%)	269 (9.6%)	148(7.4%)	865 (9,8%)
<b>Internação</b>	1.376 (34.5%)	1.209 (43.2%)	993 (49.9%)	3.578 (40,8%)
<b>Transferência para outro hospital</b>	9 (0.2%)	10 (0.4%)	4 (0.2%)	23 (0,2%)
<b>Óbito</b>	18 (0.4%)	3 (0.1%)	5 (0,3%)	26 (0,3%)

Fonte: Sistema de informação MV® do hospital estudado, 2018.

**Tabela 2 – Desfecho dos idosos atendidos no pronto atendimento de um hospital de ensino por faixa etária. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=8.770)**

	Desfecho			
	60 a 69 anos	70 a 79 anos	≥ 80 anos	Total
<b>Alta após consulta/medicação</b>	2.133 (53.5%)	1.307 (46.7%)	838 (42.1%)	4.278 (48,8%)
<b>Desistência/evasão</b>	448 (11.2%)	269 (9.6%)	148(7.4%)	865 (9,8%)
<b>Internação</b>	1.376 (34.5%)	1.209 (43.2%)	993 (49.9%)	3.578 (40,8%)
<b>Transferência para outro hospital</b>	9 (0.2%)	10 (0.4%)	4 (0.2%)	23 (0,2%)
<b>Óbito</b>	18 (0.4%)	3 (0.1%)	5 (0,3%)	26 (0,3%)

Fonte: Sistema de informação MV® do hospital estudado, 2018.

## Discussão

O perfil de pessoas idosas atendidas no pronto socorro onde se deu a realização desta pesquisa corrobora com outros estudos realizados com esta população [9, 11]. No último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a região Norte de Belo Horizonte possuía uma população de 67.706 pessoas com 60 anos ou mais [1]. A população de pessoas idosas do gênero feminino nessa região foi de 58,5%, o que pode justificar a maior prevalência de atendimentos neste gênero.

Em estudo transversal realizado com 582 pessoas idosas em um hospital de esfera federal, da região metropolitana do Rio de Janeiro, o total de pessoas idosas do sexo masculino (52,1%) que participaram da pesquisa foi maior em relação ao número de mulheres [12], dados estes que contradizem os do presente estudo, embora não haja discrepância entre os percentuais. Neste estudo, a proporção de pessoas idosas com 80 anos ou mais foi de 22,5%, sinalizando a importância de se planejar o atendimento em urgência

e emergência considerando as especificidades dessa faixa etária. Mesmo sendo minoria, é um quantitativo significativo e que se assemelha a achados de outros estudos, que evidenciaram a alta prevalência da população idosa octogeanária nos serviços de emergência [9,10,11]. Os achados sugerem a necessidade de se avaliar o grau de fragilidade destas pessoas, uma vez que a maior vulnerabilidade destas predispõe a desfechos clínicos desfavoráveis, podendo apresentarem declínio funcional ao longo da hospitalização, indicando a necessidade de capacitação dos profissionais para atender às necessidades deste grupo.

Quando analisado o sexo por faixa etária, observou-se maior concentração (65,3%) de pessoas idosas do gênero feminino na faixa etária de  $\geq 80$  anos ou mais, o que é uma realidade comum a vários países. Embora a feminização tenha sido prevalente neste estudo, o que é comum também a usuários de outros níveis de atenção da rede de atendimento em saúde, o número de pessoas idosas do sexo masculino atendidos foi significativo, considerando que a procura pelo atendimento no serviço de saúde por eles se dá, muitas vezes, somente quando suas necessidades se tornam mais complexas [3,9,13].

