

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Cristiano Inácio Martins

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ÓBITO DE
PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS EM UM PRONTO-SOCORRO DO ESTADO DE
MINAS GERAIS**

Belo Horizonte
2021

Cristiano Inácio Martins

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ÓBITO DE
PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS EM UM PRONTO-SOCORRO DO ESTADO DE
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karla Rona da Silva

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos

Belo Horizonte
2021

Martins, Cristiano Inácio.
M386f Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro do Estado de Minas Gerais [manuscrito]. / Cristiano Inácio Martins. -- Belo Horizonte: 2021. 126 f.
Orientador (a): Karla Rona da Silva.
Coorientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Idoso Fragilizado. 2. Acidentes por Quedas. 3. Acidentes de Trânsito. 4. Serviços Médicos de Emergência. 5. Doença Crônica/mortalidade. 6. Gravidade do Paciente. 7. Causas de Morte. 8. Estudos Transversais. 9. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Karla Rona da. II. Camargos, Mirela Castro Santos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WT 500



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 31 (TRINTA E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO CRISTIANO INÁCIO MARTINS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 23 (vinte e três) dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte e um, às 15:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ÓBITO DE PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS EM UM PRONTO-SOCORRO DO ESTADO DE MINAS GERAIS", do aluno **Cristiano Inácio Martins**, candidato ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Karla Rona da Silva, Mirela Castro Santos Camargos, Júlio César Batista Santana e Márcia Mascarenhas Alemão, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADO;
- APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2021.

Prof^ª. Dr^ª. Karla Rona da Silva
Orientadora (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Mirela Castro Santos Camargos
Coorientadora (UFMG)

Prof. Dr. Júlio César Batista Santana
Membro Titular (PUC MINAS)

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Mascarenhas Alemão
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Karla Rona da Silva, Membro**, em 26/02/2021, às 17:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Castro Santos Camargos, Professora do Magistério Superior**, em 01/03/2021, às 10:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Júlio César Batista Santana, Usuário Externo**, em 05/04/2021, às 17:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Márcia Mascarenhas Alemão, Usuário Externo**, em 05/04/2021, às 19:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 27/04/2021, às 20:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0577546** e o código CRC **6CCD63F2**.

DEDICATÓRIA

À minha amada esposa Ariane e ao meu filho Noáh, respostas das minhas orações; aos meus pais, Jovelino e Maria Aparecida, por todo amor, carinho e dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido sabedoria, discernimento e serenidade nos momentos difíceis. Toda a boa dádiva e todo dom perfeito vem do alto, descendo do pai das luzes, em quem não há mudança e nem sombra de variação (Tiago 1-17).

À minha família, por compreenderem os momentos de ausência, pelo apoio constante e incondicional em todos os momentos da minha vida.

À minha sogra Alice Antunes Siqueira e ao meu sogro Ari Alves de Souza, que sempre estiveram presentes em oração e dedicação com minha família.

À minha orientadora Professora Dra. Karla Rona da Silva e a minha coorientadora Professora Dra. Mirela Castro Santos Camargos, minha eterna gratidão, respeito e admiração. Generosamente contribuíram com seus conhecimentos, disponibilidade diuturna e imediata.

A todos os colegas do Mestrado, pela amizade, pelo apoio, por compartilharmos experiências, expectativas e desafios.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, por me proporcionar uma formação de excelência.

Aos Professores do Mestrado, pelo conhecimento compartilhado e incentivo ao longo do curso.

Ao Davidson Luis B. Lopes, colegiado de Pós-Graduação, por toda atenção e dedicação.

Aos membros da banca de qualificação/final: Professor Dr. Júlio Santana, Professora Dra. Mery Natali Silva Abreu, Professora Dra. Márcia Mascarenhas Alemão e Professora Dra. Doane Martins da Silva, pelas valiosas contribuições.

À Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, por me oportunizar bolsa no projeto “Cuidar de quem Cuida” e ser voluntário no projeto Educando para a Segurança no Trânsito, ambos sob coordenação da Professora Dra. Karla Rona da Silva.

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, pela autorização, apoio e acolhida no serviço, em especial a Professora Dra. Márcia Mascarenhas Alemão e a Dra. Jacqueline Saldanha Mendes da Costa, e aos demais servidores que contribuíram com a disponibilidade dos dados.

Aos integrantes do projeto “Cuidar de quem Cuida”, por compartilhamos de momentos sensacionais com homenagens aos profissionais dos diversos seguimentos do setor saúde em decorrência da pandemia da COVID-19.

Às alunas de graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, Fernanda Gonçalves de Souza e Shirlei Moreira da Costa Faria, pelo apoio incondicional e amizade.

Aos amigos Michel Rodrigues e Liliane Batista de Melo da Secretaria Municipal de Saúde de Chalé e ao amigo Lucas Marcelino, pela disponibilidade e apoio constante.

Enfim, a cada uma das pessoas que me acompanharam de forma solidária e incentivadora desde os primeiros momentos do mestrado. Meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

MARTINS, C.I. **Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados ao Óbito de Pacientes Idosos Atendidos em um Pronto-Socorro do Estado de Minas Gerais**. 2021. 125 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2021.

O envelhecimento populacional acarreta mudanças significativas na sociedade, sendo que diversos fatores interferem diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa e em sua busca pelo acesso aos serviços de saúde. Este estudo objetivou descrever os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais. Trata-se de estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa. A base para obtenção dos dados foi o prontuário eletrônico disponível no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar do serviço. As variáveis foram idade, sexo, estado civil, escolaridade, procedência, tipo de risco, CID primário, desfecho (alta, transferência, evasão e óbito) e período de permanência. Os dados foram armazenados em planilha do programa *Excel 2010®* e submetidos à análise no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19. Este estudo é um recorte do projeto “*Internações Hospitalares de Idosos: um estudo na rede FHEMIG*”, aprovado pelos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa sob o nº do CAAE 98627418.0.0000.5149. Foram 11.306 idosos atendidos no período entre 2015 a 2019, com predomínio do sexo masculino (52,79%). A maior parte dos idosos tinha entre 60 e 64 anos (25,49%), era casada, com união estável ou amigada (43,85%), residia no Município de Belo Horizonte (63,94%). Houve predomínio da cor laranja (23,72%) na classificação de risco, 44,49% deram entrada por motivo de queda, 25,03% por motivos clínicos e 10,30% por atropelamento. Na análise do CID primário, o Capítulo XIX (S00-T98) lesões, envenenamento e algumas outras causas externas foi o mais prevalente (63,94%), seguido do Capítulo IX (I00-I99) doenças do aparelho circulatório (12,21%). Dos idosos atendidos, 56,19% receberam alta, 30,70% foram transferidos e 11,91% foram a óbito. O tempo médio de permanência foi de 11,6 dias (DP ± 24,5 dias). Quanto às características associadas ao desfecho óbito, o sexo feminino tem 29,3% menos chances que o sexo masculino, 80 anos ou mais tem 2,3 vezes mais chances, quem reside em Belo Horizonte tem 27,6% menos chances, classificação de risco vermelho tem 24,0% mais chances, entrada por motivo de queimadura tem 4,2 vezes mais chances, a cada aumento de um dia no tempo de permanência, aumenta a chance de óbito em 1,0 vez. A pesquisa tem o potencial de contribuir com a ampliação do conhecimento acadêmico sobre o tema e instigar reflexões sobre possíveis intervenções. Do ponto de vista organizacional, espera-se que os resultados apresentados forneçam insumos para o planejamento de ações necessárias a gestão e organização da atenção à saúde, de forma a desenvolver competências necessárias para o alcance dos resultados almejados, que contribuam para o fortalecimento de uma assistência de qualidade, segura e transparente. Para a sociedade a contribuição potencial será a de prover os profissionais de saúde de informações que permitam melhor subsidiar suas práticas laborais, culminando em um melhor atendimento à população. Como produtos desta pesquisa foram elaborados: relatório técnico a ser entregue à diretoria da instituição investigada; elaboração e apresentação em eventos científicos de materiais informativos abordando a temática - cuidados com os idosos no trânsito.

Palavras-chave: Idosos fragilizados. Queda. Acidente de trânsito. Pronto-socorro. Doença crônica. Agudização.

ABSTRACT

MARTINS, C.I. **Sociodemographic and Clinical Factors Associated with the Death of Elderly Patients Attended in an Emergency Room in the State of Minas Gerais.** 2021. 125 f. Dissertation (Professional Master in Service Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2021.

Population aging causes significant changes in society, with several factors directly interfering with the quality of life of the elderly and their search for access to health services. This study aimed to describe the sociodemographic and clinical factors associated with the death of elderly patients seen in a reference emergency room for polytrauma patients in the state of Minas Gerais. This is a descriptive cross-sectional study, of a quantitative nature. The basis for obtaining the data was the electronic medical record available in the Integrated Hospital Management System of the service. The variables were age, sex, marital status, education, origin, type of risk, primary ICD, outcome (discharge, transfer, evasion and death) and length of stay. The data were stored in an Excel 2010® spreadsheet and submitted to analysis using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 19. This study is a follow-up to the project "Hospitalizations for the Elderly: a study on the FHEMIG network", approved by the respective Research Ethics Committees under CAAE No. 98627418.0.0000.5149. There were 11,306 elderly people attended in the period between 2015 to 2019, there was a predominance of males (52.79%). Most of the elderly were between 60 and 64 years old (25.49%), married, with a stable union or friends have been living together (43.85%), lived in the city of Belo Horizonte (63.94%). There was a predominance of orange (23.72%) in the risk classification, 44.49% were admitted for reasons of falling, 25.03% for clinical reasons and 10.30% for being run over. In the analysis of the primary ICD, Chapter XIX (S00-T98) injuries, poisoning and some other external causes were the most prevalent (63.94%), followed by Chapter IX (I00-I99) diseases of the circulatory system (12,21 %). From the elderly taken care of, 56.19% were discharged, 30.70% were transferred, and 11.91% came to death. The average length of stay was 11.6 days (SD ± 24.5 days). As for the characteristics associated with the death outcome, females are 29.3% less likely than males, 80 years old or more have 2.3 times more chance, those who live in Belo Horizonte have 27.6% less chance, classification of red risk has 24.0% more chances, entry due to burn has 4.2 times more chance, and at each increase of one day in the length of stay, the chance of death increases by 1.0 times. The research has the potential to contribute to the expansion of academic knowledge on the subject and instigate reflections on possible interventions. From the organizational point of view, it is expected that the results presented provide inputs for the planning of actions necessary for the management and organization of health care, in order to develop the necessary competencies to achieve the desired results, which contribute to the strengthening of a quality, safe and transparent assistance. For society, the potential contribution will be to provide health professionals with information that allows them to better subsidize their work practice, culminating in better service to the population. As products of this research were elaborated: a technical report to be delivered to the board of the investigated institution; preparation and presentation at scientific events of informative materials addressing the theme - care for the elderly in traffic.

Keywords: Frail elderly. Fall. Traffic accident. Emergency Room. Chronic disease. Sharpening.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apreciação para Aprovação Ética
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CE	Central de Material e Esterilização
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i>
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências
SIGH	Sistema Integrado de Gestão Hospitalar
SINITOX	Sistema de Informações Tóxico-Farmacológica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019.....	34
Tabela 2 - Perfil clínico de idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019.....	35
Tabela 3 - Análise de regressão logística univariada de fatores associados ao óbito em idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019.....	37
Tabela 4 - Análise de regressão logística multivariada de fatores associados ao óbito em idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019.....	39

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
3.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	22
3.2 CONTEXTUALIZANDO O PERFIL POPULACIONAL DE ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE PRONTOS-SOCORROS BRASILEIROS	24
4 METODOLOGIA	30
4.1 COLETA DOS DADOS.....	31
4.2 ANÁLISES DE DADOS	31
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5 RESULTADOS	34
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS NA UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO	34
5.2 O DESFECHO ÓBITO NO ATENDIMENTO DOS IDOSOS.....	36
6 DISCUSSÃO	40
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS ATENDIDOS	40
6.2 PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS	43
6.2.1 A classificação de risco segundo o Sistema Manchester	43
6.2.2 Atendimento dos idosos traumatizados	45
6.2.3 O atendimento dos idosos por agudização das doenças crônicas	53
6.3 O TEMPO DE PERMANÊNCIA E O DESFECHO DOS ATENDIMENTOS.....	58
6.4 O DESFECHO ÓBITO.....	61
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A – RELATÓRIO TÉCNICO	88
APÊNDICE B – PRODUTOS DO MESTRADO	113
ANEXO A – PARECER CIRCUNSTANCIADO DO CEP	124

APRESENTAÇÃO

Minha formação acadêmica teve início no ano de 2003, época em que ingressei no Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Barra Mansa, Estado do Rio de Janeiro. Em 2007, tive minha primeira experiência profissional como enfermeiro em um Programa de Saúde da Família, no Município de Matipó/MG.

As experiências adquiridas ao longo de quatro anos atuando na Atenção Primária a Saúde me oportunizaram experiências em outros locais de atuação, como a Coordenação Vigilância em Saúde no Município de Chalé/MG e a Gestão de um pronto-socorro no Município de Manhuaçu/MG. As expectativas e conhecimentos construídos me motivaram a cursar a Especialização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Posteriormente, em 2011, atuei como enfermeiro da emergência de um Hospital Pronto-Socorro do Estado de Minas Gerais, um complexo hospitalar habilitado para atender as altas complexidades na atenção às urgências e emergências como referência para todo o estado. Nesse serviço, vivenciei diuturnamente a atuação cada vez mais desafiadora dos profissionais que atuam em serviço público de urgência e emergência, como superlotação, limitação dos recursos humanos e estruturais, associado ao aumento expressivo da demanda e da morbimortalidade por trauma.

Simultaneamente, desenvolvi atividades atuando como Secretário Municipal de Saúde Adjunto e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Chalé/MG, cargo que contribuiu para o desenvolvimento da capacidade técnica e de gestão do Sistema Único de Saúde, de uma forma efetiva e harmônica com gestores e conselheiros de saúde, buscando a construção da qualidade dos serviços e ações de saúde em um ambiente de permanente escassez de recursos. Na oportunidade, pude contribuir de forma privilegiada para a construção de uma gestão microrregional de saúde com formulação de propostas visando consolidar um Sistema de Saúde com inclusão social, uma vez que integrei a Comissão Intergestores regional. Nessa ocasião, especializei-me em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, ampliando a visão para a gestão de pessoas, gestão de conflitos, fortalecimento dos relacionamentos interpessoais e capacitação em saúde.

O interesse pela pesquisa e a opção pelo Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde na Universidade Federal de Minas Gerais decorreu da necessidade de aprofundar a compreensão da complexidade das políticas e práticas

do sistema e das organizações de saúde. Isso com vistas a fortalecer a capacidade de intervir, de forma fundamentada e inovadora, neste cenário amplo que são os mais diversos serviços e ações de saúde.

A trajetória no Mestrado e a diversidade das disciplinas ofertadas me ampliaram a visão para a Gestão dos Serviços de Saúde, no que tange à Gestão do Sistema Único de Saúde, vale ressaltar alguns desafios, dada a sua relevância: garantir recursos humanos preparados e motivados, assegurar a efetiva coordenação dos cuidados, reduzir a fragmentação das ações e serviços ofertados, fortalecer o trabalho em rede, garantir e fortalecer as ações de vigilância em saúde, aperfeiçoar os mecanismos e as estratégias de participação social e a garantia da integralidade reduzindo a excessiva judicialização da saúde.

No decorrer do Mestrado tive o privilégio de ser bolsista do Projeto de Extensão “Cuidar de quem Cuida”, um projeto do Departamento de Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG, coordenado pela professora Dra. Karla Rona da Silva, que surgiu após a observação da necessidade de atenção aos profissionais de saúde inseridos na linha de frente do combate à Covid-19. Desenvolvi ações com o objetivo de enviar mensagens positivas aos trabalhadores das equipes multiprofissionais de serviços de saúde, sendo protagonista em todo o processo de planejamento, execução e avaliação. Na oportunidade, agradeço a Pró-Reitoria de Extensão da UFMG pela bolsa concedida.

Finalmente, o Mestrado representou um momento de reflexão e ousadia. Nesse sentido, olhar para o futuro na certeza de que ainda tenho muito a conquistar e contribuir com as organizações de saúde, com os trabalhadores e com a sociedade.

1 INTRODUÇÃO

Desde 1940, a população brasileira vem apresentando mudanças em seu perfil epidemiológico decorrente da redução na taxa de crescimento e alterações na estrutura etária, ocasionando um acelerado processo de envelhecimento, conforme divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009).

O envelhecer traz mudanças significativas em cada pessoa e, em muitos casos, definem em que condições ocorrerá o autocuidado. Fatores sociais, psicológicos, econômicos e outras variáveis de qualidade de vida vivenciadas pelo idoso determinam a maneira como ocorrerá a busca pelo serviço de saúde (SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017).

Para os serviços de saúde, as condições que as pessoas envelhecem têm impacto direto na busca pelo acesso e, hoje, muitos daqueles que ultrapassam a barreira dos 60 anos tiveram, ao longo de suas vidas, hábitos indesejáveis como a má alimentação, o sedentarismo, o tabagismo e o uso excessivo de bebidas alcoólicas. Esses fatores afetam diretamente o perfil de morbidade da população idosa, prevalecendo, então, às doenças crônicas não transmissíveis e o agravamento de patologias típicas da velhice (ROCHA; GARDENGHI; OLIVEIRA, 2017).

Dessa forma, quando procuradas por idosos, as instituições de saúde devem buscar aperfeiçoar as oportunidades de saúde com segurança, respaldada por ações governamentais que legitimem toda essa assistência. Considerando que a procura, em sua maioria, ocorre no sistema público de saúde, demandando ao Estado a criação de uma política pública específica para a população idosa (PEREIRA; LACERDA; NATAL, 2017).

O dever do Estado em garantir aos idosos direitos que contemplem a equidade, a integralidade da assistência e universalidade de acesso ocorreu por meio da formulação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI). Essa assegura a pessoa maior de 60 anos condições de autonomia e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 1994).

O envelhecimento populacional e suas implicações trouxeram a necessidade de adequação da legislação brasileira. Em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso em defesa dos direitos e interesses dos idosos, com obrigatoriedade da comunicação de suspeita ou confirmação de todas as formas de violência pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2003). Posteriormente, em 2006, a Política Nacional de Saúde da

Pessoa Idosa (PNSPI) foi promulgada com o objetivo de recuperar, manter e promover a autonomia dos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais de saúde de acordo com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

O princípio da proteção integral encontra-se transcrito no artigo 2º do Estatuto do Idoso, que versa que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízos da proteção integral. Assegura, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para preservação da saúde física e mental da pessoa idosa (BRASIL, 2003).

A realidade dessa população no país é muito peculiar e, muitas vezes, cercada por condições crônicas de saúde, perda da capacidade funcional, abandono familiar que podem direcionar o idoso a buscar cuidados em saúde na média e alta complexidade (OLIVEIRA et al., 2016).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população idosa era de aproximadamente 15 milhões de pessoas, com maioria feminina e 62,4% desse total são responsáveis pelos domicílios. Estima-se, ainda, que em 2030 os idosos no Brasil ultrapassem 30 milhões de pessoas.

O Estado de Minas Gerais, localizado no sudeste brasileiro, corresponde a 7,0% do território nacional, possui projeção populacional estimada pelo DATASUS, em 2019, de 21.346.492 habitantes, sendo 3.189.266 (14,9%) idosos com 60 anos ou mais (IBGE, 2020). O principal impacto negativo do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, que são as principais causas de mortalidade e incapacidade em todo o mundo, o que aumenta o risco para internação hospitalar (SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017; BORDIN et al., 2018).

Outro agravamento que tem crescido na população idosa são as causas externas, caracterizadas por acidentes e violências, que devem ser objeto de preocupação entre os profissionais da saúde. O aumento das causas externas no Brasil tem repercutido na organização do sistema de saúde em decorrência da elevação dos gastos com internações, tratamentos e superlotação dos serviços de urgência (SILVA; CORTEZ, 2015).

Em 2001, a promulgação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) representou um importante marco da abordagem à violência na saúde pública. A PNRMAV preconiza a promoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, a monitorização da ocorrência de

acidentes e violências, o fortalecimento do atendimento pré-hospitalar, a assistência interdisciplinar e intersetorial, a estruturação da rede de reabilitação, o estímulo à formação de recursos humanos, incentivo aos estudos e pesquisas relacionados com a temática (BRASIL, 2001).