Nesta pesquisa, a maioria dos atendimentos foi a pessoas idosas oriundos do domicílio e trazidos por familiares/amigos, o que sinaliza facilidade de acessibilidade dos usuários ao hospital cenário, que é uma instituição de porta aberta. É sabido que essas pessoas têm direito a um acompanhante. Entretanto, uma parcela significativa das mesmas (24,6%) chegou ao serviço desacompanhadas. A importância do acompanhante neste momento está em favorecer a ambientação dessas pessoas, auxiliar os profissionais no fechamento de diagnósticos com informações secundárias, além de

ser uma referência familiar em casos de quadros e decisões mais complexas [5]. Porém, para essas variáveis não foram encontrados estudos semelhantes que permitissem uma comparação dos achados.

O significativo número de atendimentos a pessoas idosas no pronto socorro encontrado neste estudo evidencia a necessidade de se qualificar os profissionais de saúde, em especial, a equipe de enfermagem, para uma assistência alinhada com as características desse grupo, considerando suas necessidades e riscos, e possíveis limitações. Cabe acrescentar que a instituição onde o estudo foi realizado é um hospital escola, por onde passam muitos alunos de graduação e pós-graduação, o que reforça a importância de oferecer um atendimento de excelência, uma vez que é exemplo para muitos profissionais.

Em estudo de abordagem qualitativa realizado com 15 profissionais de enfermagem atuantes no setor de emergência do hospital geral e público no estado de Santa Catarina, encontraram-se diversas fragilidades no atendimento a pessoas idosas. Foi ressaltado como agravantes a esta situação a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, as inconformidades da estrutura física e a restrição da independência do idoso dentro de seus potenciais [14]. A sobrecarga de trabalho da enfermagem é um problema comum à maioria dos hospitais no país, o que requer maior atenção por parte dos gestores para que a assistência não tenha sua eficácia prejudicada, além de implicar em exposição em risco para todos os envolvidos.

Inadequações da estrutura física para assistir pessoas com necessidades específicas também é um problema presente em muitas instituições, não só em se tratando de pessoas idosas, mas também de pessoas com outras necessidades, como pessoas com algum tipo de deficiência,

o que também requer maior atenção dos gestores para esta situação. É preciso antever que podem apresentar acuidade visual, auditiva e até de fala afetadas, bem como habilidades cognitivas e motoras reduzidas, o que exige o uso de recursos de tecnologias assistivas visando superar as barreiras que podem surgir na comunicação com estes e para sua mobilidade.

No exterior, a utilização dos serviços de emergência por pessoas idosas varia de 12 a 21% do total de atendimento. No Brasil, varia de 17 até 44% do total de atendimentos, o que é bastante expressivo. Cabe pontuar que, no ambiente de emergência, as pessoas idosas ficam ainda mais expostas a riscos, como de quedas, como em dano da polifarmácia e do ambiente desconhecido, o que, por sua vez, pode ocasionar piora do declínio funcional. Além disso são setores que afetam de forma significativa no conforto dessas pessoas devido barulho, agitação decorrente do fluxo de pessoas e escassez de privacidade [5]. Esse contexto remete à necessidade de se pensar em espaços exclusivos e apropriados destinados ao atendimento a este grupo de pacientes, nos quais possam ser devidamente acolhidos e assistidos.

Ressalta-se que, quando a pessoa idosa e/ou outros usuários chegam ao serviço de emergência e apresentam sua queixa, inicia-se a classificação de risco e a discriminação do fluxograma, determinados conforme a queixa principal e baseados nos sinais e sintomas apresentados. O protocolo de classificação de risco mais utilizado no Brasil e reconhecido pelo Ministério da Saúde é o SCRM. É uma ferramenta que possibilita identificar com mais facilidade os pacientes críticos que procuram a unidade de urgência, auxilia na organização da demanda assistencial e determina o nível de prioridade no atendimento dos pacientes. O enfermeiro é o profissional responsável por avaliar e classificar

a gravidade dos que buscam este serviço [8,15]. Nesta investigação, a aplicação do SCRM indicou uma maior prevalência da categoria de risco “urgente”, ou seja, com necessidade de avaliação em até 60 minutos.

Em estudo realizado na Holanda com o objetivo de avaliar o desempenho do SCRM em pacientes com idade superior a 65 anos, identificou-se que 44,5% foram classificados como “urgente”, corroborando com os achados do presente estudo. Ainda, 0,9% foram classificados como “emergente”, 15% como “muito urgente” e 39,7% como “pouco urgente” [16]. Observou-se que, diferentemente deste estudo onde a maioria dos atendimentos foram nas categorias “urgente” e “muito urgente”, na Holanda, houve prevalência das categorias “urgente” e “pouco urgente” respectivamente, embora tenha sido utilizado o mesmo protocolo de classificação. Tal fato pode estar associado ao perfil dos hospitais em que foram desenvolvidos os estudos, bem como as demandas e necessidades de saúde da população.

Em outra pesquisa, o serviço de emergência encontrou, através do Protocolo de Avaliação com Classificação de Risco Canadense aplicado na época, que 79% dos idosos foram classificados na cor amarela quanto ao nível de prioridade [11]. Tal achado condiz com o quantitativo encontrado por meio da aplicação do SCRM neste estudo (classificação urgente). Já em outra investigação em que foram analisados 170 prontuários, a maioria das pessoas idosas, 61 (35,9%), foram classificados, segundo o SCRM, como laranja (muito urgente) [9], sendo um resultado diferente deste estudo. Porém, a população do estudo foi bem menor.

Quanto à casuística que avaliou a faixa etária em relação ao nível de prioridade, foi possível observar o aumento significativo na classificação de risco nas cores amarela “urgente”, laranja “muito

urgente” e vermelha “emergência”, e redução progressiva na cor verde “pouco urgente”, conforme o avanço da idade. Este fato está relacionado à queixa principal ou situação apresentada no momento da sua entrada na instituição, identificado no fluxograma do SCRM. A análise da população idosa pelo SCRM é equiparada com a do adulto. No entanto, é preciso considerar as especificidades deste público, uma vez que, sua regulação física e biopsicossocial se difere de um indivíduo adulto quanto à sua capacidade de manter a homeostasia de suas funções, acrescido da sua vulnerabilidade de manter sua autonomia e independência de cuidado. Isto é, o julgamento clínico do enfermeiro quanto às necessidades de saúde de um idoso torna-se prejudicado se ele o condiciona ao mesmo julgamento clínico de um adulto, tornando a classificação deste público enviesada.

Destacaram-se os fluxogramas “problemas em extremidades” e “mal-estar em adultos”. Tal achado pode ser justificado pelos sinais e sintomas apresentados no momento da classificação de risco. Percebe-se na prática clínica que, após avaliação mais detalhada do caso e realização de exames, o diagnóstico final é alterado. Assim, a avaliação mais detalhada da queixa ou da situação relatada pelo paciente idoso pode ser útil para a definição de fluxograma mais específico. Faz-se necessário destacar o fluxograma de “Quedas” (11,1%), pois se trata de um marcador de fragilidade da pessoa idosa. Além disso, a queda nem sempre aparece como a queixa principal no momento da triagem [17] e sim suas consequências, como dor, fratura e lesão.

Em se tratando do discriminador identificado na classificação, após definição do fluxograma, a “dor moderada” (32,0%) foi a queixa principal, seguido de “dor leve” (11,3%). Tal achado pode decorrer

das alterações do processo de envelhecimento, tendo em vista que grande parte está relacionada a redução da força musculoesquelética, o que leva a problemas nas extremidades [2].

Chamou a atenção o número significativo no capítulo XIX do CID-10, “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”, ficando em primeiro lugar dentre as cinco principais causas que levaram os idosos a procurarem atendimento no hospital cenário no período estabelecido. Acredita-se que decorra tanto por se tratar de uma instituição referência em trauma, além de estar situada em uma região periférica, com infraestrutura precária e com alto índice de violência de diversas naturezas, inclusive no trânsito, o que pode ter relação com a prevalência de quedas e outros agravos que ocasionam o comprometimento da saúde das pessoas idosas que ali habitam [6,17].