No ano de 2019, foram processadas 99.508 internações de residentes no Estado de Minas Gerais, no SUS, com maior percentual (18%) aparece o Capítulo XV – gravidez, parto e puerpério, seguido pelas doenças do aparelho circulatório e respiratório, consecutivamente. Os acidentes e violências (causas externas) ocupam a quarta posição entre as causas de morbidades hospitalares, totalizando 11.239 internações por causas externas no estado, no ano de 2019 (DATASUS, 2019).

As causas externas são um conjunto de eventos assim denominados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e correspondem às causas de morbidades decorrentes de acidentes e de violências, dentre essas, os acidentes de trânsito, quedas, homicídios, suicídios, afogamentos e intoxicações (FREITAS et al., 2015). Essas são consideradas importantes determinantes de morbimortalidade em idosos, representadas basicamente pelas violências, quedas e acidentes de trânsito, que correspondem a sexta causa de morte entre os idosos, perdendo para doenças respiratórias, endócrinas, digestivas, infecciosas e os cânceres (SILVA; CORTEZ, 2015).

A violência é um problema com consequências importantes para os idosos, pois pode levar a piora da qualidade de vida, lesões, traumas e estresse psicológico (MASCARENHAS et al., 2012). Situações de violência estão relacionadas com violação de direitos humanos, diminuição da funcionalidade, isolamento social e elevadas taxas de mortalidade (WHO, 2002).

As quedas podem ser conceituadas como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo as mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”, incluindo as que ocorrem no mesmo nível, de nível mais alto e outras quedas não especificadas (OMS, 2010, p. 9). Estima-se que ocorra uma queda a cada três indivíduos com mais de 65 anos e que um em vinte desses sofra uma fratura ou necessite de internação (BRASIL, 2014).

Por conseguinte, os acidentes de trânsito se configuram como um grave problema de saúde pública na atualidade e embora sejam considerados eventos preveníveis, apresentam tendências de crescimento (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017).

Definido pela Organização Pan-americana de Saúde como uma colisão ou incidente envolvendo pelo menos um veículo motorizado em movimento em uma via público ou privado a que a população tem direito de acesso, podendo ser colisão entre veículos; atropelamento de pedestres ou animais; choque entre objetos fixos ou contra um veículo parado (OPAS, 2012).

Estima-se que mais de um milhão de pessoas morram por ano no mundo devido aos acidentes de trânsito, correspondendo a 12% das mortes na população mundial e ocupando o primeiro lugar entre as mortes por causas externas. Os pedestres e motociclistas são as vítimas mais vulneráveis e, dentre os pedestres, as principais vítimas são os idosos e as crianças (FREITAS et al., 2015).

No trânsito, os pedestres são considerados vulneráveis por se encontrarem desprotegidos, representando grande parcela dos acidentados graves em que ocorrem mortes ou lesões, desse modo, constituem-se como as vítimas com maior probabilidade de serem internadas ou morrerem após sofrerem um acidente (MORAIS et al., 2014).

No Brasil, a cada ano, aproximadamente 33 mil indivíduos vão a óbito e outros 400 mil ficam inválidos ou feridos em decorrência do acidente de trânsito. Na maioria dos casos o trauma leva a incapacidade física e intelectual ou até mesmo óbito, gerando um custo social altíssimo, além de dados irreparáveis para o grupo familiar e comunitário, vindo reafirmar o acidente de trânsito como um sério problema de saúde pública (SCHOSSLER; LOHMANN; PISSAIA, 2020). Ainda, a maioria das vítimas que vão óbito são pedestres, esses respondem por cerca de 50% do total das hospitalizações por lesões causadas por acidentes (MORAIS et al., 2014).

O trauma no idoso representa uma dimensão diferente com desafios ímpares quando comparado ao trauma em pacientes mais jovens. Alguns dos primeiros dados a respeito do efeito da idade sobre o prognóstico vieram do *Major Trauma Outcome Study* realizado pela *American College of Surgeons Committee on Trauma*. Os dados de mais de 3.800 idosos com mais de 65 anos de idade vítimas de traumas foram comparados com quase 43 mil pacientes vítimas de traumas com menos de 65 anos de idade, a mortalidade aumentou entre 45 e 55 anos de idade e duplicou em torno dos 75 anos de idade (PHTLS, 2011).

As peculiaridades que o idoso possui, tais como grau de fragilidade, chances de infecções e sangramentos, instabilidades hemodinâmicas, maior sensação de dor e presença de comorbidades, comumente exigem cuidados específicos e mais

intensivos, gerando novas demandas nos cuidados de saúde. Isso contribui para o aumento dos gastos dos serviços de assistência, das internações hospitalares, institucionalizações, morbidade e mortalidade, o que resulta em ônus social e econômico (SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016).

Nesse cenário, o conhecimento dos fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito no idoso atendido em uma unidade de pronto-socorro, tornam-se de grande importância. Poderá ampliar a percepção da necessidade de uma gestão dos recursos que fundamente avaliações de políticas administrativas e econômicas em saúde com foco nessa população (SILVA et al., 2019).

Essa abordagem é fundamental para direcionar os gestores para tomada de decisão e desenvolvimento de estratégias de planejamento, diagnóstico das condições pelas quais os idosos de um determinado local ou em uma determinada unidade hospitalar buscam o acesso ao serviço. Ressalta-se que a procura pelo serviço de urgência por pessoas com mais de 60 anos acarreta um custo mais elevado para o sistema de saúde por demandar, em geral, vários dias de internação (SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017; RODRIGUES et al., 2017).

Somado a isso, a proposta desta investigação está em consonância com a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – 2018, especificado no item 9.21, que versa sobre a análise do perfil dos pacientes atendidos na rede e nos serviços de urgência e emergência do SUS. A Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (MS) objetiva alinhar as prioridades atuais de saúde com atividades de pesquisa científica, tecnológica e inovação (BRASIL, 2018).

Ademais, esta pesquisa se apresenta relevante, pois os serviços de urgência e emergência, na maioria das vezes, constituem-se em porta de entrada para a população idosa, demandando aos profissionais atitudes para acolhimento e gestão de processos (ROCHA; GARDENGHI; OLIVEIRA, 2017).

Assim, conhecer os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito do paciente idoso atendido em um pronto-socorro referência para politraumatizado pode ser entendido como importante ferramenta estratégica para a gestão, fortalecendo o planejamento e o processo de trabalho. A população idosa apresenta características particulares que refletem em maior tempo de hospitalização e chances aumentadas de reinternação, contribuindo para a superlotação dos prontos-socorros e aumento dos custos em saúde.

Nesse sentido, entende-se ser notória a importância desta pesquisa, pois contribuiu com evidência científica sobre a demanda de acesso à saúde nos serviços de urgência por essa população, além de atender as prioridades investigativas propostas pelo Ministério da Saúde (MS). Nessa perspectiva, a pergunta que norteou esta investigação científica foi: quais os fatores sociodemográficos e clínicos que estão associados ao óbito do paciente idoso atendido em um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito do paciente idoso atendido em um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os motivos de atendimento dos idosos no pronto-socorro e a classificação de risco.
- Apresentar o diagnóstico primário mais prevalente nos atendimentos dos idosos.
- Apontar os desfechos dos atendimentos (alta, transferências, evasão e óbito).
- Relatar a procedência de idosos para atendimentos no pronto-socorro.
- Identificar os fatores associados ao desfecho óbito.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) originaram-se em meados de 1920, no Reino Unido, onde também foi elaborado o relatório de Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquela união política após a 1ª Guerra Mundial (OLIVEIRA, 2016). As RAS podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Essas se organizam por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais em que são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária, sendo a atenção primária o centro de comunicação. A integração dos serviços de saúde com qualidade na assistência, focado nas ações contínuas, integrais e humanizadas se apresentam como o principal objetivo das RAS (NAGAI, 2017).

No âmbito nacional, destacam-se as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Urgência em Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (OLIVEIRA, 2016).

Dentre as redes estabelecidas na Portaria n°. 4.279/10, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) pautada na Portaria GM/MS n°. 1.600/11 se sobressai, tendo em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros (BRASIL, 2013).

Os serviços de emergência representam uma forma de acesso ao sistema de saúde em que parte da população realiza a busca direta na tentativa de resolver problemas de menor complexidade, o que acarreta superlotação nesses serviços (SILVA, 2012).

Em virtude de uma deficiência no sistema de regulação em tempo de espera para procedimentos eletivos de média e alta complexidade, os serviços de Urgência e Emergência acabam por constituírem-se também em porta de entrada dos hospitais, possibilidades de acesso à atenção de maior complexidade e resolutividade sob a ótica dos usuários (COELHO et al., 2010). O impacto da dificuldade do acesso à

atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar gera o aumento dos atendimentos nos serviços de Urgências e Emergência (O'DWEYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Para se organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de Urgência e Emergência de forma resolutiva é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro. Além de considerar vários outros fatores como: geografia, condições socioeconômica, aspectos culturais e profissionais e o investimento em saúde proposto pelo governo (BRASIL, 2013; NAGAI, 2017).

As Unidades de Urgência e Emergência têm papel determinante no atendimento e, conseqüentemente, uma relevância inegável nos indicadores de morbimortalidade. No Brasil, o grande desafio desses serviços é a gestão da superlotação (RESENDE, 2018).

Com a reformulação da Portaria GM/MS nº. 1.863, de 2003, instituindo a portaria GM/MS nº. 1.600, no ano de 2011, foram definidas as seguintes estruturas como componentes da RUE: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e componente pós-hospitalar com atendimento domiciliar e de reabilitação (ARAÚJO, 2012).

As causas externas têm sido um crescente e importante problema de saúde pública e implicam diretamente na assistência prestada em pontos de atenção da RUE. Nesse sentido, o MS desenvolveu políticas públicas promotoras da saúde e da cultura de paz, estabelecendo prioridades de ação em consonância com a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2013).

A organização da RUE tem como um dos objetivos ampliar e qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, que se constituem como serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referências de urgências. Essa foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 2.395, de 2011 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

As portas de entradas, objeto de análise nesta pesquisa, representam os serviços instalados em um hospital com a finalidade de prestar atendimentos ininterruptos às demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas,

pediátricas, cirúrgicas ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (NAGAI, 2017).

Em síntese, a RUE favorece a integração entre os componentes e apresenta o investimento mais conciso da Política Nacional de Atenção às Urgências. Essa apresenta, entre outros, a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos advindos de vários pontos da RAS, tendo por base a classificação de risco, com vias a garantir a equidade e a integralidade no atendimento à população (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

3.2 CONTEXTUALIZANDO O PERFIL POPULACIONAL DE ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE PRONTOS-SOCORROS BRASILEIROS

O serviço de urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde, afinal, sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta e o aumento da oferta sempre acarretará um aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias (MENDES, 2011).

A classificação de risco por meio de protocolos tem sido utilizada como estratégia para classificar os pacientes conforme o grau de risco nos serviços de urgências, sem o objetivo de se fazer um diagnóstico, mas sim de definir uma prioridade clínica tendo por base a queixa principal do paciente, sinais e sintomas (JUNIOR; MAFRA, 2010).

Entendendo que os serviços de urgência são destinados a realizar o tratamento de pacientes vítimas de causas externas, pacientes com quadros clínicos agudos ou crônicos agudizados, o MS instituiu a Portaria nº. 2.048/GM, de 2002. Essa busca organizar os atendimentos de urgência por meio de um acolhimento com classificação de risco, de forma humanizada, qualificada e resolutive. Tal estratégia objetiva gerenciar com segurança o fluxo de pacientes e otimizar o manejo clínico desses, estabelecendo prioridades de atendimentos de acordo com as necessidades dos usuários, de forma a não tardar o atendimento aos que apresentem gravidade ou potencial agravamento de seu estado clínico (SILVA et al., 2019; CORDEIRO, 2008).

Para concretização da classificação de risco, é necessário o uso de protocolos que permitam triar e determinar prioridade de atendimento nas portas das unidades de urgências. A implantação dos protocolos objetiva, em primeiro lugar, não demorar

em prestar atendimento àqueles que necessitam de conduta imediata, por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente, uma vez que não se trata de fazer um diagnóstico prévio, nem excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo profissional médico (BRASIL, 2011b; OLIVEIRA et al., 2017; CORDEIRO, 2008).

Dessa forma, descaracteriza-se o atendimento por ordem de chegada, instituindo a identificação dos usuários que necessitam de atendimento imediato de acordo com potencial de risco apresentado (OLIVEIRA et al., 2017). Podendo os serviços emergências instituir seus protocolos ou, ainda, optarem por adotar sistemas com outras categorias para atendimentos, ao exemplo do protocolo de Manchester, esperando-se, assim, melhorar o atendimento nas portas de entrada de urgências e emergências do SUS.

Após experiências vivenciadas com protocolos adaptados pelos serviços de urgência no Estado de Minas Gerais, o MS indicou o Sistema de Triagem de Manchester (STM) como o protocolo a ser padronizado para Classificação de Risco no referido estado. O STM classifica o usuário em cores, conforme gravidade ou potencial de agravamento, a saber: emergência – vermelha; muito urgente – laranja; urgente – amarelo; pouco urgente – verde; e não urgente – azul (SILVA et al., 2019). A cor laranja identifica prioridade e risco significativo de morte, admissão para internação, maior número de avaliações de profissionais de saúde e maior número de exames complementares solicitados. Na prioridade de cor vermelha, o doente crítico e com maior tendência para a mortalidade no serviço. Na prioridade classificada na cor amarela, grupos mais numerosos e com maior porcentagem de readmissões no serviço pelas mesmas causas nas 72 horas seguintes, e por fim, nas cores verde e azul, doentes com baixo risco de morte (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Um estudo realizado em um pronto-socorro no interior do Estado de São Paulo, em 2010, classificou como principais queixas dos usuários as situações acidentais como traumas, fraturas, quedas, torções e queimaduras (14,38%), problemas respiratórios (11,97%), dores no corpo (8,98%). Esse estudo descreveu também que 8,98% das pessoas procuraram atendimentos para retornos, aplicação de medicamentos, curativos e para consultas com médicos em suas mais diversas variedades (CARREIRO et al., 2015).

As causas externas têm se tornado uma das principais causas de óbitos e incapacidades no Brasil e no mundo. Esses agravos configuram-se como importante problema para a saúde pública por apresentarem impacto de grande magnitude, principalmente sobre altos gastos do SUS. Os custos sociais e econômicos advindos dessas causas tornam-se cada vez mais evidentes, seja pelas mortes prematuras ou incapacidades devido às lesões, ou mesmo pela sobrecarga na demanda de serviços assistenciais, especialmente nas unidades de pronto-socorro (BRASIL, 2015b).

Investigação científica realizada no ano de 2015, em um Hospital de Pronto-Socorro Universitário Público, com o objetivo de analisar a demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco sobre a variável procedência da demanda, mostrou que 56% dos usuários procuraram diretamente o atendimento, 11,6% foram encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), 8% por hospitais secundários, 6,5% por Serviços de Atendimento Móveis às Urgências/Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências (SAMU/SIATE), 4,7% por serviços ambulatoriais, 3,1% por centrais de regulação e 10,1% eram retornos do próprio serviço (FEIJO et al., 2015).

Estudo semelhante realizado por Oliveira e colaboradores, em 2011, analisando 3.424 boletins de atendimentos de um serviço de urgência, entre os pacientes atendidos, 53,7% pertenciam ao sexo feminino e 46,3% ao masculino, na classificação de risco a cor verde obteve 2.306 (67%), a azul 622 (18%), amarela 409 (12%) e vermelha 87 (2%). Foram identificadas 180 queixas, as dez mais frequentes foram: cefaleia, lombalgia, dor abdominal, dor torácica, dor em membros inferiores, dor de garganta, tosse, epigastralgia, dispneia e disúria, respectivamente (OLIVEIRA et al., 2011).

O crescimento contínuo dos atendimentos de usuários portadores de agravos crônicos agudizados e agudos nos serviços de urgências, associado às dificuldades de organização da RAS, contribuem para a constante superlotação dos serviços de urgências. A superlotação é um problema mundial caracterizado pelo grande número de leitos ocupados, pacientes acomodados em corredores e longo tempo de espera para os atendimentos (SILVA, 2018).

A superlotação desses serviços por demanda espontânea e classificações de risco na cor verde se justifica por motivos diversos, tais como a baixa resolutividade das UBS (pouca disponibilidade de especialistas, exames e medicamentos), as

dificuldades de acesso, demora na marcação de consultas para especialistas e horários restritos de atendimentos (GARCIA; REIS, 2014).

A predominância dos atendimentos aos indivíduos do sexo masculino é padrão que se repete em serviços de urgências no Brasil diretamente relacionando ao trauma. Esse fenômeno pode ser justificado por homens estarem mais expostos às violências urbanas, ao tipo de trabalho que realizam e ao meio de transporte, pois frequentemente são condutores de carros e motocicletas (FEIJO et al., 2015).

Em outra pesquisa realizada em um pronto-socorro do Estado de São Paulo, no ano de 2014, evidenciou-se que as emergências de maior prevalência são: traumatismo em geral, acometimentos neurológicos (acidente vascular encefálico, crise convulsiva, cefaleia e dorsalgia), instabilidades cardíológicas (dor precordial, infarto agudo do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial), agravos respiratórios (asma, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica agudizada, insuficiência respiratória) além de intoxicações exógenas, abdômen agudo, trombose venosa profunda, complicações das neoplasias (RIBEIRO et al., 2014).

Análise das informações contidas em prontuários do setor de pronto-socorro de um hospital terciário da Cidade de Porto Alegre, realizado no ano de 2012, teve por objetivo avaliar a prevalência de sintomas respiratórios como motivo para procura de atendimento de urgência. Durante o período de 12 meses do estudo, houve 37.059 admissões na emergência, das quais 11.953 (32,3%) foram motivadas por sintomas respiratórios, os sintomas mais comuns foram tosse, febre, falta de ar, dor torácica e coriza, os diagnósticos mais frequentes foram gripe, pneumonia e infecções de vias aéreas superiores (SILVA et al., 2013).

Outra causa de atendimento nos serviços de urgência são os traumas, definidos como conjunto de lesões de tecido, órgão ou parte do corpo. Essas podem ser causadas subitamente por um agente físico de etiologia, natureza e extensão variada e predominantemente de origem externa. É uma doença evitável, geralmente cirúrgica, conseqüentemente deixa sequelas irreversíveis e com alto custo para o setor público de saúde e para a sociedade.

Na identificação do perfil de pacientes vítimas de traumas atendidos em um hospital pronto-socorro público em Curitiba, observou-se uma prevalência de 78% do sexo masculino, houve maior incidência dos traumas 65% (522) entre as faixas etárias de 15 a 44 anos, sendo essa composta de 85,63% (447) de homens e 14,37% (75)

de mulheres. Os principais mecanismos de trauma na amostra desse estudo foram acidentes de trânsito (50,3%), as quedas (22,5%) e as violências (21,2%). As lesões mais frequentes foram as fraturas seguidas pelo traumatismo cranioencefálicos (CREDO; FELIX, 2012).

Os acidentes de trânsito são as principais causas de politraumatismo gerando morte e incapacidade de indivíduos em todas as faixas etárias, principalmente entre os jovens. Um estudo realizado em um hospital no interior do Rio Grande do Sul analisou 62 prontuários de pacientes vítimas de traumas, os resultados mostraram um perfil de pacientes, maioria do sexo masculino, em idade produtiva, vítima de acidente de trânsito, politraumatizados com necessidade de internação na UTI, na amostra analisada os principais mecanismos de trauma foram na maioria condutores de motocicletas, seguido de quedas e automóveis, além de ser expressivo o número de violências (SCHOSSLER; LOHMANN, 2020).

Dados do Ministério da Saúde, no ano de 2008, descreveram as quedas como o principal mecanismo de trauma nas internações de causas externas, seguido de acidentes de trânsito automobilístico e agressões físicas. A mortalidade por acidentes de trânsito e armas de fogo representaram mais de 50% dos óbitos por causas externas (BRASIL, 2009).

No Texas, um estudo com registro de atendimentos de vítimas de traumas buscou descrever a relação entre diferentes mecanismos de trauma e seus padrões de lesões, constatou-se que as quedas foram o principal mecanismo de trauma em idosos com um total de 144.320 atendimentos (BROWN et al., 2016).

Em Taiwan, um estudo com 518.601 idosos internados decorrentes de lesões, observou-se que o mecanismo de traumas que mais prevaleceu foram as quedas, sejam após tropeçar ou escorregar, constituindo 68,5% das internações, assim como ocorreram registros de outras quedas não específicas 15,7% (CHIEN et al., 2014).

Em 2015, segundo o DATASUS, o Brasil gastou anualmente 28 bilhões de reais com a recuperação dos acidentados, esses gastos podem chegar a 40 bilhões por ano com tratamentos, internações, reabilitações e logísticas de atendimentos, estima-se que os custos anuais pelo mundo excedam a 500 milhões de reais de dólares (KIMURA; LOURENÇO, 2017).

Estudo realizado no Irã examinou os relatórios de internação em um hospital de urgência com dados de idosos acima de 60 anos, verificou-se que foram internados 1.306 idosos, a média de idade era de 71 anos, a maioria do sexo masculino (74,7%),

atropelados (40,5%), ocupantes de carro (22,1%), motociclistas (19,1%), desses, 76,7% sofreram politraumatismo (ETEHAD et al., 2015).

As intoxicações também têm crescido em números de atendimentos nos serviços de urgências, sejam relacionados a eventos imprevisíveis (derramamentos de cargas tóxicas), comportamentos esperados por crianças (levar a substância a boca), exposição profissional, abusos de drogas ilícitas ou ainda na tentativa de autoextermínio. A intoxicação pode ser entendida como efeito prejudicial causado por exposição a agente químico (ANDRADE FILHO; CAMPOLINA; DIAS, 2013).

No Brasil, o banco de dados do Sistema de Informações Tóxico-Farmacológica (SINITOX), no ano de 2017, registrou 27.322 casos de seres humanos expostos a agentes potencialmente tóxicos. Entre os principais agentes, os venenos animais são os responsáveis pela maioria dos casos (12.391), em seguida estão os medicamentos (6.880), produtos domissanitários (1.376), produtos químicos industriais (724), drogas de abuso (693) e raticidas (314). Dos 27.322 casos registrados, 78 evoluíram para óbito (SINITOX, 2017).

Diante do exposto, foi possível observar uma heterogeneidade no perfil dos usuários atendidos nos prontos-socorros nacionais no que diz respeito às queixas, procedências, diagnósticos e faixas etárias, mas ficou evidente a predominância do atendimento ao usuário do sexo masculino.

Nesse sentido, esta investigação se mostra com potencial para contribuir com a temática, uma vez que trabalhará com essa população possibilitando uma abordagem ampla sobre a questão de pesquisa.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa, realizado a partir dos dados de atendimento de um pronto-socorro de referência para politraumatismo do Estado de Minas Gerais. O estudo transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico, de cunho observacional, que analisa dados coletados ao longo de um determinado período. Constitui-se uma ferramenta útil para descrever características de uma população: identificação de grupo de risco e suporte na ação e planejamento em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2007).

A abordagem quantitativa refere-se a investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chaves. Todos eles empregam artifícios quantitativos, tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações e programas. Utilizam várias técnicas como entrevistas, questionários, formulários e empregam procedimentos de amostragem (LAKATOS; MARCONI, 2005).

Quanto aos fins, foi realizada por meio de um estudo descritivo. Segundo Vergara (1998), a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza e, ainda, defende que não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

A unidade geradora dos dados deste estudo está constituída como centro especializado na atenção as urgências e emergências. Como serviço de pronto-socorro funciona ininterruptamente com capacidade operacional de 295 leitos, podendo em situações excepcionais ou de extrema necessidade incorporar mais 64 leitos emergenciais.

O serviço está habilitado para atender as altas complexidades, sendo referência para todas as regiões do Estado de Minas Gerais. Possui atendimento de trauma-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, terapia nutricional, além de ser centro de referência para tratamento de queimados.

Ademais, é referência do grande trauma, presta assistência médica permanente nas seguintes especialidades: anestesiologia, cirurgia plástica, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia torácica, neurocirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia,

patologia clínica, imagenologia, clínica médica, pediatria, oftalmologia, toxicologia clínica e cirurgia buco-maxilo-facial (FHEMIG, 2018).

4.1 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em fonte secundária, ou seja, foram utilizadas as informações contidas no prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional. O SIGH tem como principal objetivo garantir a informatização dos processos de atendimento do paciente, gerando informações consistentes, disponíveis para todos os níveis gerenciais, em tempo real. Trata-se de um sistema totalmente integrado, desenvolvido em ambiente *web*, com módulos independentes, centralizado em base única. Os módulos do sistema permitem a integração das informações de prontuário, atendimento, enfermagem, bloco cirúrgico, exames, farmácia, hotelaria, custos, gestão, Central de Material Esterilizado, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, faturamento e protocolos clínicos (GONÇALVES et al., 2012).

Foram incluídas na pesquisa informações da base de dados de atendimentos, sendo selecionados na amostra os idosos, isto é, os pacientes com idade igual e superior a 60 anos, atendidos no período de 2015 a 2019.

As variáveis investigadas foram: idade, sexo, estado civil, procedência, tipo de risco, CID primário, desfecho (alta, transferência, evasão e óbito) e período de permanência na unidade. Conforme Montenegro (2009), as variáveis são quaisquer quantidades ou características que podem possuir diferentes valores numéricos; portanto, podem ser consideradas classificações ou medidas, quantidades que variam, conceitos operacionais que contêm ou apresentam valores, ou aspectos discerníveis em um objeto de estudo e passíveis de mensuração. Os valores que são adicionados ao conceito operacional para transformá-los em variáveis, esses podem ser quantidades, qualidades, características, magnitudes e traços, entre outras, que se alteram em cada caso particular.

4.2 ANÁLISES DE DADOS

Os dados foram armazenados em planilha do programa *Excel 2010*®, codificados, sendo elaborado um dicionário de dados, os quais foram transcritos utilizando-se planilhas do aplicativo *Microsoft Excel*. Após revisão e correção de erros,

esses dados foram exportados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19.

Para traçar o perfil dos idosos atendidos, os dados foram avaliados por meio de uma estatística descritiva. Essa metodologia tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores da mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas de frequência e de medidas descritivas.

Uma das buscas da ciência é entender a associação entre variáveis. Isso porque entender tais associações pode ser útil de diversas maneiras, como na predição, ou seja, o conhecimento da associação entre variáveis pode fazer com que o comportamento de uma ou mais variáveis possa ser predito a partir do comportamento das variáveis relacionadas (MONTENEGRO, 2009).

Neste estudo, a análise de regressão logística foi o método estatístico que permitiu examinar a associação entre as variáveis estudadas e o desfecho óbito. Análise de regressão é uma metodologia estatística para prever valores de uma ou mais variável resposta (dependente) a partir de uma coleção de valores de variáveis preditoras (independentes) e que também pode ser utilizada para avaliar os efeitos das variáveis preditoras nas respostas. Em análise de regressão, dadas as variáveis que serão estudadas, deve-se definir qual será considerada como variável dependente (aquela se pretende estudar) e quais serão as variáveis independentes (segundo hipótese, causa alguma influência na dependente) (HOSMER; LEMESHOW, 1989).

Dessa forma, a regressão logística simples e multivariada verificaram a associação entre o variável dependente (óbito) e as demais variáveis independentes (sexo, faixa etária, município, estado civil, CID primário, classificação de Manchester, motivo de entrada e dias de permanência), em que se calculou o *Odds ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

Para análise do CID primário, realizaram-se agrupamentos por capítulos da Classificação Internacional de Doenças em sua décima revisão (CID-10) de acordo a ocorrência dos CID primário nos atendimentos. Estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde (OMS, 1994).

As causas externas são padronizadas na CID-10 em dois capítulos: Capítulo XIX, denominado lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, com a codificação que varia de S00 a T98 para os diferentes tipos de traumatismos e suas complicações e sequelas, queimaduras, intoxicações e ferimentos; e o Capítulo XX, denominado causas externas de morbidade e de mortalidade, com a codificação entre V01 e Y98. Já o Capítulo IX trata das doenças referidas como doenças do aparelho circulatório codificadas de I00 a I99 (OMS, 1994).

Outros capítulos da CID-10 também foram encontrados dentre as internações dos idosos que comporam a amostra deste estudo: J00 a J99 doenças do aparelho respiratório, M00 a M99 doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, G00 a G99 doenças do sistema nervoso, C00 a D48 neoplasias, E00 a E90 doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, demais capítulos da CID-10 foram agrupados em outros capítulos.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é um recorte do projeto *Internações Hospitalares de Idosos: um estudo na rede FHEMIG*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da FHEMIG sob o nº do CAAE 98627418.0.0000.5149 (ANEXO A).

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS NA UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO

A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico dos 11.306 idosos atendidos na unidade de pronto-socorro estudada de 2015 a 2019.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019

		n	%
Ano	2015	2116	18,72
	2016	2323	20,55
	2017	2262	20,01
	2018	2194	19,41
	2019	2411	21,32
Sexo	Masculino	5968	52,79
	Feminino	5338	47,21
Faixa etária anos	60 a 64	2882	25,49
	65 a 69	2322	20,54
	70 a 74	1765	15,61
	75 a 79	1599	14,14
	80 a 84	1231	10,89
	85 a 89	947	8,38
	90 a 94	382	3,38
	95 a 99	152	1,34
	100 anos ou mais	26	0,23
Estado civil	Solteiro (a)	1744	15,43
	Viúvo (a)	1305	11,54
	Casado (a)/união estável/amigado	4958	43,85
	Divorciado (a)/separado (a)	624	5,52
	Não informado	2675	23,66
Município	Belo Horizonte	7229	63,94
	Outros	4024	35,59
	Não informado	53	0,47

Fonte: Elaboração própria de acordo com os dados do Prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional.

O levantamento revelou que houve maior prevalência de atendimentos no ano de 2019 (21,32%). Ocorreu predomínio do sexo masculino (52,79%). A maior parte dos idosos tinha entre 60 e 64 anos (25,49%), era casada, com união estável ou amigada (43,85%) e residia no município de Belo Horizonte (63,94%).

A análise do perfil clínico dos idosos atendidos (Tabela 2) permite observar um predomínio da cor laranja com 23,72% na classificação de risco segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco. Do total de idosos atendidos, 44,49% deram entrada por motivo de queda, 25,03% por motivos clínicos e 10,30% por atropelamento.

Tabela 2: Perfil clínico de idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019

		n	%
Classificação de Manchester	Azul	190	1,68
	Verde	810	7,16
	Amarelo	1553	13,74
	Laranja	2682	23,72
	Vermelho	290	2,57
	Não informado	5781	51,13
Motivo de entrada	Retorno	822	7,27
	Acidente	784	6,93
	Queda	5030	44,49
	Agressão	193	1,71
	Intoxicação	149	1,32
	Motivo clínico	2830	25,03
	Auto agressão	86	0,76
	Queimadura	187	1,65
	Atropelamento	1165	10,30
	Corpo estranho	60	0,53
CID primário	Neoplasias	139	1,23
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	128	1,13
	Doenças do sistema nervoso	205	1,81
	Doenças do sistema circulatório	1381	12,21
	Doenças do aparelho respiratório	402	3,56
	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	267	2,36
	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	7229	63,94
	Outras	1240	10,97
	Não informado	315	2,79
Desfecho	Alta hospitalar	6353	56,19
	Transferência	3471	30,70
	Óbito	1346	11,91
	Evasão	38	0,34
	Não informado	98	0,87
		Mínimo - Máximo	Mediana
Dias de permanência	0,0 - 571,0	4,0	11,6 (± 24,5)

Fonte: Elaboração própria de acordo com os dados do Prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional.

Na análise do Código Internacional de Doença - CID 10, o Capítulo XIX (S00-T98) lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas foram o mais prevalente (63,94%), seguido do Capítulo IX (I00-I99) doenças do aparelho circulatório (12,21%). Entre os idosos atendidos, 56,19% receberam alta, 30,70% foram transferidos para outro hospital e 11,91% evoluíram para óbito. O tempo médio permanência foi de 11,6 dias (DP \pm 24,5 dias).

5.2 O DESFECHO ÓBITO NO ATENDIMENTO DOS IDOSOS

A Tabela 3 mostra as análises de regressão logística univariada e as associações com o desfecho óbito. Houve associação significativa do óbito com o sexo masculino e feminino, com a idade de 60 a 79 anos e 80 anos ou mais. O município de procedência, a Classificação de Risco de Manchester, motivos de entrada e o tempo de permanência no serviço também demonstraram associação significativa. O estado civil e o CID primário não apresentaram associação significativa com o óbito.

A Tabela 4 refere-se à análise de regressão logística multivariada. Observa-se que o idoso do sexo feminino tem 29,3% menos chances de apresentar desfecho óbito do que aquele do sexo masculino.

Em relação à faixa etária, um idoso com 80 anos ou mais tem 2,3 vezes mais chances de apresentar desfecho óbito do que um idoso de 60 a 79 anos. Considerando o município de procedência, quem reside em Belo Horizonte tem 27,6% menos chances de desfecho óbito do que quem mora em outros municípios.

Em relação à Classificação de Risco de Manchester, o idoso que teve a classificação laranja tem 2,8 vezes mais chances de desfecho óbito do que aquele classificado como azul. Já quem foi classificado como vermelho tem essas chances aumentadas em 24,0 vezes.

No que se refere ao motivo de entrada, o paciente que entrou por motivo de queimadura tem 4,2 vezes mais chances de óbito do que aquele que deu entrada por acidente. Já quem deu entrada por retorno tem essas chances aumentadas em 2,6 vezes. Na análise do tempo de permanência, verificou-se que a cada aumento de 1 dia no dia de permanência, aumenta-se a chance de óbito em 1,0 vez.

Tabela 3: Análise de regressão logística univariada de fatores associados ao óbito em idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019.

Variável dependente - Motivo de saída (Óbito)		DESFECHO				Valor p*	OR	Intervalo de	
		Alta hospitalar/transferência/evasão		Óbito				confiança de 95 para OR	
		n	%	n	%			Limite inferior	Limite superior
Sexo	Masculino	5091	51,62	821	61,00	-	1	-	-
	Feminino	4771	48,38	525	39,00	< 0,001	0,682	0,607	0,767
Faixa etária	60 a 79 anos	7627	77,34	866	64,34	-	1	-	-
	80 anos ou mais	2235	22,66	480	35,66	< 0,001	1,891	1,676	2,135
Município	Outros	3375	34,35	612	45,98	-	1	-	-
	Belo Horizonte	6451	65,65	719	54,02	< 0,001	0,615	0,548	0,690
Estado civil	Solteiro(a)	1552	20,26	183	20,31	-	1	-	-
	Viúvo(a)	1138	14,86	154	17,09	0,236	1,148	0,914	1,441
	Casado(a)/união estável/amigado	4411	57,58	506	56,16	0,763	0,973	0,814	1,163
	Divorciado(a)/separado(a)	559	7,30	58	6,44	0,420	0,880	0,645	1,201
CID primário	Neoplasias	121	1,26	18	1,38	-	1	-	-
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	104	1,08	24	1,84	0,196	1,551	0,798	3,016
	Doenças do sistema nervoso	179	1,87	24	1,84	0,755	0,901	0,469	1,732
	Doenças do sistema circulatório	1206	12,58	155	11,86	0,583	0,864	0,512	1,457
	Doenças do aparelho respiratório	333	3,47	58	4,44	0,586	1,171	0,663	2,067
	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	235	2,45	31	2,37	0,704	0,887	0,477	1,650
	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	6320	65,93	857	65,57	0,717	0,912	0,553	1,503
	Outras	1088	11,35	140	10,71	0,589	0,865	0,511	1,463
Classificação de Manchester	Azul	178	1,80	12	0,89	-	1	-	-
	Verde	782	7,93	25	1,86	0,039	0,474	0,234	0,962
	Amarelo	1468	14,89	64	4,75	0,179	0,647	0,342	1,221
	Laranja	2292	23,24	344	25,56	0,008	2,226	1,227	4,038
	Vermelho	121	1,23	158	11,74	< 0,001	19,369	10,309	36,393

	Acidente	740	7,50	40	2,97	-	1	-	-
	Queda	4426	44,88	558	41,46	< 0,001	2,332	1,677	3,245
	Agressão	167	1,69	25	1,86	< 0,001	2,769	1,635	4,692
	Intoxicação	134	1,36	15	1,11	0,022	2,071	1,113	3,855
Motivo de entrada	Motivo clínico	2420	24,54	387	28,75	< 0,001	2,958	2,115	4,139
	Autoagressão	65	0,66	21	1,56	< 0,001	5,977	3,327	10,738
	Queimadura	128	1,30	56	4,16	< 0,001	8,094	5,176	12,656
	Atropelamento	982	9,96	167	12,41	< 0,001	3,146	2,199	4,500
	Corpo estranho	59	0,60	1	0,07	0,256	0,314	0,042	2,321
	Retorno	741	7,51	76	5,65	0,002	1,897	1,277	2,820
		Média		Desvio padrão	Média	Desvio padrão			
	Dias de permanência	10,0	19,5	23,6	45,4	< 0,001	1,015	1,013	1,017

(*) Regressão logística simples; OR - Odds Ratio; (1) Categoria de referência; significativo se $p < 0,05$

Tabela 4: Análise de regressão logística multivariada de fatores associados ao óbito em idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015 a 2019

Variável dependente - Motivo de saída (Óbito)		DESFECHO				Valor p*	OR	Intervalo de confiança de 95 para OR	
		Alta hospitalar/transferência/evasão		Óbito				Limite inferior	Limite superior
		N	%	n	%				
Sexo	Masculino	5091	51,62	821	61,00	-	1	-	-
	Feminino	4771	48,38	525	39,00	0,001	0,707	0,581	0,860
Faixa etária	60 a 79 anos	7627	77,34	866	64,34	-	1	-	-
	80 anos ou mais	2235	22,66	480	35,66	< 0,001	2,281	1,857	2,803
Município	Outros	3375	34,35	612	45,98	-	1	-	-
	Belo Horizonte	6451	65,65	719	54,02	< 0,001	0,724	0,596	0,881
Classificação de Manchester	Azul	178	1,80	12	0,89	-	1	-	-
	Verde	782	7,93	25	1,86	0,150	0,585	0,282	1,215
	Amarelo	1468	14,89	64	4,75	0,538	0,809	0,413	1,586
	Laranja	2292	23,24	344	25,56	0,001	2,841	1,496	5,394
	Vermelho	121	1,23	158	11,74	< 0,001	23,927	12,124	47,221
Motivo de entrada	Acidente	740	7,50	40	2,97	-	1	-	-
	Queda	4426	44,88	558	41,46	0,168	1,407	0,866	2,285
	Agressão	167	1,69	25	1,86	0,484	0,719	0,285	1,811
	Intoxicação	134	1,36	15	1,11	0,411	0,639	0,220	1,858
	Motivo clínico	2420	24,54	387	28,75	0,115	1,494	0,907	2,460
	Autoagressão	65	0,66	21	1,56	0,358	1,515	0,625	3,676
	Queimadura	128	1,30	56	4,16	< 0,001	4,206	2,055	8,609
	Atropelamento	982	9,96	167	12,41	0,865	0,953	0,545	1,665
	Corpo estranho	59	0,60	1	0,07	0,703	0,654	0,074	5,798
	Retorno	741	7,51	76	5,65	0,002	2,628	1,416	4,878
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão				
Dias de permanência		10,0	19,5	23,6	45,4	< 0,001	1,009	1,006	1,012

(*) Regressão logística múltipla; OR - Odds Ratio; (1) Categoria de referência; significativo se $p < 0,050$

6 DISCUSSÃO

Este Capítulo abordará a discussão dos resultados referentes aos fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito dos idosos atendidos na unidade de pronto-socorro em análise.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS ATENDIDOS

Apesar dos grandes esforços na promoção da saúde e prevenção de doenças, as pessoas estão sob um risco cada vez maior de desenvolver doenças conforme envelhecem (WHO, 2005). A procura de cuidados de emergência por idosos tem aumentado gradualmente, os fatores apontados como determinantes são o envelhecimento populacional e a mudança do perfil epidemiológico (BERLEZI et al., 2016).

Nesse sentido, o aumento da expectativa de vida possibilita a ocorrência de problemas inerentes ao envelhecimento, por isso os idosos são mais propensos a procurarem atendimento de urgência e costumam ser admitidos no hospital duas vezes mais que indivíduos jovens (ANDRADE et al., 2018). Sabe-se que a demanda por cuidados de saúde relacionada à população idosa é diferente daquela apresentada pelo restante da sociedade, devido à incapacidade e ao processo degenerativo requerem cuidados especializados e de maior complexidade tecnológica (WONG; CARVALHO, 2006).