A segunda causa que ocasionou a procura por atendimento, no pronto socorro, foi o capítulo XVIII do CID-10, “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”. Em estudo realizado em Porto Alegre, evidenciou o capítulo XVIII (47,6%) como o principal motivo de atendimento na emergência, classificado na consulta médica, seguido das doenças do aparelho circulatório (17,6%) e respiratório (8,2%) [9]. Outro estudo evidenciou, dentre as principais causas de óbito em pacientes acima de 60 anos, o capítulo XVIII entre as causas, tendo, especificamente, o choque séptico como principal motivo dos óbitos (33,6%) sem predileção por gênero [18].

O aumento da expectativa de vida representa uma grande conquista, mas também um dos maiores desafios para a sociedade. Essa nova realidade implica na necessidade de se repensar as políticas públicas, dentre as quais aquelas voltadas

não só para o atendimento em saúde dessa população, mas também para sua inclusão social, uma vez que é sabido haver preconceitos e falta de acessibilidade nos diversos ambientes sociais, ficando este grupo excluído com dificuldades de usufruírem com equidade de muitas atividades sociais, dentre as quais dos serviços de saúde, em decorrência das limitações que possam apresentar ao longo do processo de envelhecimento. Faz-se necessário capacitar os profissionais de saúde, e em especial os enfermeiros, categoria que mais tempo convive com os pacientes, para que possam atuar em prol de assegurar um atendimento qualificado e seguro, com estímulo à manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas,

## Conclusão

O perfil sociodemográfico das pessoas idosas atendidas no PA de uma instituição de grande porte se caracterizou por ser, em sua maioria, de pessoas do sexo feminino, com idade entre 60 a 69 anos, que vivem com companheiro. A maioria foi oriunda do domicílio e estava acompanhada por familiares/amigos. Na classificação de risco a maioria dos idosos foi classificada em “urgente”, tendo prevalecido como discriminador a “dor moderada”. O fluxograma mais acionado foi de “problemas em extremidades”, tendo prevalecido o capítulo “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”, conforme o CID-10, sendo este perfil característico das especificidades de atendimento na instituição. Quanto ao desfecho quase metade permaneceram internados, principalmente aqueles com mais de 80 anos.

Os achados oferecem descrições relevantes para o estabelecimento de medidas estratégicas que possam favorecer o atendimento mais qualificado e seguro a essa população, que se

e no qual elas se sintam valorizadas e com sua dignidade preservada.

Este estudo trouxe contribuições para se repensar o planejamento dos serviços de emergência considerando as especificidades da população idosa, não só a nível regional, mas com informações que podem auxiliar na comparação com outros estudos e contextos e no planejamento do atendimento de outros serviços de PA. Dentre suas limitações está o fato de usar dados secundários, os quais podem apresentar lacunas. Contudo, essa limitação não reduz as potenciais contribuições que o mesmo oferece ao conhecimento na área, que é bastante limitado.

caracteriza por ser mais vulnerável e necessitar de um olhar diferenciado, tendo em vista suas especificidades. Sugere-se aos serviços de PA atentar para o oferecimento de atendimento singularizado e que considere as necessidades deste público, bem como seguro, resolutivo e acolhedor, o que requer profissionais capacitados. Faz-se necessário repensar o atendimento após a classificação de risco, considerando-se as individualidades deste público.

Além disso, os achados sinalizam a importância de se conscientizar a população para o uso adequado dos serviços de PA, uma vez que grande parte dos atendimentos poderiam ter ocorrido em UPAS ou serviços da atenção primária. Sugere-se a realização de novos estudos voltados para esse segmento com essa população, uma vez que são bastante limitados e o crescimento da população idosa continua em ascensão, aumentando cada vez mais a demanda de atendimento na rede de atenção à saúde, dentre elas os serviços de PA.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de qualquer natureza.

## Fontes de financiamento

Financiamento próprio.