Neste estudo, compuseram a amostra 11.306 idosos, houve maior prevalência de internações no ano de 2019 (21,32%), seguido dos anos de 2016 (20,55%) e 2017 (20,01%). A população do estudo, em sua maioria, corresponde a vítimas de causas externas e a indivíduos com agudização das doenças crônicas não transmissíveis, além de outras causas agudas.

Determinados agravos à saúde, sejam eles de ordem clínica ou traumática, podem necessitar de internação hospitalar para tratamento. Mesmo diante da necessidade da internação, para os idosos podem acarretar riscos, vindo a agravar algumas condições de comorbidades, capacidade funcional, estado emocional e qualidade de vida (SCHWARZ et al., 2012; COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009; SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017).

Ao analisar a distribuição segundo o sexo, a maioria (52,79%) dos pacientes foi do sexo masculino. Estudos e discussões no campo da saúde referente às diferenças entre homens e mulheres têm ocorrido com frequência. Pesquisas no Brasil demonstram que há um número maior de homens atendidos em serviços de pronto-socorro em situação grave (COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009). São causas que respondem pelo atendimento da maioria dos homens: lesões oriundas de causas externas, envenenamento, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestório, doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias (SCHWARZ et al., 2012). Assim, observa-se uma vulnerabilidade do homem idoso ao maior risco de internação hospitalar, seja por consequência de causa externa ou por agudização de doenças crônicas não transmissíveis.

Morais et al. (2014) analisaram, no hospital de urgência em Terezinha-PI, o trauma em idosos internados vítimas de atropelamentos nos anos de 2010 e 2011. Das 73 vítimas, 56,2% eram do sexo masculino, com faixa etária entre 60 a 64 anos e 90 a 99 anos.

Souza et al. (2020) realizaram levantamentos de internações e procedimentos cirúrgicos de urgência de doenças do aparelho circulatório, coletando dados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) ocorridos no período entre janeiro de 2008 a dezembro de 2019. Por meio dos dados obtidos foram identificadas 7.188.079 internações, em relação ao perfil dos pacientes, 51,3% são do sexo masculino, no que tange à faixa etária, 60,6% das internações ocorreram em idosos com 60 anos ou mais.

Um estudo longitudinal retrospectivo, com uma população de 524 idosos de ambos os sexos, desenvolvido em um hospital de urgência referência no atendimento ao trauma e na Delegacia de Representação ao crime de Trânsito no Estado do Piauí, avaliou o trauma por acidente de trânsito no idoso em 2010 e 2011. A prevalência de lesão entre os idosos acidentados foi considerada alta, o predomínio de casos foi na faixa etária de 60 a 79 anos, com maior proporção de vítimas do sexo masculino (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017).

Entretanto, resultados diferentes aos do presente estudo também foram encontrados. Um estudo epidemiológico realizado em Sergipe, em 2015, avaliou a ocorrência de acidentes e violências, bem como o perfil de idosos atendidos por causas externas na urgência de um hospital público. No recorte analisado, o sexo feminino prevaleceu com 55% em relação ao masculino (OLIVEIRA et al., 2019).

Em Curitiba, outro estudo com uma amostra de 261 idosos vítimas de trauma, objetivando identificar os fatores de risco, constatou que 56,7% das vítimas também pertenciam ao sexo feminino (RODRIGUES; CIOSAK, 2012).

Os agravos à saúde estão associados às condutas específicas do homem e da mulher, nomeados fatores culturais, ocupacionais e sociais, de risco ou proteção, além dos aspectos biológicos (LUIZAGA; GOTLIEB, 2013). No Brasil, ao longo da vida, homens e mulheres têm comportamentos distintos frente ao mercado de trabalho, chegando à fase idosa com níveis de atividade muito diferenciados (SANTOS, 2013).

De modo geral, as mulheres utilizam mais o serviço de saúde de maneira preventiva, elas também apresentam mais doenças crônicas do que os homens, porém, tais acometimentos são menos severos (COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009). Sabe-se, ainda, que apesar de os homens adoecerem mais, eles procuram menos os serviços de saúde (COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009). O envelhecimento traz consigo suas fragilidades, somando ao fato de que o homem não se cuidar, a questão se agrava ainda mais no idoso, isso se deve sobretudo a questão cultural (LUIZAGA; GOTLIB, 2013).

Em relação à faixa etária, os dados investigados revelam maior prevalência na faixa etária entre 60 a 64 anos (25,49%), e 65 a 69 anos (20,54%). Possivelmente, esse resultado pode ser justificado pelo fato de os idosos mais jovens ainda apresentarem um perfil de independência e autonomia, possibilitando vida ativa, prática de atividade física, convivência social e trabalho, gerando uma exposição maior ao trauma (COSTA; FORTES, 2018).

Um estudo realizado com dados de atendimentos de idosos vítimas de acidentes e violências em um hospital público do Estado de Sergipe, no recorte analisado, 10.584 idosos atendidos obtiveram resultado semelhante ao presente estudo em relação às faixas etárias, predominando o grupo de 60 a 69 anos com maior proporção 50,71% (OLIVEIRA et al., 2019).

Corroborando com os dados encontrados, Kerber et al. (2019) afirmam que o maior número de vítimas de trauma com idade entre 60 a 79 anos indica que se tratam de idosos jovens com mais independência e autonomia e, ainda, muitas vezes, ativos economicamente. No Brasil, diferentemente de outros países, não ocorreu decréscimo dos níveis da atividade econômica das pessoas mais velhas e a tendência de crescimento é ainda maior, justificada pelas precárias perspectivas de ampliação da cobertura do sistema previdenciário (WAJNMAN; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2004).

Acerca do estado civil, observou-se que as relações afetivas dos idosos internados são estáveis, considerando que 43,85% da amostra analisada ou são casados, com união estável ou são amigos.

O estado conjugal é uma das características demográficas mais expressivas da população idosa com diferenciais por sexo. Considerando que, em geral, as mulheres têm esperança de vida maior que a dos homens, eles se casam mais tardiamente e têm maior facilidade de novo casamento. É comum, entre os idosos, o predomínio de casados entre os homens e viúvas entre as mulheres (DEGANI, 2011).

Nesta pesquisa, por se tratar de um serviço de saúde habilitado para atender as altas complexidades na atenção às urgências, referência em politraumatismo para todas as regiões do estado, recebe pacientes de todos os municípios do Estado de Minas Gerais. Os dados evidenciam que 64% dos idosos internados foram do Município de Belo Horizonte. Possivelmente, isso se deve ao fato desse serviço de saúde estar localizado no Município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, com uma população estimada em 2.521.564 pessoas (IBGE, 2020).

Nessa lógica, a oferta de serviços de saúde no Estado de Minas Gerais está ocorrendo com base no Plano Diretor de Regionalização da Saúde, ferramenta que atribui a cada região de saúde sua parcela de responsabilidade na assistência de acordo com os princípios da economia de escala e escopo para que se amplie a acessibilidade ao tratamento demandado. Além das economias de escala e escopo, as definições dos territórios de cada região de saúde também consideram as distâncias percorridas, a densidade dos fluxos, a agregação da demanda, a situação atual e potencial de serviços, que analisadas em conjunto fornecem as variáveis necessárias à formação dos territórios (MINAS GERAIS, 2020).

6.2 PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS

6.2.1 A classificação de risco segundo o Sistema Manchester

Os dados analisados neste estudo demonstram que a cor laranja foi a classificação de Manchester com maior prevalência, 23,72%, seguido da cor amarelo com 13,74%. Observou-se uma porcentagem significativa dos atendimentos (51,13%) sem informações da classificação de risco.

Assim, é possível afirmar a fragilidade no registro de informações das classificações de risco ou ausência propriamente dita da classificação para 51,13%

dos idosos atendidos no período estudado. Para que o Protocolo de Manchester funcione é imprescindível que haja normas que garantam e definam o processo de trabalho, seja do ponto de vista tecnológico, estrutural ou humano. Como descrito no referencial teórico desta Dissertação, o Protocolo de Manchester visa priorizar os pacientes em função da gravidade e da necessidade de assistência e é útil enquanto ferramenta de gestão (SILVA et al., 2019).

É fundamental o entendimento de que a ausência da classificação de risco dos pacientes constitui um obstáculo ao bom funcionamento do serviço de urgência. É necessário implementar uma metodologia de trabalho que seja coerente, que respeite a boa prática em serviços de saúde, de forma confiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo (BRASIL, 2015a). Não se deve perder o rigor e a segurança que a classificação de risco oferece, tanto para pacientes como para os profissionais (COUTINHO, 2010).

A existência de um sistema de classificação de risco estruturado é indicador básico de qualidade da assistência. Contudo, isoladamente, sem a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento não garante uma melhoria na qualidade da assistência (COUTINHO, 2010; BRASIL, 2010).

Assim, dados fidedignos das classificações de risco são capazes de fornecer informações além do seu objetivo inicial de determinar prioridade clínica. No entanto, enquanto ferramenta de gestão, identifica que o risco de internação e morte após a internação hospitalar está relacionado e é proporcional à gravidade da prioridade na admissão no serviço de urgência (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2010).

Nesse contexto, o protocolo de classificação de risco é uma potencial ferramenta de gestão, pois identifica prioridades clínicas na porta de entrada do serviço, possibilita a comunicação, proporciona a análise do percurso do doente no serviço de forma a definir fluxo interno, contribui para descrição do perfil de usuários do serviço, identifica o risco para internação em enfermarias e na unidade de cuidados intensivos.

Isso posto, fica evidente a necessidade de implementar ações para capacitação e sensibilização da equipe responsável pela realização e registro da classificação de risco no serviço investigado. Algumas estratégias podem ser instituídas, dentre elas, a implantação da auditoria interna do serviço de classificação de risco. Entende-se que é possível utilizar os resultados das auditorias para melhoria da gestão dos serviços de saúde e a garantia da efetividade das ações.

A auditoria interna é compreendida como uma atividade de controle administrativo, com alto grau de independência, que verifica o interior de uma organização ou de um processo. Essa independência viabiliza o exercício das funções de maneira mais livre, objetiva e sem comprometimentos, devendo resultar em julgamentos neutros e imparciais, em que, o auditor, a partir de suas análises, sugere orientações para elaboração de melhorias, revisão nos padrões, rotinas, protocolos e ações avaliativas que contribuam com o processo de trabalho (ZIRLEY; LIMA; ULHÔA, 2013; BRASIL, 2006b).

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015), a auditoria interna do Sistema de Manchester é mandatória para o processo de qualidade e segurança e que pode ser definida como análise sistemática e independente. Tem por objetivo determinar se as atividades e resultados satisfazem os requisitos previamente estabelecidos e se esses estão efetivamente implementados.

Dessa forma, a implantação da equipe de auditoria interna do Sistema de Manchester constitui-se em uma oportunidade permanente de acompanhamento do serviço, reorienta o processo de trabalho, além de apontar as fragilidades quanto aos fluxos internos, estrutura física e de recursos humanos relativos à classificação. Nessa perspectiva, visando a melhoria da qualidade do processo de classificação de risco, recomenda-se o acompanhamento presencial dos profissionais no exercício das classificações, com intuito de sanar as dúvidas, corrigir não conformidades e sugerir medidas corretivas.

6.2.2 Atendimento dos idosos traumatizados

As causas externas vêm ganhando representatividade e no Brasil, entre 2000 a 2014, provocaram a morte de cerca de 75 mil pessoas com 60 anos ou mais (CAMARGOS, 2016). Neste estudo, o Capítulo da CID 10 mais prevalente foi o de lesão, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (63,94%).

É fundamental conhecer os mecanismos de trauma com prevalência entre os idosos, do ponto de vista de sua natureza e das consequências para saúde, sobretudo, nas informações trazidas pela análise desta pesquisa.

Os dados de morbimortalidade por trauma em idosos têm o imprescindível papel de nortear ações de prevenção, bem como a organização de todo o sistema de atendimento para a ocorrência desses eventos.

Trauma não é um acidente, embora frequentemente seja assim chamado, trauma é o termo científico cujo significado é lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzido por agentes diversos de forma intencional ou acidental. Deve ser considerado uma doença e não um acidente ou uma fatalidade (DEGANI, 2011). Acidente é definido como um evento ocorrido por acaso ou oriundo de causas desconhecidas e pode ser prevenido (PHTLS, 2011).

Os idosos vítimas de trauma apresentam-se inicialmente com quadro clínico mais crítico, necessitam de internação hospitalar com maior frequência, muitas vezes requerem cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com maiores possibilidades de desenvolvimento de complicações, o que pode levá-los a morte (SANTOS, 2013; COSTA; FORTES, 2018). Os principais mecanismos de trauma em idosos, na literatura, são representados por queda, acidente de transporte, queimadura, agressões e atropelamentos (DEGANI, 2011; BATISTA-NETO; GOMES, 2001; SANTOS, 2013).

Neste estudo, a análise dos motivos de entrada dos idosos para os atendimentos constataram entradas por motivos relacionados a trauma (colisão, queda, intoxicação, agressão, autoagressão, atropelamento, queimaduras e corpo estranho) e motivos clínicos.

Verificou-se que a queda foi o principal mecanismo de trauma entre os idosos, representando 44,49% dos atendimentos, seguido de atropelamento 10,30% e colisão 6,93%. Agressão, autoagressão, queimaduras, corpo estranho e intoxicação, juntos representaram 5,97% dos mecanismos de trauma. Os motivos clínicos obtiveram uma porcentagem significativa, ocupando o segundo lugar nas razões de entradas com 25,03%, que discutiremos posteriormente.

Dessa forma, constata-se que os resultados encontrados no presente estudo são semelhantes àqueles identificados em diversos estudos nacionais e internacionais (como Texas e Taiwan), abordando os atendimentos de idosos nos serviços de urgências, em que o principal mecanismo de trauma foi a queda (CHIEN et al., 2014; FREITAS, 2015; TIENSOLI et al., 2019; BROWN et al., 2016; SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016).

A influência dos fatores ambientais associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa, ou seja, as quedas em pessoas idosas resultam de uma interação complexa entre fatores extrínsecos e intrínsecos (FONSECA, 2018b). A queda é uma condição que representa as síndromes geriátricas, incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incapacidade comunicativa, são alterações presentes nas síndromes geriátricas (ARREGUY-SENA et al., 2016).

As quedas da própria altura são consideradas o tipo mais frequente, levando a pessoa idosa à incapacidade funcional com reflexo direto na sua qualidade de vida (DEGANI, 2011; QUEIROZ et al., 2016). Nos Estados Unidos da América, as quedas da própria altura são consideradas a segunda causa de morte devido a lesões não intencionais em idosos (HUANG et al., 2012).

As quedas representam um importante problema de saúde para os idosos e para os serviços públicos de saúde. Resultam em aumento da morbimortalidade, tempo de internação prolongada, diminuição da capacidade funcional e institucionalização precoce (FREITAS, 2015; BORDIN et al., 2018; MINAYO, 2008).

O aumento da idade é um fator de risco para queda. Em relação ao sexo, as mulheres idosas estão mais propensas à queda e a ocorrências de lesões graves. Esse fenômeno pode ser explicado pela redução do nível de estrogênio, perda progressiva da massa óssea, diminuição da massa magra e da força muscular, maior prevalência a doenças crônicas e exposição a atividade domiciliar. Os dados aqui apresentados corroboram com outros estudos, sinalizando que os idosos atendidos em decorrência de queda são, em sua maioria, do sexo feminino, e que a taxa de mortalidade aumenta após 65 anos (TIENSOLI et al., 2019; QUEIROZ, 2016; CHAIMOWICZ, 2013; LIMA; CAMPOS, 2011).

A literatura demonstra que a maioria das quedas é tanto previsível quanto evitável (FREITAS, 2015; TIENSOLI et al., 2019; FONSECA, 2018b). Nesse sentido, percebe-se que se deve investir na prevenção das quedas, tanto no âmbito domiciliar quanto nas vias públicas, o que leva a dano físico e psicológico para o idoso e a família. A prevenção sempre será a melhor opção à saúde, qualidade de vida do idoso e relação custo-benefício (FONSECA, 2018b).

Portanto, deve-se implementar no âmbito da política de saúde pública programas relacionados a prevenção de quedas e envelhecimento saudável e ativo com envolvimento dos idosos e de seus cuidadores. A sociedade precisa ser conscientizada sobre a importância da prevenção das quedas, fatores de risco e suas

consequências. Dessa forma, faz-se necessária a realização de campanhas educativas e/ou palestras, de forma a desmitificar as quedas como uma consequência normal e inevitável do envelhecimento.

O objetivo das intervenções é a de promover ou manter a independência e melhorar as capacidades funcionais e físicas dos idosos, evitando a queda e reduzindo as hospitalizações por essa causa. A avaliação multifatorial, as intervenções multidisciplinares e o gerenciamento abrangente dos fatores de risco identificados, que contemplam os fatores intrínsecos e extrínsecos, são os únicos com resultados eficazmente comprovados mundialmente (FONSECA, 2018b; BOONGIRD; ROSS, 2017).

Alguns programas e ações para prevenção de quedas têm sido implantados e avaliados em diversos países, no entanto, o alcance eficaz pelos idosos é um grande desafio, principalmente no âmbito da atenção primária. As implementações se revelam como insuficiente no que se refere à coordenação do cuidado e da gestão das quedas (PHELAN et al., 2015; PHELAN et al., 2016; ECKSTROM et al., 2016; FONSECA, 2018b).

A literatura aponta algumas ações como potencializadores e efetadores de programas eficazes de prevenção das quedas que podem ser desenvolvidas pelas equipes de atenção primária a saúde, são elas: avaliação do ambiente domiciliar do idoso, análise da ocorrência de quedas anteriores, adoção de medidas de segurança, educação para o auto cuidado, orientação para cuidadores formais, informais e gestores de instituições de longa permanência (FONSECA, 2018b; ELLIOTT et al., 2012; BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

A conscientização da população pode ser realizada por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, outdoor, banner, campanhas em grupos de idosos, vias públicas, transporte coletivo e profissionais de saúde (MATEI et al., 2015; FONSECA, 2018b; BRASIL, 1994; BRASIL, 2006b). A mídia tem um papel fundamental na conscientização da população na promoção de uma imagem positiva para a prevenção das quedas (FONSECA, 2018b).

É pertinente ainda implantar nos serviços de saúde protocolos de triagem dos idosos para orientar os profissionais de saúde a identificar os fatores de risco de queda conhecidos. Uma vez identificados, as intervenções devem ser implementadas de forma a reduzir os riscos atentando-se a realidade do idoso.

Em revisão de literatura, constatou-se estudos prospectivos que avaliaram protocolos de avaliação de risco de quedas em idosos e sua sensibilidade e aplicabilidade. A revisão demonstrou que o objetivo dos protocolos é a avaliação da condição de saúde atual e presença de comorbidades, medicamentos em uso, desempenho cognitivo, mobilidade funcional com teste de equilíbrio e marcha, histórico prévio de quedas, informações familiares e socioeconômicas dos idosos (BONQUE et al., 2011; STEVENS; PHELAN, 2013; CATTELANI et al., 2015; RENFRO; FEHRER, 2011; GUERRA et al., 2017; TAMIOZZO et al., 2017; SMITH et al., 2017).

Tais estratégias requerem o engajamento de diversos setores da sociedade. Autoridades governamentais devem participar de todo processo de implementação das ações de saúde pública voltadas para prevenção das quedas e envelhecimento saudável, visando a nossa segurança e acolhimento em todos os espaços públicos.

Além das quedas, os atropelamentos e outros tipos de acidentes de trânsito estão entre as principais causas externas que afetam os idosos causando morte, sendo os homens os mais expostos ao atropelamento e acidente de trânsito (FURTADO; LIMA; FERREIRA, 2019; SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016; DEGANI, 2011).

Os acidentes de trânsito são as principais causas de vítimas com diagnóstico de politraumatismo, que podem ser definidos como lesões múltiplas de extensão, intensidade e gravidade variáveis, podendo ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas (VIEIRA; MAFRA; ANDRADE, 2018).

Considera-se que a ocorrência do politraumatismo é um problema de saúde pública, gera internação hospitalar de alto custo, podendo resultar em incapacidades físicas temporária, permanente e até mesmo a morte (KIMURA; LOURENÇO, 2017).

Os dados aqui analisados revelaram que o atropelamento foi à segunda causa de atendimento de idosos por causas externas, representando 10,30%, seguido de outros acidentes de transporte 6,93% (Tabela 2). Esse resultado corrobora com outros estudos nacionais (Teresina, Curitiba, Ribeirão Preto) e internacionais (Estados Unidos da América), ratificando que quando o mecanismo de trauma foi o atropelamento, ocorreu maior prevalência do sexo masculino (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017; BROSKA JUNIOR; FOLCHINI; RUEDIGER, 2013;

FREITAS et al., 2015; ETEHAD et al., 2015; LOMBARDI; HORREY; COURTNEY, 2017; SANTOS et al., 2017; MCELROY et al., 2013; YEO et al., 2009).

A ocorrência de acidente de trânsito envolvendo idosos diferencia-se em alguns pontos dos acidentes da mesma etiologia envolvendo indivíduos de outras faixas etárias. Podendo sofrer influências decorrentes do processo de envelhecimento, uma vez que, naturalmente, a pessoa, ao envelhecer, passa a vivenciar limitações de algumas de suas habilidades, incluindo declínios sensoriais, perceptuais, cognitivos e motores que podem afetar sua direção (LOMBARDI; HORREY; COURTNEY, 2017, SANTOS et al., 2017).

Estudo observacional realizado na Suíça com adultos mais velhos e mais jovens constatou que atravessar uma rua pode ser uma tarefa muito difícil para pedestres mais velhos. Nesse caso, os pedestres mais jovens se comportaram de maneira mais segura ao atravessar a rua, em comparação com os mais velhos, que passam por um declínio cognitivo com o avançar da idade. Para os autores, os idosos tomam a decisão de atravessar a rua principalmente com base na distância dos veículos, e não em sua velocidade, superestimam a própria velocidade de caminhada, não conseguindo adaptá-la às condições do tráfego (ZITO et al., 2015).

O predomínio do atropelamento dentre os acidentes de trânsito envolvendo idosos relaciona-se, em partes, com a dificuldade de travessia da pista entre esses pedestres, em virtude de o declínio cognitivo ficar mais acentuado com o aumento da idade. Nesse contexto, devem ser levadas em consideração as particularidades do pedestre idoso, como marcha mais lentificada, redução da capacidade visual, dentre outras alterações comuns do processo de envelhecimento. Muitas vezes as avenidas são largas, por andarem mais devagar, o tempo permitido pelos semáforos pode ser curto para que o idoso consiga atravessar com segurança, contribuindo para o atropelamento (SANTOS et al., 2017).

Os resultados deste estudo sinalizam para uma vulnerabilidade do idoso na condição de pedestre em se tornar uma potencial vítima de atropelamento. Isso aponta para uma necessidade de (re)planejamentos e intervenções dos governantes, a fim de criar estratégias com as quais essa população possa ter mais liberdade na sua mobilidade, com melhor qualidade de vida e de acessibilidade. Por outro lado, este resultado tem o potencial de despertar os gestores na organização da rede de assistência no atendimento a essa demanda, visto que, o idoso, vitimado por trauma, requer uma assistência multiprofissional, pois tem potencial risco de complicação e

maior tempo na permanência hospitalar e, conseqüentemente, com maiores custos para o serviço de saúde.

Destacam-se, assim, as campanhas de educação de trânsito com abordagem do respeito ao idoso pedestre, sendo um recurso importante a ser utilizado pelos serviços de saúde e órgão de trânsito, com vias a conscientizar a população das limitações e a vulnerabilidade dos idosos, garantindo sua inclusão social e uma melhora na qualidade de vida. Por outro lado, a conscientização do idoso, família e cuidadores sobre as limitações fisiológicas do envelhecimento são importantes para garantir a responsabilidade no deslocamento seguro.

Durante o exercício deste Mestrado, foi possível propor, planejar e realizar ações educativas com foco na segurança do trânsito para os idosos. As atividades foram realizadas junto aos alunos da rede de educação de ensino médio da Cidade de Belo Horizonte, com elaboração de materiais instrucionais e participação em atividades de extensão universitária (APÊNDICE B).

Adicionalmente, é necessário intervenções de engenharia de tráfego, garantindo a manutenção das condições das vias públicas, adequação e manutenção dos semáforos e faixas de pedestres, iluminação de todas as faixas de travessias, melhorando a visibilidade dos pedestres aos condutores de veículos no período noturno, o controle velocidade por meio de fiscalização sistemática e abrangente com aplicação de medidas punitivas aos infratores.

Todavia, cabe ressaltar a importância da inserção do especialista em geriatria e gerontologia nos serviços de atendimento ao trauma no idoso. Dessa forma, oportunizar atendimento pela equipe multiprofissional na abordagem inicial e acompanhamento quando demandar internação hospitalar com vista a redução das sequelas decorrente do agravo à saúde, conforme recomenda o Estatuto do Idoso.

Em relação às agressões, verificou-se que ocorreram 193 atendimentos, 1,71% da amostra. Estudiosos mencionam ocorrência de agressão em suas pesquisas e afirmam que é significativo o aumento do número de notificações de violência contra idosos e de internações por maus-tratos (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018; ABATH et al., 2010; SOUZA et al., 2018).

Os resultados contribuem para reflexão acerca da necessidade de efetivação de políticas públicas e de estratégias de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Conhecer o perfil dos casos de idosos vítimas de agressões pode auxiliar no planejamento e organização dos serviços de saúde por parte dos gestores,

subsidiando o planejamento estratégico de ações para o enfrentamento e para prevenção da violência contra a pessoa idosa.

Ao analisar o atendimento pelo motivo queimadura, essa representou 1,65% dos atendimentos. Importante destacar que as queimaduras apresentam algumas diferenças significativas em relação a outros tipos de trauma, mesmo as de menor gravidade podem resultar em grave incapacidade (PHTLS, 2020). É considerado um trauma grave, com repercussões psicológicas, sociais, econômicas e, atualmente, é considerado um grave problema de saúde pública (KIMURA; LOURENÇO, 2017; BARBOSA et al., 2018).

Os idosos são mais suscetíveis a lesões por queimadura, apresentando maiores taxas de morbidade e mortalidade do que a população geral. Estudos apontam que o gênero predominante para esse agravo é o masculino, que o fogo direto ou líquido inflamável são os agentes etiológico principais, seguido de escaldura, e a residência o local de maior ocorrência (SILVA et al., 2016; GIULI et al., 2015; SILVA, et al., 2015; KIMURA; LOURENÇO, 2017; BARBOSA et al., 2018).

Nesse contexto, o risco de trauma em idosos ocasionado por queimaduras tem ligação direta com as alterações do envelhecimento, principalmente em razão da diminuição da acuidade visual e da audição. Assim, os idosos podem retardar o reconhecimento do risco, percepção diminuída da dor pode resultar em queimaduras mais profundas com maior grau de gravidade, soma-se a isso, o fato de muitos idosos residirem sozinhos, tornando-os mais vulneráveis aos acidentes domésticos (PAPA et al., 2017; BARBOSA et al., 2018).

As intoxicações também tiveram registro dentre os atendimentos de idosos neste estudo (1,32%). Intoxicação pode ser entendida como efeito prejudicial causado por exposição a uma substância química, podendo estar relacionado a eventos imprevisíveis, tentativa de suicídio, exposição profissional, homicídio, entre outros (ANDRADE FILHO; CAMPOLINA; DIAS, 2013). As circunstâncias que levaram a exposição (intencional, acidental, ocupacional ou ambiental) poderão definir quadros menos ou mais graves (ANDRADE FILHO; CAMPOLINA; DIAS, 2013; SINITOX, 2017).

Relevante mencionar que no período analisado existiu como motivo de atendimento a autoagressão, com representatividade de 0,76% dos registros. No Brasil, as taxas de suicídios e tentativa de suicídios em comparação a outros países é o que apresenta maior média de casos entre os idosos, países como China, Estados

Unidos e Coréia do Norte também possuem números elevados de suicídios entre idosos (CARVALHO et al., 2017). O ato suicida é mais frequente entre homens que em mulheres, enquanto as mulheres demonstram maior ideação e tentativa de suicídios (MINAYO; SOUZA; PAULA, 2010; CARMO et al., 2018; FILHO et al., 2015).

Corroborando com os achados deste estudo, estudo documental realizado com dados de idosos atendidos no setor de emergência de um hospital psiquiátrico no interior do Estado de São Paulo, o sexo feminino teve maior prevalência de atendimentos por autoagressão, e a média de idade em ambos os sexos foi de 67 anos (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017; CAVALCANTE; MINAYO, 2015).

A inclusão do idoso em grupos de convivência melhora o acesso aos programas de tratamentos dos distúrbios psiquiátricos e o fortalecimento dos vínculos familiares são ações que podem reduzir as taxas de autoagressão entre idosos.

6.2.3 O atendimento dos idosos por agudização das doenças crônicas

Os motivos clínicos foram a segunda causa em números de atendimentos dos idosos, representando 25,03% no período analisado. Para fins de discussão dos resultados, considerou-se como motivo clínico os seguintes capítulos da CID-10 primário levantados no banco de dados deste estudo: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do sistema nervoso, neoplasias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Os quatro grupos de doenças crônicas de impacto mundial encontram-se as doenças do sistema circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema endócrino e o câncer. No Brasil, essas constituem a principal causa de mortalidade, sendo as mais frequentes: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias (BRASIL, 2011).

O envelhecimento tende a aumentar a incidência de doenças crônicas e, conseqüentemente, as taxas de atendimentos nos serviços de urgências, sendo as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares consideradas a maior dentre os atendimentos nos serviços de urgência no Brasil (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017; FONSECA, 2018a). Estima-se que 80% dos indivíduos com 60 anos ou

mais possuem pelo menos uma doença crônica não transmissível, dentre essas, as mais prevalentes são as cardiovasculares (IBGE, 2010; BRASIL, 2011).

Os atendimentos de idosos em serviços de urgências, em sua maioria, são devido à descompensação de doenças crônicas ou por causas agudas que podem ser complicadas devido às comorbidades pré-existentes (TEIXEIRA; BASTOS; SOUZA, 2017; SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017; BORDIN et al., 2018). A precariedade dos serviços ambulatoriais, a baixa resolutividade dos serviços de atenção primária e os escassos serviços domiciliares contribuem para que ocorra a agudização das doenças crônicas nos idosos, levando a admissão nos serviços de urgências (VERAS, 2003; MELLO et al., 2017; SOARES et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2020). As doenças crônicas são caracterizadas por início gradual, múltiplas causas de prognóstico incerto, com longa ou indefinida duração com possíveis períodos de agudização (BRASIL, 2013).

Dados deste estudo corroboram com a literatura, dentre os atendimentos dos idosos por motivos clínicos, os agravos das doenças do sistema circulatório obtiveram maior prevalência, representando 12,21%, seguindo das doenças do aparelho respiratório 3,56%. A morbidade por doenças cerebrovasculares (sobretudo o acidente vascular cerebral) e cardiovasculares são consideradas as principais doenças responsáveis por anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade em idosos (BRASIL, 2012; MOURÃO et al., 2017; FARIA et al., 2017; MOURA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2020).

Assim, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) se conceitua como um grave problema de saúde pública com alto índice de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2012). Nos Estados Unidos, todo ano cerca de 795.000 pessoas sofrem um AVC novo ou recorrente, sendo uma grande causa de mortalidade (*American Heart Association*, 2016). É uma situação de agravo à saúde do idoso que requer uma atenção especial, um diagnóstico precoce e tratamento imediato, dessa forma, impacta no prognóstico, reduzindo a taxa de mortalidade e as sequelas (BRASIL, 2012; OLIVEIRA et al., 2020).

No caso do AVC isquêmico, com tratamento com fibrinolíticos, seguem protocolos específicos com janela de tempo oportuno para implementação. Segundo a *American Heart Association* (2016), o benefício do tratamento fibrinolítico para pacientes com AVC isquêmico agudo depende do tempo transcorrido entre o início dos sintomas e a administração intravenosa, recomenda-se de 3 horas, ou 4,5 em pacientes selecionados.

Por meio da Portaria nº. 665, de abril de 2012, o Ministério da Saúde habilita hospitais como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC e aprova a linha de cuidado (BRASIL, 2012). A linha de cuidados para pacientes com AVC é uma das intervenções mais importantes disponíveis para minimizar a lesão cerebral e maximizar a recuperação do paciente, uma vez que propõe cuidados especializados com profissionais treinados, uso da tecnologia avançada no apoio diagnóstico e a disponibilidade do tratamento com fibrinolítico nos casos de AVC isquêmicos (MOURÃO et al., 2017; BRASIL, 2012; OLIVEIRA et al., 2020).

Estudos internacionais comprovaram a eficácia da Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) na redução da mortalidade, redução das incapacidades físicas e melhora na qualidade de vida quando comparados aos cuidados nos atendimentos por AVC em serviço de urgência geral (CANDELISE et al., 2007; *American Heart Association*, 2016; BOKHARI et al., 2014). Apesar do consenso nacional e internacional sobre a importância da linha de cuidado do AVC, a implementação dessa unidade está longe de ser realidade na saúde pública do Brasil e em outros países sul-americanos (MOURÃO et al., 2017, BRASIL, 2012, BOKHARI et al., 2014).

O Estado de Minas Gerais, atualmente, dispõe de três hospitais habilitados como referência para AVC, todos localizados no Município de Belo Horizonte (BRASIL, 2021). Ressalta-se a importância de o serviço móvel de urgência atentar-se em direcionar os pacientes conforme o desenho da rede de urgência, definindo os locais de atendimento de acordo com a complexidade dos casos com base nos achados dos sinais e sintomas dos pacientes, evento ou agravo ocorrido. Assim, contribuindo na utilização dos recursos de forma racional, cooperando na redução das complicações clínicas e mortalidade por eventos em que o sucesso do tratamento depende do tempo do início da evolução, como é o caso do AVC e das doenças isquêmicas.

Nesse sentido, a formação comunitária e profissional é essencial e tem sido bem-sucedida em reduzir a taxa de mortalidade por AVC e aumentar a proporção de pacientes que podem ser tratados com fibrinolíticos (*AMERICAN HEART ASSOCIATION*, 2016). Portanto, recomenda-se que os serviços de saúde desenvolvam ações comunitárias de prevenção e promoção da saúde do idoso e reconhecimento rápido dos sinais e sintomas do AVC.

Profissionais da saúde, hospitais e municípios devem desenvolver sistemas que melhorem a eficiência e a eficácia na identificação precoce dos ataques isquêmicos em idosos, que, em geral, são: fraqueza de início súbito ou entorpecimento da face, braço ou perna, especialmente em um dos lados do corpo, confusão mental súbita, dificuldade para falar ou compreender, dificuldades para enxergar com um ou os dois olhos, dificuldade súbita para caminhar, tontura ou perda do equilíbrio ou da coordenação, dor de cabeça intensa e súbita se causa conhecida (*AMERICAN HEART ASSOCIATION*, 2016).

Assim como o AVC, as doenças isquêmicas do coração em fase aguda configuram urgência e requerem intervenção imediata com equipe especializada (PINHEIRO; LENHANI; MARTINS, 2017). O infarto agudo do miocárdio e a angina instável estão presentes em muitos atendimentos de idosos em serviço de urgência, demandando cuidados especializados e de alta tecnologia (PINHEIRO; LENHANI; MARTINS, 2017; BRASIL, 2012; SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

No Brasil, entre 2008 e 2019, dos atendimentos em caráter de urgência das doenças do aparelho circulatório, 60,6% ocorreram em idosos. As três doenças com maiores prevalências foram insuficiência cardíaca (25,73%); AVC (12,97%); doenças isquêmicas do coração (12,3%). Ademais, 12,3% dos pacientes necessitaram de procedimentos cirúrgicos de urgência, sendo mais prevalentes: a angioplastia coronariana com implante de *stent* (18,1%) e o implante do marcapasso (12%) (SOUZA et al., 2020). Semelhantemente, estudo de Siqueira, Siqueira-Filho e Land (2017), realizado durante o 2009 a 2015, em que tais procedimentos cardiovasculares foram os mais prevalentes no SUS.

Estudos apontam que idosos com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) geralmente apresentam perfil de risco diferente dos não idosos: têm maior prevalência de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca e fatores de risco como tabagismo e sedentarismo (CANTO et al., 2015; PINHEIRO; LENHANI; MARTINS, 2017; FONSECA, 2018a; SOARES et al., 2018; PARK et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2020).

A agudização das doenças crônicas não transmissíveis resulta em consequências devastadoras para os idosos, nas quais a multimorbidades é uma condição bastante frequente, gerando sobrecarregar nos sistemas de saúde (MALTA et al., 2015; LEMOS; CHAVES; AZEVEDO; 2010). No Brasil, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70%

das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população com baixa renda e baixo nível de escolaridade e grupos mais vulneráveis, como a população idosa (BRASIL, 2011; SOUZA et al., 2020).

Especificamente, as doenças do aparelho circulatório possuem vários fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, dentre eles, sedentarismo, sobrepeso, tabagismo e hipertensão arterial. A vigilância desses fatores contribui para mudanças no perfil dos atendimentos de urgência dos idosos por agravos das doenças do aparelho circulatório, o que reduz demandas e custos com hospitalizações na rede do SUS (MALTA et al., 2015; SOUZA et al., 2020).

Tais achados mostram a importância de se utilizar dos estudos que abordam as demandas dos idosos nos serviços de urgências para o planejamento e direcionamento das ações dos programas de saúde pública, uma vez que esses evidenciam condições que evoluíram com agudização devido ao manejo inadequado ou ineficaz dos serviços de prevenção e da promoção da saúde. As doenças do aparelho circulatório englobam condições que muitas vezes têm causa preveníveis e controláveis, e em condições agudas demandam por ações, procedimentos e serviços de saúde de alta complexidade.

Torna-se imperioso que o Estado forneça políticas públicas para a prevenção das doenças crônicas e para a promoção de hábitos de vida que favoreçam o envelhecimento saudável (SOUZA et al., 2020; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). É essencial o investimento em políticas públicas com o intuito de melhorar o acesso do idoso aos exames e procedimentos eletivos das doenças do aparelho circulatório demandados pelos serviços ambulatoriais, visando a redução dos agravos ocasionados pelas agudizações das doenças crônicas.

Em virtude do cenário, fonte de dados deste estudo, tratar-se de um hospital pronto-socorro referência estadual no tratamento do politraumatismo, é possível afirmar que a ocupação de leitos por idosos com agravos de origem clínica, fragiliza a Rede de Atenção às Urgências. Isso se justifica pelo impedimento de vítimas de trauma receberem atendimento específico em tempo oportuno, devido à indisponibilidade de leitos, dessa forma poderá contribuir com o aumento da mortalidade por causas externas no estado.

Uma possível hipótese que justifique a porcentagem de transferências (30,70%) encontrada neste estudo, ocupando o segundo lugar no desfecho, é a admissão de idosos por motivos clínicos. Dessa forma, observa-se que, no contexto

do presente estudo, requer-se intervenções no desenho da rede de urgência relativas ao direcionamento dos idosos com sinais de agravos clínicos. Por outro lado, estudos apontam que uma porcentagem significativa dos atendimentos nos serviços de urgência ocorre por demanda espontânea dos usuários (SOARES et al., 2018; GOMES, 2018; COSTA, 2011). Por essa razão, cabe ampliar os meios de informação à sociedade dos pontos de referências às urgências clínicas no Estado de Minas Gerais.

6.3 O TEMPO DE PERMANÊNCIA E O DESFECHO DOS ATENDIMENTOS

A análise do tempo de permanência e o desfecho das internações dos idosos contribuem para boas práticas clínicas. O tempo de permanência é um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. Relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos, representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital (BRASIL, 2002b).

Estudos têm demonstrado interesse pela análise do tempo de permanência hospitalar, utilizando-o como indicador para embasamento do planejamento e gestão em saúde, ou para mensuração da eficiência dos serviços prestados (NASCIMENTO; CUNHA; SÁ, 2015).

Esta pesquisa abordou como desfecho a saída do idoso por alta hospitalar, transferência, óbito e evasão. A alta hospitalar foi o desfecho mais prevalente entre os atendimentos dos idosos (56,19%), seguido da transferência (30,70%) com tempo médio de permanência de 12 dias e desvio padrão 24,5.

Os dados estatísticos hospitalares contribuem para gestão de serviços de saúde no âmbito do SUS, favorecem o planejamento e avaliação, uma vez que o leito hospitalar deve ser utilizado de forma racional, devendo estar disponível para pacientes que necessitam receber assistência à saúde, minimizando os danos e otimizando a recuperação.