## Contribuição dos autores

*Concepção e desenho da pesquisa: Barbosa JAG, Corrêa AR, Chave EA, Oliveira TM; Coleta de dados: Corrêa AR, Chave EA; Análise e interpretação dos dados: Barbosa JAG, Corrêa AR, Chave EA; Análise estatística: Oliveira TM, Corrêa AR; Redação do manuscrito: Barbosa JAG, Corrêa AR, Chave EA, Santos FBO. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Barbosa JAG, Chave EA, Santos FBO.*

## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/atlas/tematicos/16361-atlas-do-censo-demografico.html>
2. Macena WG, Hermano LO, Costa TC. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. Rev. Mosaicum. 2018. [Internet];27:223-36. [citado em 2022 fevereiro 22] Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/abaf/3773b80a55da47971d32718f8a3e763a6bc2.pdf>
3. Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB et al. Older adults hospitalized in a teaching hospital: clinical characteristics and outcomes. J Nurs UFPE 2017;1(12):4938-45. doi:10.5205/1981-8963-v11i12a24046p4938-4945-2017
4. Reis CCA, Sena ELS, Menezes TMO. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade. Esc Anna Nery. 2016;20(3):e20160070. Doi:10.5935/1414-8145.20160070
5. Santos MT, Lima MADS, Zucatti PB. Elder-friendly emergency services in Brazil: necessary conditions for care. Rev. Esc. Enferm. USP. 2016;50(4):592-599. doi:10.1590/S0080-623420160000500008
6. Teixeira JJ, Bastos GF, Souza AC. Perfil de internação de idosos. Rev. Soc. Bras. Clin. Med. 2017[Internet];15(1):15-20. [citado em 2022 março 20]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833048/15-20.pdf>
7. Melo-Silva A, Mambrini J, Souza Junior PR, Andrade F, Lima-Costa MF. Hospitalizations among older adults. Rev. saúde pública. 2019;52(2):3s. doi:10.11606/51518-8787.2018052000639
8. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. 2. ed. Belo Horizonte; [Internet]. 2015[citado 2022 março 20]. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>
9. Silveira VC, Paskulin L. Perfil e rede de apoio de idosos internados na emergência do hospital de clínicas de porto alegre. Estud. Interdiscipl. Envelhec. 2014;19(2):377-396. doi:10.22456/2316-2171.40025.
10. Miranda AP, Nascimento APR, Nunes SCR. O idoso no ambiente hospitalar, suas comorbidades e a mudança na rotina durante o internamento em uma emergência. Revista Nursing. 2018[Internet];21(246):2471-2475. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg25.pdf>

11. Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):55-63. doi:10.1590/S1983-14472013000100007
12. Cunha BSS, Nascimento AS, Sá SPC. Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. *Estud. interdiscipl. Envelhec.* 2014;19(1):189-200. doi.org/10.22456/2316-2171.20963
13. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos.* 2015;14(1):115-31. doi:10.15448/1677-9509.2015.1.19830
14. Nascimento ERP, Silva SG, Souza BC, Souza DD, Germer Netto A. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2015;19(2):338-42. doi:10.5935/1414-8145.20150046
15. Roncalli AA, Oliveira DN, Silva ICM, Brito RF, Viegas SMF. Protocolo de manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. *Rev. baiana enferm.* 2017(2):110. doi: 10.18471/rbe.v31i2.16949
16. Brouns et al. Performance of the Manchester triage system in older emergency department patients: a retrospective cohort study. *BMC Emergency Medicine.* 2019;19:3. doi: 10.1186/s12873-018-0217-y
17. Freitas MG, Bonolo PF, Moraes EM, Machado CJ. Elderly patients attended in emergency health services in Brazil: a study for victims of falls and traffic accidents. *Ciênc. saúde coletiva,* 2015; 20(3):701-12. doi:10.1590/1413-81232015203.19582014
18. Coimbra BV, Garcia CC, Guerra TRB. Perfil de causa mortis em idosos internados em um serviço público de urgência e emergência: evidências clínicas. *Acad. Rev. Cient. da Saúde.* 2018;3:29-35. doi:10.1590/S0102-311X2004000600020



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.