As altas taxas de hospitalizações e a tendência à internação mais frequentes e prolongadas sublinham a importância do monitoramento visando à melhora da qualidade do cuidado hospitalar prestado à população idosa (CORDEIRO; MARTINS, 2018). Alguns fatores influenciam o tempo de permanência da internação, dentre

esses, a complexidade do hospital, a agilidade na realização e disponibilidade de exames complementares e o perfil clínico do paciente. Quanto mais idoso, maior a chance de comorbidades e complicações. A média de permanência em hospitais por mais de sete dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar. Reações adversas às drogas, intervenções, assim como a imobilidade, muitas vezes favorecem a permanência hospitalar prolongada no idoso (BRASIL, 2002a; SCHOUT; NOVAES, 2007).

No Brasil, a média de permanência hospitalar no SUS foi de 5,98 dias em 1999, para o mesmo ano, chegou a 5,82 dias para os hospitais da rede SUS de Minas Gerais e a 7,58 dias para os hospitais do Município de Belo Horizonte. Em 2008, o tempo médio de permanência foi de 4,4 dias nos hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS/MG (Pro-Hosp) (NORONHA et al., 2014).

Uma hipótese para um tempo maior de permanência hospitalar encontrada neste estudo está relacionada aos eventos e agravos de acordo com a CID 10 (Tabela 2) de maior prevalência (lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas). Sendo a queda e o atropelamento os principais mecanismos de trauma presentes nos atendimentos. Dessa forma, o somatório entre a mecânica do trauma e as alterações osteomusculares comum do processo de envelhecimento levam a consequências como fraturas e luxações e outros agravos que necessitam de intervenções cirúrgicas, aumentando o tempo de permanência.

Estudos que avaliaram a ocorrência de trauma em idosos constataram uma porcentagem significativa de intervenções cirúrgicas, sendo as extremidades as regiões do corpo mais afetadas, prevalecendo às fraturas de fêmur (DEGANI, 2011; SANTOS, 2013; VIEIRA; PALMER; CHAVES, 2016; PEREIRA et al., 2013; PINHO et al., 2012; FONSECA, 2018b).

Outro fator, identificado neste estudo, que possivelmente possa estar relacionado com tempo maior de permanência são as complicações por infecções hospitalares. Alguns estudos nacionais e internacionais evidenciam a relação entre o número de dias de internação e a presença de infecção hospitalar em idosos (DEGANI, 2011; FONSECA, 2018b; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Tratando-se de trauma geriátrico, autores americanos afirmam ser um desafio para cirurgiões, diante de lesões que necessitam de procedimentos cirúrgicos rápidos, logo após o tratamento do choque e das lesões com risco de vida e a estabilização dos agravos relacionados às comorbidades (CHANG; SHECTER, 2007).

Quanto ao desfecho alta ser mais prevalente no presente estudo (56,19%), acredita-se que uma justificativa para esse fato possa estar relacionada com a faixa etária, como a maior parte dos idosos que compuseram a amostra foram idosos jovens, esses, de certa forma, encontram-se em melhores condições físicas. Assim, possuem condições de responderem melhor as injúrias causadas pelo trauma e uma carga menor de comorbidades quando comparados com idosos mais longevos. Por outro lado, também se conjectura que a maior porcentagem dos idosos tenham sido atendidos com quadro menos grave, tendo os casos de maior gravidade evoluído com desfecho óbito.

Desse modo, algumas ações podem ser implementadas pelos gestores visando reduzir o tempo de permanência para as patologias de maior prevalência no hospital. Sugere-se implantar protocolos clínicos para essas patologias com gestão e organização da equipe clínica para planejar a alta hospitalar o mais breve possível, com base no diagnóstico da admissão; nomear profissionais para compor a gestão de leitos com monitoramento do tempo de permanência; implantar *check-list* de laudos de exames e orientações para a equipe assistencial com vias a agilizar a alta dos pacientes em tempo oportuno; estabelecer critérios e prioridades para que os pacientes que estejam no pronto-socorro internados possam rapidamente ocupar um leito nas unidades de internação; otimizar os agendamentos das cirurgias para que ocorra a liberação mais rápida dos leitos.

Somado a isso, é fundamental o mapeamento de processos, gestão dos custos e a análise conjunta de indicadores de gestão hospitalar, como o tempo de permanência hospitalar, o desfecho e indicadores demográficos e epidemiológicos, já mencionados neste estudo.

O setor saúde está marcado por custos crescentes com o aumento significativo da demanda, o surgimento de novas tecnologias e exigências por padrões mais elevados de qualidade, forçando os hospitais a se adequarem a uma nova realidade, na qual os bons resultados estão diretamente ligados à eficiência de seus processos. A má utilização de seus recursos tem elevado os custos operacionais e dificultado o processo de desenvolvimento tecnológico em muitas instituições (HENRIQUE, 2014; ARAÚJO, 2005; BRASIL, 2006b).

Em face desse cenário, diversas instituições têm buscado adotar estratégias de gestão para melhoria de seus processos, agregando valores nas atividades desempenhadas. A partir do mapeamento do processo são identificadas as etapas

em que as melhorias precisam ser realizadas, sendo necessária uma ação conjunta de três componentes do desenvolvimento organizacional: estratégias, processos e pessoas. Dessa forma, a organização consegue visualizar processos que não são necessários, a fim de atender a uma proposta futura, e a partir disso poderá redesenhá-los (ARAÚJO, 2005; ROCHA, 2000; HENRIQUE, 2014).

Contudo, após a implementação das melhorias no processo mapeado é preciso alinhar os indicadores de desempenho, empregando indicadores interdepartamentais, uma vez que os processos se cruzam entre departamentos, e quando trabalhados de forma isolada não surtem resultados (ROCHA, 2000; ROCHA; ALBUQUERQUE, 2006).

Nesse contexto, a implementação da gestão de custo, enquanto instrumento de gestão, passa a ser vista como um indicador de resultado e não somente grandeza monetária, uma vez que contém as bases de dados sobre consumos de recurso; os métodos de tratamento desse consumo; o formato de apresentação dos resultados; as características intrínsecas e extrínsecas das informações apoiam-se em um sistema de informações de custo, alimentado por processos organizacionais de forma organizada. Assim, agrega valor a informação basicamente pelas ações de organização do processo, desenvolvimento de uma base integrada de tecnologia da informação de forma a favorecer a comunicação inter e intrasetorial, por fim, considerar a informação de custo como uma metainformação (ALEMÃO, 2017).

A gestão de custo é uma valiosa ferramenta de gestão, pois fornece informações para subsidiar a tomada de decisão dos gestores. É um importante indicador de desempenho financeiro e econômico nos serviços de saúde, possibilitando ações de forma integrada nos mais diversos setores institucional, com vias a alinhar todo o processo de trabalho.

6.4 O DESFECHO ÓBITO

Analisar e compreender a distribuição da mortalidade é essencial para proposição de medidas que possam contribuir no processo de trabalho, minimizando as situações de risco e intervindo nos fatores determinantes ou agravantes (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dentre as 11.306 internações presentes neste estudo, ocorreram 1.346 óbitos, representando 11,91% do desfecho dos atendimentos. Observou-se, então, que ser

do sexo masculino, idade com 80 anos ou mais e não residir em Belo Horizonte teve maiores chances de óbito.

Outro indicador utilizado neste estudo em relação ao óbito foi à classificação de risco segundo o Sistema de Manchester. Os idosos classificados com a cor vermelha morreram mais em relação àqueles classificados na cor laranja. Pacientes que deram entrada por motivo de queimaduras tiveram suas chances aumentadas para óbito quando comparados com os demais motivos de entrada. Quanto maior foi o tempo de permanência hospitalar, maior foi a chance de óbito.

A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência desse diferencial, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005). Esse fenômeno pode ser justificado pela maior exposição aos fatores traumáticos e a baixa adesão às medidas de prevenção das doenças crônicas e seus agravos por parte dos homens.

Estudo realizado no Estado de Minas Gerais buscou analisar o valor de predição do Sistema de Manchester de classificação de risco em relação à evolução clínica de pacientes. Proporcionalmente foi encontrado mais óbitos (42,8%) nos pacientes classificados como vermelho (GUEDES; MARTINS; CHIANCA, 2015).

Santos, Freitas e Martins (2014) realizaram um estudo prospectivo em Portugal, com 25.218 pacientes classificados, entre 11 de julho e 13 de outubro de 2011, com o objetivo de determinar se o Sistema Manchester de Classificação de Risco é um instrumento útil para determinar o risco de admissão hospitalar e risco de óbito. O risco de morte foi 5,58 vezes maior no grupo de alta prioridade (vermelho e laranja) quando comparado com o de baixa prioridade.

Dentre os sinais de gravidade que direcionam para a classificação de risco para atendimento imediato, cor vermelha, encontram-se obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, sinais de choque, convulsão, e, por essas situações, podem evoluir com insuficiência de órgãos nobres, em especial o cérebro (CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2010).

Pacientes idosos admitidos em serviços de urgências, frequentemente envolvem pacientes que apresentam alterações de falência orgânica (cardíaca, pulmonar ou renal). Em condições de estresse agudo podem não apresentar respostas adequadas ao tratamento, criando situações que podem determinar pior desfecho clínico, evoluindo para óbito (SANTOS et al., 2016).

Estudo de Lentsck e colaboradores (2020) evidenciaram que os fatores de risco para óbito de pacientes com trauma são: idade acima de 60 anos, presença de comorbidades, a gravidade do trauma, uso de ventilação mecânica, disfunção orgânica renal nas primeiras 24 horas, uso de drogas vasoativas e complicações circulatórias. Adicionalmente, outros estudos nacionais e internacionais têm descrito piores prognóstico de idosos traumatizados, quando comparado aos pacientes mais jovens (GROSSMAN et al., 2003; LENTSCK et al., 2020).

No presente estudo, a idade de 80 anos ou mais permaneceu como preditora para o óbito, aumentando as chances em 2,3 vezes quando comparado com idosos mais jovens. Corroborando com esse resultado, estudo de Santos (2013) demonstrou associação significativa do sexo masculino, idade de 80 anos ou mais e óbito nos anos estudados com idosos vítimas de trauma.

Associado ao aumento da idade, as comorbidades têm sido apontadas na literatura como fator de risco para óbito em idosos vitimados por trauma (PRIN; LI, 2013; DIMAGGIO et al., 2016; FONSECA, 2018; WANG et al., 2018). A taxa de mortalidade consequente a uma pequena lesão é maior em pessoas com mais de 65 anos, sendo o risco de morte por trauma o dobro após os 75 anos, consequentemente pelas alterações típicas do envelhecimento (SANTOS 2013; CHANG; SCHECTER, 2007).

Alguns estudos afirmam que as intervenções cirúrgicas, as instabilidades e as complicações secundárias relacionadas às intervenções e aumento no tempo de internação deterioram o quadro clínico do idoso vítima de trauma, contribuindo para um pior desfecho (SANTOS, 2013; LIMA; CAMPOS, 2011; BIAZIN; RODRIGUES, 2009; SANTOS et al., 2016; LENTSCK et al., 2020).

No estudo de Lentsck e colaboradores (2020), as complicações circulatórias graves nos idosos foram o fator mais importante, aumentando em sete vezes o risco de óbito. Três condições retratam o conjunto das complicações circulatórias graves: a parada cardiorrespiratória; a trombose venosa profunda e o infarto agudo do miocárdio.

A abordagem de uma vítima grave de trauma requer a identificação de lesões ameaçadoras à vida e a intervenção imediata dessas lesões. O transporte rápido a um centro de trauma reduz a mortalidade e a gravidade das sequelas (KIMURA; LOURENÇO, 2017; PHTLS, 2020).

Neste estudo, quem deu entrada com lesões por queimaduras apresentou maiores chances de óbito quando comparado com os demais mecanismos de trauma. Uma possível explicação para o resultado pode ser o fato da propensão à deterioração fisiológica no idoso com idade avançada, associada a doenças prévias, acarretando a disfunção dos sistemas cardiovascular, pulmonar, renal e imunológico, que se tornam incapazes de responder de forma adaptativa ao estado de choque ocasionado nas lesões graves por queimaduras.

Em consonância com os dados deste estudo, pesquisa realizada por Papa e colaboradores (2017) analisou o perfil epidemiológico das internações e óbitos por queimaduras em idosos no Brasil, no período de 2012 a 2016. Registram-se 5.278 óbitos, com predominância do sexo masculino, a faixa etária de 80 anos apresentou a maior taxa de mortalidade. Nos idosos, as mortes decorrem de queimaduras de tamanho e gravidade menores, em comparação com outras faixas etárias. A taxa de morte é sete vezes maior do que nas vítimas de queimaduras mais jovens (PHTLS, 2020; LIMA et al., 2017).

A presença de doenças preexistentes, como doenças cardiovasculares e diabetes, resulta em pouca tolerância à reanimação para tratamento das queimaduras. Colapso vascular e infecção são as causas mais comuns de morte por queimaduras nos idosos (KECK et al., 2009; SILVA; BARBOSA; CALDEIRA, 2010; SERRA et al., 2015; PHTLS, 2011). As lesões provocam grandes repercussões clínicas locais e, principalmente, sistêmicas e constituem uma das maiores agressões que o organismo pode suportar (BARBOSA et al., 2018).

Algumas condições fisiopatológicas dos idosos, como limitação a resposta mediadas pelas catecolaminas endógenas, redução na capacidade de resposta imunológica, diminuição da reserva funcional renal com alteração nos glomérulos e redução das funções pulmonares contribuem para piora do prognóstico no idoso traumatizado por queimaduras (SERRA et al., 2015; BRAUN et al., 2016).

Pensamento errôneo é acreditar que queimaduras são lesões que se limitam a pele, que sua gravidade está relacionada apenas com extensão e profundidade, a lesão, por si só, não se traduz em risco imediato a vida. Não se pode negar que queimaduras extensas são, de modo geral, associadas à alta letalidade, no entanto, o fator determinante para o óbito, são as lesões multissistêmicas, efeitos possivelmente fatais no coração, nos pulmões, nos rins, no trato gastrointestinal e no

sistema imunológico (PAPA et al., 2017; SILVA; BARBOSA; CALDEIRA, 2010; SERRA et al., 2015; GIULI et al., 2015).

Embora consideradas um tipo de trauma, as queimaduras apresentam diferenças significativas em relação a outros tipos de traumas. Nos mais diversos mecanismos de trauma, sejam por queda, colisão de veículos, atropelamento ou agressões físicas, espera-se como resposta fisiológica do indivíduo mecanismo de compensação. Por outro lado, após um trauma por queimaduras, tende a ocorrer uma depressão dessa resposta fisiológica, em que o organismo da vítima tenta se desligar e entra em choque (PHTLS, 2020; KIMURA; LOURENÇO, 2017). A complicação mais comum da queimadura é o choque hipovolêmico decorrente de grandes perdas de líquidos, os líquidos circulantes extravasam dos vasos sanguíneos ocupando espaços extracelulares, provocando edemas e reduzindo o líquido circulante no sangue (PAPA et al., 2017; BARBOSA et al., 2018).

Nesse aspecto, uma parte substancial do atendimento desta vítima é direcionada a reversão desse choque. Portanto, embora grandes volumes sejam necessários ao tratamento do choque por queimaduras, o excesso de fluidos complica o tratamento da vítima e até mesmo piora os ferimentos (ATLS, 2008), levando a insuficiência cardíaca e edema pulmonar (KECK et al., 2009).

As situações de queimaduras mais graves são aquelas que acometem as vias aéreas (KIMURA; LOURENÇO, 2017). A via aérea pode apresentar estreitamento em um ponto em que há obstrução e o ar não pode passar além da traqueia, para evitar o estreitamento ou a oclusão catastrófica o controle precoce é prudente e recomenda-se intubação orotraqueal e ventilação mecânica (KIMURA; LOURENÇO, 2017; PHTLS, 2020).

Segundo o estudo de Lentsck e colaboradores (2020), a ventilação mecânica em pacientes vítimas de trauma, independente da justificativa para o seu uso, aumentou em cinco vezes a probabilidade do óbito, e as complicações circulatórias graves foram os fatores mais importantes, aumentando em sete vezes o risco de óbito.

Desse modo, verificou-se também, no presente estudo, que a chance de óbito foi maior para aqueles idosos procedentes de outras regiões do estado, possivelmente, trata-se de pacientes com lesões graves. Todavia, infere-se que esse resultado corrobora com os dados da literatura que afirma que pacientes traumatizados graves que não recebem tratamento definitivo em um hospital especializado em trauma, particularmente dentro do “período de ouro”, as suas

chances de óbito aumentam (PHTLS, 2011; ATLS, 2008; KIMURA; LOURENÇO, 2017; BARBOSA et al., 2018). A “hora ou período do ouro” é um período crucial durante o qual é imprescindível dar início ao tratamento definitivo ao doente traumatizado grave (PHTLS, 2011; ATLS, 2008; KIMURA; LOURENÇO, 2017).

Sabe-se que não é possível eliminar a necessidade de deslocamento das vítimas de traumas graves para o centro de referência, porém, é possível reduzir o tempo desse deslocamento. Ao analisar os dados, no contexto deste estudo, percebe-se que há indicação de investimento e adoção de medidas que facilitem o acesso dos idosos – vítimas graves de trauma de outras regiões do estado – ao hospital pronto-socorro cenário deste estudo, dentre essas, sugere-se aumentar a oferta de transporte aéreo para essas vítimas.

O transporte e as transferências inter-hospitalares estão regulamentados pela Portaria GM/MS nº. 2.048/02 (BRASIL, 2002b), no seu Capítulo VI, no que se refere ao transporte aéreo no âmbito do Estado de Minas Gerais deve-se observar os parâmetros previstos pela Deliberação CIB-SUS/MG nº. 2.352/2016, com respectivas alterações, Resolução SES/MG nº. 5.741/2017 e Resolução Conjunta SES/MG e PMMG nº. 0238/2018.

Com base nos resultados analisados nesta pesquisa, fica evidente a necessidade de se implementar políticas públicas de prevenção de trauma e dos agravos clínicos para a população idosa. Acredita-se que por meio de medidas preventivas que abordem o envelhecimento saudável, prevenção e controle das doenças crônicas, educação no trânsito, prevenção de acidentes domésticos e cultura da paz, alcancem melhor resultado na qualidade de vida dos idosos, familiares e sociedade, reduzindo os impactos para os serviços de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou identificar os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito de idosos atendidos em hospital pronto-socorro de referência em trauma no Estado de Minas Gerais, a partir da análise dos dados de natureza secundária obtidos no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar – SIHG, registrados nos anos de 2015 a 2019.

A análise demonstrou um maior número de atendimentos no ano de 2019 (21,32%), evidenciou que o perfil da população estudada se caracterizou com predomínio do sexo masculino (52,79%), a faixa etária de 60 a 64 anos apresentou o maior número de atendimentos (25,49%), com procedência de Belo Horizonte o maior número de casos (63,94%), predominantemente casados ou com união estável (43,85%).

Dentre a amostra identificou-se atendimentos por motivos de trauma (67,69%) e clínico (25,03%), a maior parte dos idosos traumatizados deram entrada por motivo de queda (44,49%), seguido de atropelamento (10,30%). A Classificação de Manchester na cor laranja obteve maior porcentagem (23,72%), lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas foram o CID primário de maior prevalência (63,94%), seguido de doenças do sistema circulatório (12,21%), com tempo médio de permanência de 11,6 dias (dp = 24,5), sendo a alta o desfecho que mais prevaleceu (56,19%).

A análise do óbito mostrou forte associação entre o sexo masculino, idade igual ou superior a 80 anos, residir em outras regiões do estado, Classificação de Manchester na cor vermelha, motivo de entrada por queimaduras e maior tempo de permanência hospitalar. Os resultados encontrados evidenciam a demanda significativa de atendimentos de idosos no serviço de urgência em decorrência de eventos traumáticos e agudização de doenças crônicas, bem como os fatores determinantes para o óbito nessa população.

Dessa forma, mostra-se de fundamental importância a implementação de políticas públicas voltadas para prevenção de acidentes de trânsito, especificamente o atropelamento e a prevenção da queda em idosos, com vista à adoção de medidas que visam favorecer a autonomia e o deslocamento do idoso em vias públicas. Para tanto, inclui-se a necessidade de adequação do espaço urbano, mudanças ambientais, melhoria em infraestrutura viária, ações de educação para o trânsito e

sensibilização da sociedade, fortalecimento das ações de fiscalização de condutores de veículos a motor com medidas punitivas para infratores.

Aponta-se, ainda, para o fortalecimento das ações de promoção do envelhecimento saudável e proteção da saúde, prevenção de agravos das doenças crônicas degenerativas com intervenções associadas a mudanças no estilo de vida. Ações que devem ser instituídas pelos serviços de atenção primária à saúde enquanto ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado com potencial de acolhimento e identificação das necessidades de saúde desse grupo populacional, bem como estratificação de risco.

Assim, o estudo contribui para o conhecimento do perfil do idoso atendido em um serviço de urgência, constatando-se a vulnerabilidade do idoso aos eventos traumáticos e clínicos agudizados, despertando para os possíveis agravos gerados por esses eventos em um grupo populacional que já apresenta limitações próprias do processo de envelhecimento.

Do ponto de vista organizacional, os resultados apresentaram direcionamentos para o planejamento de ações necessárias à gestão do serviço de urgência voltadas para integralidade no atendimento do idoso, como apresentado no relatório técnico a ser entregue à diretoria da instituição investigada (APÊNDICE A).

Para a sociedade, a contribuição foi alertar os profissionais de saúde para a necessidade de se capacitarem de forma contínua para melhor prestarem assistência aos idosos, e sensibilizar o poder público para adequar o espaço urbano, garantindo o direito de deslocamento das pessoas com mobilidade reduzida, dentre elas, os idosos.

Nessa perspectiva, há necessidade de outros estudos que visem contribuir com os dados de morbidade e mortalidade em idosos e as demandas nos serviços de urgência por esse grupo populacional. Ressalta-se que a limitação do estudo foi a falta de alguns registros de informações referentes aos atendimentos dos idosos no Sistema de Integrado de Gestão. Contudo, essa limitação não comprometeu a viabilidade e análise dos dados que compõe esta pesquisa.

REFERÊNCIAS¹

- ABATH, M. de B. *et al.* A violência física contra a pessoa idosa revelada em serviço médico-legal, Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1797-1806, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000900013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 dez. 2020.
- ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT (ATLS). **Suporte avançado de vida no trauma para médicos**. Colégio Americano de Cirurgiões – Comitê de trauma, 2008. (Manual do curso de alunos).
- ALEMÃO, M. M. **Financiamento da Saúde**: proposta e avaliação de modelo estimativo do custeio global de hospitais públicos. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. 367 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-AWPLNM>. Acesso em: 16 jun. 2020.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte Avançado de Vida em Cardiologia**: Manual para Provedores. American Heart Association, 2016.
- ANDRADE FILHO, A. de; CAMPOLINA, D.; DIAS, M. B. **Toxicologia na prática clínica**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2013. 700 p.
- ANDRADE, L. A. S. *et al.* Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 249-260, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n2/pt_1809-9823-rbagg-21-02-00243.pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.
- ARAÚJO, C. A. S. **Fatores a serem gerenciados para o alcance da qualidade para os clientes internos**: um estudo em um conjunto de hospitais brasileiros. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/COPPEAD, Rio de Janeiro, 2005. 407 p. Disponível em: <https://www.sapili.org/subir-depois/dplivros/cp005489.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2020.
- ARAÚJO, D. E. **A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde**: uma análise, por coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. 131 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/56835>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- ARREGUY-SENA, C. *et al.* Projeto de extensão sobre o processo de envelhecimento e contribuição para o Envelhecimento ativo: acuidade visual por triagem domiciliar na prevenção de Quedas. *In*: 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2016, **Anais**. Ouro Preto, MG: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016. ISBN: 978-85-93416-00-2.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BARBOSA, R. A. *et al.* Queimaduras. *In*: SANTANA, J. C. B.; DUTRA, B. S.; MELO, C. L. (org). **Atendimento pré-hospitalar**: procedimento básicos e especializados. 1. ed. Curitiba: CRV, 2018, cap. 30, p. 551-566.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233801639_Um_dos_delineamentos_mais_empregados_em_epidemiologia_Estudo_transversal. Acesso em: 03 mai. 2020.

BATISTA-NETO, J.; GOMES, E. G. A. Etiologia do trauma. *In*: FREIRE, E. **Trauma**: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu, 2001, v. 1, cap. 2, p. 17.

BERLEZI E. M *et al.* Analysis of the functional capacity of elderly residents of communities with a rapid population aging rate. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 643-52, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400643&lng=en&tlng=en. Acesso em: 10 mai. 2019.

BIAZIN, D. T.; RODRIGUES, R. A. P. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina – Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 602-608, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a15v43n3.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2020.

BOKHARI, F. A. *et al.* TNF-alpha: a risk factor for ischemic stroke. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, v. 26, n. 2, p. 111-114, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25603656/>. Acesso em: 26 ago. 2020.

BONQUE, B. *et al.* A screening tool with five risk factors was developed for fall-risk prediction in community-dwelling elderly. **J Clin Epidemiol**, v. 64, n. 10, p. 1152-60, out. 2011. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.12.014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21463927/>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BOONGIRD, C.; ROSS, R. Views and Expectations of Community-Dwelling Thai Elderly in Reporting Falls to Their Primary Care Physicians. **J Appl Gerontology**, v. 36, n. 4, p. 480-498, abr. 2017. DOI: 10.1177/0733464815606799. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26399856/>. Acesso em: 28 ago. 2020.

BORDIN, D. *et al.* Fatores associados à internação de idosos: estudo de base nacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 439-446, jul./ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000400439&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015(a).127 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015(b). 400 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 jun. 2019.

_____. Lei nº 8.842, de 4 janeiro de 1994. Dispões a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 01 jun. 2019.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 13 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. In: XXX CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, mai. 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 46 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 05 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002(a). 32 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.048, de 05 de novembro de 2002. Dispões sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, 2002(b). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 01 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 16 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(a). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 25 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(b). 126 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf. Acesso em: 27 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 27 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a rede de atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 11 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: 27 ago. 2019.

BRAUN, B. J. *et al.* Polytrauma in the elderly: a review. **EFORT Open Rev**, v. 1, n. 5, p. 146-51, 2016. DOI: 10.1302/2058- 5241.1.160002. Disponível em: <https://online.boneandjoint.org.uk/doi/full/10.1302/2058-5241.1.160002>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BROSKA JUNIOR, C. A., FOLCHINI, A. B., RUEDIGRE, R. R. Comparative study of trauma in the elderly and nonelderly patients in a University Hospital in Curitiba. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 40, n. 4, p. 281-285, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n4/en_v40n4a05.pdf. Acesso em: 01 nov. 2020.

BROWN, C. V. R. *et al.* A Comprehensive Investigation of Comorbidities, Mechanisms, Injury Patterns, and Outcomes in Geriatric Blunt Trauma Patients. **The American Surgeon**, v. 82, n. 11, p. 1055-1062, nov. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28206931/>. Acesso em: 17 ago. 2020.

CAMARGOS, A. B. G. **Idosos e mortalidade**: preocupante relação com as causas externas. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, n. 35, fev. 2016. 20 p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118 p.

CANDELISE, L. *et al.* Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. **Lancet**, v. 369, n. 9558, p. 299-305, jan. 2007. DOI: 0.1016/S0140-6736(07)60152-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17258670/>. Acesso em: 21 nov. 2020.

CANTO, J. G. *et al.* Number of coronary heart disease risk factors and mortality in patients with first myocardial infarction. **JAMA**, v. 306, n. 19, p. 2120-2127, 2015. DOI: 10.1001/jama.2011.1654. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22089719/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

CARMO, E. A. *et al.* Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, fev. 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000100001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e20171971.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

CARVALHO *et al.* A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 134-142, jan./fev. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000100129&lng=en&tlng=en. Acesso em: 13 nov. 2020

CARREIRO, A. *et al.* Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. **Revista Fafibe**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 515-524, 2015. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/10112015195658.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.

CASTRO, V. C.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 830-838, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0777.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

CATTELANI, L. *et al.* FRAT-up, a web-based fall risk assessment tool for elderly people living in the community. **J Med Internet Res.**, v. 17, n. 2, 2015. DOI: 10.2196/jmir.4064. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25693419/>. Acesso em: 16 ago. 2020.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1655-1666, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.06462015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601655&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 set. 2020.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nucleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. 167 p. Disponível em: <https://www.nescon.medici-na.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

CHANG, T. T.; SCHECTER, W. P. Injury in the Elderly and End-of-Life Decisions. *The Surgical Clinics of North America*, **Philadelphia**, v. 87, n. 1, p. 229–245, 2007. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610906001460>. Acesso em: 05 out. 2020.

CHIEN, W. C. A. *et al.* A retrospective population-based study of injury types among elderly in Taiwan. **International Journal of Injury Control and Safety Promotion**, v. 21, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17457300.2012.717084>. Acesso em: 17 jul. 2020.

COELHO, M. F. *et al.* Analysis of the Organizational Aspects of a Clinical Emergency Department: A Study in a General Hospital in Ribeirão Preto, SP, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 770-777, jul./ago. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400016. Acesso em: 18 jun. 2020.

CORDEIRO JUNIOR, W. **A gestão de risco na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

CORDEIRO JUNIOR, W.; MAFRA, A. A. **Sistema Manchester de classificação de risco na Urgência e Emergência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.

CORDEIRO, P.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000146>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102018000100257&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 23 jul. 2020.

COSTA, A. C. C.; FORTES, R. C. Principais intercorrências e desfechos clínicos de idosos vítimas de trauma na unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018. p. 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55366>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55366>. Acesso em: 12 jul. 2020.

COSTA, J. S. M. da. **Serviços de Urgência e Emergência Hospitalar**: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas. Tese (Doutorado em Demografia) – Faculdade de Ciências Econômica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. 380 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/AMSA-8UYQ59>. Acesso em: 11 jun. 2020.

COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100007>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2020.

COUTINHO, A. A. P. **Classificação de risco nos serviços de emergência**: uma análise para além da dimensão técnico assistencial. Tese (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. 206 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-8KYQLR>. Acesso em: 24 jun. 2020.

CREDO, P. F. di; FELIX, J. V. C. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 126-131, jan./mar. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26385>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26385>. Acesso em: 15 jul. 2020.

DEGANI, G. C. **Trauma em idosos**: características e evolução. Tese (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. 153 p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-28112011-164940/pt-br.php>. Acesso em: 17 jul. 2020.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Morbidade hospitalar do SUS por local de internação - Minas Gerais**. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nimg.def>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ECKSTROM, E. *et al.* An interprofessional approach to reducing the risk of falls through enhanced collaborative practice. **J Am Geriatric Soc.**, v. 64, n. 8, p. 1701-1707, 2016. DOI: 10.1111/jgs.14178. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988864/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ELLIOTT, S. J. *et al.* Feasibility of interdisciplinary community-based fall risk screening. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 66, n. 2, p. 161-168, 2012. DOI: 10.5014/ajot.2012.002444. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22394525/>. Acesso em: 12 nov. 2020.

ETEHAD, H. *et al.* Impact of road traffic accidents on the elderly. **Arch Gerontol Geriatr**, v.63, n. 3, p. 489-493, nov./dez. 2015. DOI: 10.1016/j.archger.2015.08.008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26321733>. Acesso em: 01 nov. 2020.

FARIA, A. C. A. *et al.* Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento a reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n 3, p. 520-528, mai./jun. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0495.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

FEIJO, V. B. E. R. *et al.* Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 627-636, set. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300627&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 jan. 2021.

FILHO, J. S. A. M. *et al.* Fatores que influenciam o suicídio na população idosa: uma revisão sistemática. *In*: 4º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, v. 12, n. 1, 2015, Campina Grande, PB. **Anais CIEH**. Campina Grande, 2015. p. 11. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO_EV040_MD2_SA4_ID2251_27072015154238.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.

FONSECA, L. G. A. **Caracterização das internações hospitalares brasileiras por alterações no sistema cardiovascular**: um estudo longitudinal. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Fisioterapia Cardiorrespiratória) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2018(a). 20 p. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/8689>. Acesso em: 22 nov. 2020.

FONSECA, R. F. M. R. **Prevenção de queda nos idosos**: adesão na atenção primária. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018(b). 162 p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-30052018-105526/pt-br.php>. Acesso em: 18 jan. 2021.

FREITAS, M. G. de *et al.* Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 701-712, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.19582014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000300701&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2020.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). **Ensino e pesquisa**. 2018. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/ensino-e-pesquisa>. Acesso em: 16 jun. 2019.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 261-267, abr. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200261&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

GIULI, A. E. *et al.* Caracterização de idosos vítimas de queimaduras internados em um centro de tratamento de queimados. **Revista Brasileira Queimaduras**, v. 14, n. 4, p. 253-256, 2015.

GOMES, J. C. P. **Impacto do envelhecimento populacional no atendimento de emergência**. Tese (Doutorado em ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. 79 p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-28022019-100750/publico/JoaoCarlosPereiraGomes.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020.

GONÇALVES, M. A. *et al.* Acordo Externo de Resultados: inclusão de nova variável no Modelo de Gestão FHEMIG e sua possível influência. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, p. 35-43, mai. 2012.

GROSSMAN, M. *et al.* Functional outcomes in octogenarian trauma. **The Journal of trauma**, Baltimore, v. 55, n. 1, p. 26–32, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12855877>. Acesso em: 05 out. 2020.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**: como implementar o Sistema de Manchester de Classificação de Risco em sua instituição de saúde. 2. ed. Belo Horizonte: GBCR, 2015. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>. Acesso em: 30 de nov. 2020.

GUEDES, H. M.; MARTINS, J. C. A.; CHIANCA, T. C. M. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 45-51, jan./fev. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0045.pdf>. Acesso em 07 nov. 2020.

GUERRA, H. S. *et al.* Avaliação do risco de quedas em idosos da comunidade. **Revista Saúde.com**, v. 13, n. 2, p. 879-886, abr./jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i2.434>. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/462>. Acesso em: 22 nov. 2020.

HENRIQUE, D. B. **Modelo de mapeamento de fluxo de valor para implantação de lean em ambientes hospitalares**: proposta e aplicação. 2014. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. 113 p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18156/tde-17072014-110628/pt-br.php>. Acesso em: 28 set. 2020.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. New York: John Wiley, 1989, 307 p.

HUANG, A. R. *et al.* Medication-related falls in the elderly: causative factors and preventive strategies. **Drugs Aging**, v. 29, n. 5, p. 359-376, 2012. DOI: 10.2165/11599460-000000000-00000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22550966/>. Acesso em: 03 set. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 05 de jan. 2021.

_____. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf. Acesso em: 28 de jun. 2019.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em: 07 jun. 2019.

KECK, M. *et al.* Burn treatment in the elderly. **Burns**, v. 35, n. 8, p. 1071-1079, dez. 2009. DOI: 10.1016/j.burns.2009.03.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19520515/>. Acesso em: 26 jun. 2019.

KIMURA, F. A.; LOURENÇO, H. M. **Guia de emergências traumáticas e clínicas**. 2. ed. Belo Horizonte: Health, 2017. 224 p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 310 p.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. de C. Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 12, p. 177-185, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a22.htm>. Acessado em: 20 fev. 2020.

LENTSCK, M. H. *et al.* Fatores de risco para óbito com trauma internado em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. 1-12, fev. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692020000100311&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 21 nov. 2020.

LIMA, R. S.; CAMPOS, M. L. P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 659-664, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a16.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.

LOMBARDI D. A.; HORREY, W. J.; COURTNEY, T. K. Age-related differences in fatal intersection crashes in the United States. **Accid Anal Prev**, v. 99, p. 20-29, fev. 2017. DOI:10.1016/j.aap.2016.10.030. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27855312>. Acesso em: 02 nov. 2020.

LUIZAGA, C. T. M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 87-99, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2013.v16n1/87-99/pt>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, dez. 2015. Suppl. 2. DOI: 10.1590/1980-5497201500060002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>. Acessado em: 05 nov. 2020.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 17, n. 9, p. 2331 – 2341, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014. Acesso em: 28 set. 2020.

MATEI, R. *et al.* Acceptability of a theory-based sedentary behaviour reduction intervention for older adults ('On Your Feet to Earn Your Seat'). **BMC Public Health**, v. 15, p. 606, jul. 2015. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1921-0>. Acesso em: 17 jun. 2020.

MCELROY, L. M. *et al.* A single urban center experience with adult pedestrians struck by motor vehicles. **Wisconsin Medical Journal**, Madison, v. 112, n. 3, p. 117-122, 2013. Disponível em: https://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/pdf/112/3/117.pdf. Acesso em: 02 nov. 2020.

MELLO, J. M. *et al.* Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório, sensíveis à atenção primária à saúde. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-11, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000100314&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 27 jul. 2020.

MENDES, E. V. As mudanças na atenção à saúde e a gestão da clínica. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasil: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. cap. 4, p. 208.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 10 dez. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; PAULA, D. R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2709-2718, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a10v15n6.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, mai./jun. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26 out. 2020.

MONTENEGRO, S. G. **Modelo de regressão logística ordinal em dados categóricos na área de ergonomia experimental**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Tecnologia, João Pessoa, 2009, 86 p. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5273?locale=pt_BR. Acesso em: 12 ot. 2020.

MORAIS, J. R. *et al.* Análise do trauma em idosos internados por atropelamento. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 3, 2014. DOI: 10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.0803201401. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9702/9768>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MOURA, L. V. C. *et al.* Manejo de idosos com acidente vascular cerebral: estratégias a partir de pesquisa-ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 3230-3238, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-3054.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

MOURÃO, A. M. *et al.* Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credeenciado na linha de cuidados. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 53, n. 4, out./nov./dez. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rbn/article/view/14634>. Acesso em: 18 out. 2020.

NAGAI, D. K. **Diretrizes de integração do SAMU com os componentes APS e UPA na rede de urgência e emergência: pesquisa ação**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, RS, 2017. 109 p. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/49138>. Acesso em: 27 out. 2020.

NASCIMENTO, A. A. S.; CUNHA, B. S. S.; SÁ, S. P. C. Perfil clínico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 08, n. 2, p. 32-39, jul./dez. 2015.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Avaliação de impacto do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/Minas Gerais (Pro-Hosp). **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 1, p. 65-85, 2014. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/35577/avaliacao-de-impacto-do-programa-de-fortalecimento-e-melhoria-da-qualidade-dos-hospitais-do-sus--minas-gerais--pro-hosp-->. Acesso em: 21 dez. 2020.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P. de; SETA, M. H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500030&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 nov. 2020.

OLIVEIRA, B. *et al.* Quem cuidará de nós em 2030? Prospecção e consenso na região metropolitana de São Paulo. **Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 11-34, abr. 2016. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/49469/40710>. Acesso em: 07 maio 2019.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 1-9, jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14. Acesso em: 15 set. 2020.

OLIVEIRA J. L. C. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto-socorro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>. Acesso em: 30 ago. 2020.

OLIVEIRA, J. T. M. *et al.* Atendimento de urgência por causas externas em idosos em um hospital público de Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 21, n. 4, p. 8-16, out./dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/31010>. Acesso em: 26 nov. 2020.

OLIVEIRA, N. R. de C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. 1. ed. São Luiz: UNA-SUS/UFMA, 2016. 54 p.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Doenças do aparelho circulatório no Brasil de acordo com dados do Datasus: um estudo no período de 2013 a 2018. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 832-846, jan./fev. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/6678>. Acesso em: 26 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão. CID-10. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994. cap. XIX-XX, p. 891-1013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Traumatismos y violencia. datos**. Ginebra: Organización Mundial de la salud. 2010. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/es/index.html. Acesso em: 30 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Gestão da velocidade: um manual de segurança viária para gestores e profissionais da área**. Brasília: OPAS, 2012. 177 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43915/4/9789275317099_por.pdf. Acesso em: 01 set. 2019.

PAPA, M. A. F. *et al.* **Perfil de hospitalização e óbito de idosos por queimaduras no Brasil**. **Anais V CIEH** [...] Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/34679>. Acesso em: 09 nov. 2020.

PARK, S. Y. *et al.*, Spatial analysis of the regional variation of hypertensive disease mortality and its socio-economic correlates in South Korea. **Geospatial Health**, v. 11, n. 420, p.182-189, fev. 2016. Disponível em: <https://www.geospatialhealth.net/index.php/gh/article/view/420>. Acesso em: 12 dez. 2020.

PEREIRA, C. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00208815.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2019.

PEREIRA, G. N. *et al.* Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3507-3514, dez. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 dez. 2020.

PHELAN, E. A. *et al.* Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings. **The Medical Clinics of North America**, v. 99, n. 2, p. 281–293. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25700584/>. Acesso em: 21 nov. 2020.

PHELAN, E. A. *et al.* Adoption of Evidence-Based Fall Prevention Practices in Primary Care for Older Adults with a History of Falls. **Front Public Health**, v. 4, p. 190, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27660753/>. Acesso em: 23 set. 2020.

PINHEIRO, R. H. O.; LENHANI, B. E.; MARTINS, E. V. Prevalência de fatores de risco relacionados ao infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos: uma revisão integrativa. **Revista Uningá Review**, v. 30, n. 3, p. 83-88, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2023>. Acesso em: 22 nov. 2020.

PINHO, T. A. M. *et al.* Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 320-327, abr. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200008. Acesso em: 01 set. 2020.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS). **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê de Trauma, 7. ed., 2011. 709 p.

_____. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê de Trauma, 9. ed, 2020. 729 p. QUEIROZ, S. M. B. *et al.* Condições clínicas de idosos vítimas de trauma musculoesquelético. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 530-537, jul./set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.28482>. Disponível em: Acesso em: 26 nov. 2020.

RENFRO, M. O.; FEHRER, S.; Multifactorial Screening for Fall Risk in Community-Dwelling Older Adults in the Primary Care Office: Development of the Fall Risk Assessment & Screening Tool. **J Geriatric Phys Ther.**, v. 34, n. 4, p. 174–183, out./dez. 2011. DOI: 10.1519/JPT.0b013e31820e4855. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22124417/>. Acesso em: 19 nov. 2020.

RESENDE, M. A. **Representações sociais de gestores e trabalhadores sobre a rede de atenção às urgências**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018. 106 p. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/6871>. Acesso em: 17 dez. 2020.

RIBEIRO, R. M. *et al.* Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto atendimento de um hospital de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 533-538, jul./set. 2014. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/944>. Acesso em: 22 dez. 2020.

ROCHA, F. S.; GARDENGHI, G.; OLIVEIRA, P. C. Profile of older people submitted to comprehensive geriatric assessment in a rehabilitation service. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p.170-178, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1567/pdf>. Acesso em: 03 maio 2019.

ROCHA, P. Redesenho de gerenciamento de processos. *In*: **Revista dois pontos, teoria e prática em gestão educacional de janeiro de 2000**. Disponível em: <http://www.sincronismoorganizacional.com.br>. Acesso em: 11 jan. 2021.

ROCHA, P.; ALBUQUERQUE, A. **Sincronismo organizacional**: como alinhar a estratégia, os processos e as pessoas. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2006. 176 p.

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, nº 6, p. 1400-1405, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/17.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2020.

RODRIGUES, M. R. *et al.* Perception of people with chronic diseases about hospitalization. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2368-2374, jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/2>. Acesso em: 03 maio 2019.

SANTOS, A. M. R. dos. **Trauma por acidente de trânsito no idoso**: fatores de risco e consequências. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2013. 151 p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21052014-162200/publico/AnaMariaRibeirodosSantos.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020.

SANTOS, A. M. R. dos; RODRIGUES, R. A. P.; DINIZ, M. A. Trauma por acidente de trânsito no idoso: fatores de risco e consequências. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, jun. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200310&lng=en&tlng=en. Acesso em: 17 ago. 2020.

SANTOS, A. P; FREITAS, P.; MARTINS, H. M. G. Manchester Triage System version II and resource utilization in the emergency department. **Emerg Med J**, v. 31, n. 2, p. 148-52, fev. 2014. DOI: 10.1136/emmermed-2012-201782. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23345313/>. Acesso em: 27 ago. 2020.

SANTOS, H. S. dos S. *et al.* Indicação de internação e sua relação com mortalidade do paciente muito idoso em UTI. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 140-145, 2016.

SCHOSSLER, D.; LOHMANN, P. M.; PISSAIA, L. F. Perfil epidemiológico de pacientes politraumatizados atendidos e uma unidade de terapia intensiva adulto no interior do Rio Grande do Sul. **Destques Acadêmicos**, Lajeado, v. 12, n. 3, p. 172-181, 2020. Disponível em: <http://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/2641>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SCHWARZ, E. *et al.* Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 108-116, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf>. Acesso em: 10 dez 2020.

SERRA, M. C. V, *et al.* Perfil epidemiológico de idosos vítimas de queimaduras do Centro de Tratamento de Queimados Dr. Oscar Plaisant do Hospital Federal do Andaraí - Rio de Janeiro-RJ. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 13, n. 2, p. 90-94. 2015.

SIQUEIRA, A. S. E; SIQUEIRA-FILHO, A. G; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 109, n. 1, p. 39-46, jun. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2017000700039&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2020.

SILVA, A. D. Co. *et al.* Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o sistema de triagem de Manchester. **Revista Mineira Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 02-08, 2019. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190026>. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1321>. Acesso em: 12 ago. 2020.

SILVA, C. G. **Análise comparativa dos sistemas de saúde nas Américas.** Trabalho de conclusão de curso (Curso Gestão de Políticas Públicas) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. 40 p. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/flamori/images/TCC_Cinthia_2012.pdf. Acesso em: 21 set. 2019.

SILVA, D. R. *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 39, n. 2, p. 164-172, 2013. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2013>. Acesso em: 25 de jun. 2019.

SILVA, H. C.; PESSOA, R. L.; MENEZES, R. M. P. de. Trauma em idosos: acesso ao sistema de saúde pelo atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016. DOI: DOI: 10.1590/1518-8345.0959.2690. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02690.pdf. Acesso em: 27 set. 2020.

SILVA, J. A. C. de; SOUZA, L. E. Al. de; GANASSOLI, C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 146-149, jul./set. 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm_153_146-149.pdf. Acesso em: 03 mai. 2019.

SILVA, J. A. C. *et al.* Perfil de acometimento cutâneo de idosos atendidos em um centro de tratamento de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 3, p. 131 – 136, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/307/pt-BR/perfil-de-acometimento-cutaneo-de-idosos-atendidos-em-um-centro-de-tratamento-de-queimados>. Acesso em: 12 ago. 2020.

SILVA, J. D.; CORTEZ, L. E. R. Principais causas externas dos idosos atendidos nas unidades de urgência e emergência. **Revista Uningá Review**, São Paulo, v 23, n. 3, p. 38-43, jul./set. 2015. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1655/1267>. Acesso: 03 mai. 2019.

SILVA, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A.; CALDEIRA, A. P. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 779-786, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400018>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400018&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 17 ago. 2020.

SILVA, R. V. *et al.* Fatores de risco e métodos de prevenção de queimaduras em idosos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 30, n. 3, p. 461-467, 2015. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2015RBCP0179>. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/1662/pt-BR/fatores-de-risco-e-metodos-de-prevencao-de-queimaduras-em-idosos>. Acesso em: 21 ago. 2020.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (SINITOX). **Dados de Intoxicação**. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 11 jun. 2019.

SMITH, A. Z. *et al.* Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100318&lng=pt&nrm=i&lng=pt. Acesso em: 17 jun. 2020.

SOARES, G. P. *et al.* Evolução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório e do produto interno bruto per capita nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 2, p.123-132, ago. 2018. DOI: 10.5935/2359-4802.20180003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2359-56472018000200123&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 ago. 2020.

SOUZA, C. S. *et al.* Análise das taxas de internação e de mortalidade por agressão em pacientes com mais de 60 anos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 2, p. 89-93, ago. 2018. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/338>. Acesso em: 14 ago. 2020.

SOUZA, J. L. D. de S. *et al.* Internação e procedimento cirúrgicos de urgência de doenças do sistema circulatório no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 11691-11700, set./out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-027>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16127>. Acesso em: 21 ago. 2020.

STEVENS, J. A.; PHELAN, J. Development of STEADI: a fall prevention resource for health care providers. **Health Promot Pract.**, v. 14, n. 5, p. 706-714, set. 2013. DOI: 10.1177/1524839912463576. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23159993/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

TEIXEIRA, J. M; BASTOS, G. C. F. C; SOUZA, A. C. L. Perfil de internação de idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 1, p. 15-20, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/245>. Acesso em: 11 nov. 2020.

TIENSOLI, S. D. *et al.* Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000100426&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 ago. 2020.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 705-715, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300003>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 set. 2020.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998. 296 p.

VIEIRA, C. A. S.; MAFRA, A. A.; ANDRADE, J. M. O. **Protocolo Clínico sobre Trauma**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

VIEIRA, E. R.; PALMER, R. C.; CHAVES, P. H. M. Prevention of falls in older people living in the community. **British Medical Journal**, v. 153, n. 1419, abr. 2016. DOI: 10.1136/bmj.i1419. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27125497/>. Acesso em: 28 nov. 2020.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02.pdf>. Acesso em: 12 dez 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo**: uma Política de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. **World report on violence and health**. Geneva, 2002. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/fullen.pdf. Acesso em: 09 mar. 2020.

YEO, Y. Y. *et al.* A review of elderly injuries seen in a Singapore emergency department. **Singapore Medical Journal**, Singapore, v. 50, n. 3, p. 278-283, 2009. Disponível em: <http://smj.sma.org.sg/5003/5003a6.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.

ZIRLEY, L. M.; LIMA, C. T.; ULHÔA, M. L. Análise das auditorias do Protocolo Manchester de Classificação de Risco. **Enfermagem Brasil**, n. 12, v. 3. p. 151-159, 2013. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v12i3.3746>. Disponível em: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3746>. Acesso em: 12 set. 2020.

ZITO, G. A. *et al.* Street crossing behavior in younger and older pedestrians: an eye- and head-tracking study. **BMC Geriatrics**, v. 15, n. 176, dez. 2015. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-015-0175-0>. DOI: 10.1186/s12877-015-0175-0. Acesso em: 24 nov. 2020.

APÊNDICE A – RELATÓRIO TÉCNICO

Cristiano Inácio Martins

RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO DA PESQUISA FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS AO ÓBITO DE PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS EM UM PRONTO-SOCORRO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Relatório técnico-científico apresentado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Karla Rona da Silva

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mirela Castro Santos Camargos

BELO HORIZONTE
2021

RESUMO

O envelhecimento populacional acarreta mudanças significativas na sociedade, sendo que diversos fatores interferem diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa e em sua busca pelo acesso aos serviços de saúde. Este estudo objetivou descrever os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito de pacientes idosos atendido em um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa. A base para obtenção dos dados foi o prontuário eletrônico disponível no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar do serviço. As variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade, procedência, queixas sintomáticas, tipo de risco, CID primário, desfecho (alta, transferência, evasão e óbito), período de permanência na unidade. Os dados foram armazenados em planilha do programa Excel 2010® e submetidos à análise descritiva pelo *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19. Este estudo é um recorte do projeto “*Internações Hospitalares de Idosos: um estudo na rede FHEMIG*”, aprovado pelos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa sob o nº do CAAE 98627418.0.0000.5149. Foram 11.306 idosos atendidos no período entre 2015 a 2019, com maior prevalência de atendimentos no ano de 2019 (21,32%), ocorreu predomínio do sexo masculino (52,79%), a maior parte dos idosos tinha entre 60 e 64 anos (25,49%), casados, com união estável ou amigados (43,85%), residia no município de Belo Horizonte (63,94%). Houve predomínio da cor laranja (23,72%) na classificação de risco, 44,49% deram entrada por motivo de queda, 25,03% por motivos clínicos e 10,30% por atropelamento. Na análise do CID primário, o Capítulo XIX (S00-T98) lesões, envenenamento e algumas outras causas externas foi o mais prevalente (63,94%), seguido do Capítulo IX (I00- I99) doenças do aparelho circulatório (12,21%). Dos idosos atendidos, 56,19% receberam alta, 30,70% foram transferidos e 11,91% foram a óbito. O tempo médio de permanência foi de 11,6 dias (DP ± 24,5 dias). Quanto às características associadas ao desfecho óbito, o sexo feminino tem 29,3% menos chance que o sexo masculino, 80 anos ou mais tem 2,3 vezes mais chance, quem reside em Belo Horizonte tem 27,6% menos chance, classificação de risco vermelho tem 24,0% mais chances, entrada por motivo de queimadura tem 4,2 vezes mais chance, a cada aumento de um dia no tempo de permanência, aumenta a chance de óbito em 1,0 vez. A pesquisa tem o potencial de contribuir com a ampliação do conhecimento acadêmico sobre o tema e instigar reflexões sobre possíveis intervenções. Do ponto de vista organizacional, espera-se que os dados coletados forneçam insumos para o planejamento de ações necessárias a gestão e organização da atenção à saúde, de forma a desenvolver competências necessárias para o alcance dos resultados almejados, que contribuam para o fortalecimento de uma assistência de qualidade, segura e transparente. Para a sociedade a contribuição potencial será a de prover os profissionais de saúde de informações que permitam melhor subsidiar sua prática laboral, culminando em um melhor atendimento à população. Como produtos desta pesquisa foram elaborados: um relatório técnico a ser entregue a diretoria da instituição investigada: elaboração e apresentação em eventos científicos de materiais informativos abordando a temática - cuidados com os idosos no trânsito.

Palavras-chave: Idosos fragilizados. Queda. Acidente de trânsito. Pronto-socorro. Doença crônica. Agudização.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i>
SIGH	Sistema Integrado de Gestão Hospitalar
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	05
2 OBJETIVOS.....	07
2.1 OBJETIVO GERAL.....	07
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	07
3 METODOLOGIA	07
4. RESULTADOS.....	10
5 DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	14
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O envelhecer traz mudanças significativas em cada pessoa e em muitos casos define em que condições ocorrerá o autocuidado. Fatores sociais, psicológicos, econômicos e outras variáveis de qualidade de vida vivenciadas pelo idoso determinam a maneira como ocorrerá a busca pelo serviço de saúde (SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017).

Para os serviços de saúde, as condições que as pessoas envelhecem têm impacto direto na busca pelo acesso e, hoje, muitos daqueles que ultrapassam a barreira dos 60 anos tiveram ao longo de suas vidas hábitos indesejáveis como a má alimentação, o sedentarismo, o tabagismo e o uso excessivo de bebidas alcoólicas. Esses fatores afetam diretamente o perfil de morbidade da população idosa, prevalecendo então às doenças crônicas não transmissíveis e o agravamento de patologias típicas da velhice (ROCHA; GARDENGHI; OLIVEIRA et al., 2017).

Dessa forma, quando procuradas por idosos, as instituições de saúde devem buscar aperfeiçoar as oportunidades de saúde com segurança, respaldado por ações governamentais que legitime toda essa assistência. Considerando que a procura em sua maioria ocorre no sistema público de saúde, demandando ao Estado a criação de uma política pública específica para a população idosa (PEREIRA; LACERDA; NATAL, 2017).

O Estado de Minas Gerais, localizado no sudeste brasileiro, corresponde a 7,0% do território nacional, possui projeção populacional estimada pelo DATASUS, em 2019, de 21.346.492 habitantes, sendo 3.189.266 idosos com 60 anos ou mais (IBGE, 2020). O principal impacto negativo do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, que são as principais causas de mortalidade e incapacidade em todo o mundo, o que aumenta o risco para internação hospitalar (SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017; BORDIN et al., 2018).

Outro agravo que tem crescido na população idosa são as causas externas, caracterizadas por acidentes e violências, que devem ser objeto de preocupação entre os profissionais da saúde. O aumento das causas externas no Brasil tem repercutido na organização do sistema de saúde, em decorrência da elevação dos gastos com internações, tratamentos e superlotação dos serviços de urgência (SILVA; CORTEZ, 2015).

As causas externas são um conjunto de eventos assim denominados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e correspondem às causas de morbidades decorrentes de acidentes e de violências, dentre essas, os acidentes de trânsito, quedas, homicídios, suicídios, afogamentos e intoxicações (FREITAS et al., 2015). Essas são consideradas importantes determinantes de morbimortalidade em idosos, representadas basicamente pelas violências, quedas e acidentes de trânsito, que correspondem a sexta causa de morte entre os idosos, perdendo para doenças respiratórias, endócrinas, digestivas, infecciosas e os cânceres (SILVA; CORTEZ, 2015).

O trauma no idoso representa uma dimensão diferente com desafios ímpares quando comparado ao trauma em pacientes mais jovens. Alguns dos primeiros dados a respeito do efeito da idade sobre o prognóstico vieram do *Major Trauma Outcome Study* realizado pela *American College of Surgeons Committee on Trauma*. Os dados de mais de 3.800 idosos com mais de 65 anos de idade vítimas de traumas foram comparados com quase 43 mil pacientes vítimas de traumas com menos de 65 anos de idade, a mortalidade aumentou entre 45 e 55 anos de idade e duplicou em torno dos 75 anos de idade (PHTLS, 2011).

As peculiaridades que o idoso possui, tais como grau de fragilidade, chances de infecções e sangramentos, instabilidades hemodinâmicas, maior sensação de dor e presença de comorbidades, comumente exigem cuidados específicos e mais intensivos, gerando novas demandas nos cuidados de saúde. Isso contribui para o aumento dos gastos dos serviços de assistência, das internações hospitalares, institucionalizações, morbidade e mortalidade, o que resulta em ônus social e econômico (SILVA; PESSOA; MENEZES, 2016).

Nesse cenário, o conhecimento dos fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito no idoso atendido em uma unidade de pronto-socorro, tornam-se de grande importância. Poderá ampliar a percepção da necessidade de uma gestão dos recursos que fundamente avaliações de políticas administrativas e econômicas em saúde com foco nesta população (SILVA et al., 2019).

Essa abordagem é fundamental para direcionar os gestores para tomada de decisão e desenvolvimento de estratégias de planejamento, diagnóstico das condições pelas quais os idosos de um determinado local ou em uma determinada unidade hospitalar, buscam o acesso ao serviço. Ressalta-se que a procura pelo serviço de urgência por pessoas com mais de 60 anos acarreta um custo mais elevado

para o sistema de saúde por demandar, em geral, várias internações (SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017; RODRIGUES et al., 2017).

Assim, os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito do paciente idoso atendido em um pronto-socorro referência para politraumatizado pode ser entendido como importante ferramenta estratégica para a gestão, fortalecendo o planejamento e o processo de trabalho. A população idosa apresenta características particulares que refletem em maior tempo de hospitalização e chances aumentadas de reinternação, contribuindo para a superlotação dos prontos-socorros e aumento dos custos em saúde.

Nessa perspectiva, a pergunta que norteou esta investigação científica foi: quais os fatores sociodemográficos e clínicos que estão associados ao óbito do paciente idoso atendido em um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Descrever os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao óbito de paciente idoso atendido em um pronto-socorro referência para politraumatizado do Estado de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os motivos de atendimento dos idosos no pronto-socorro e a classificação de risco.
- Apresentar o diagnóstico primário mais prevalente nos atendimentos dos idosos.
- Apontar os desfechos dos atendimentos (alta, transferências, evasão e óbito).
- Relatar a procedência de idosos para atendimentos no pronto-socorro.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa, realizado a partir dos dados de atendimento de um pronto-socorro de referência para politraumatismo do Estado de Minas Gerais.

O estudo transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico, de cunho observacional, que analisa dados coletados ao longo de um determinado período. Constitui-se uma ferramenta útil para descrever características de uma população: identificação de grupo de risco e suporte na ação e planejamento em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2007).

A unidade geradora dos dados deste estudo está constituída como centro especializado na atenção as urgências e emergências. Como serviço de pronto-socorro funciona ininterruptamente com capacidade operacional de 295 leitos, podendo em situações excepcionais ou de extrema necessidade, incorporar mais 64 leitos emergenciais.

O serviço está habilitado para atender as altas complexidades, sendo referência para todas as regiões do Estado de Minas Gerais. Possui atendimento de trauma-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, terapia nutricional, além de ser centro de referência para tratamento de queimados. Ademais, é referência do grande trauma, presta assistência médica permanente nas seguintes especialidades: anestesiologia, cirurgia plástica, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia torácica, neurocirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia, patologia clínica, imagenologia, clínica médica, pediatria, oftalmologia, toxicologia clínica e cirurgia buco-maxilo-facial (FHEMIG, 2018).

A coleta de dados foi realizada em fonte secundária, ou seja, foram utilizadas as informações contidas no prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional.

Foram incluídas na pesquisa informações da base de dados de atendimentos, sendo selecionados na amostra os idosos, isto é, os pacientes com idade igual e superior a 60 anos, atendidos no período de 2015 a 2019. A escolha do recorte temporal justifica-se pela representatividade epidemiológica do período de 05 anos.

As variáveis investigadas foram: idade, sexo, estado civil, procedência, tipo de risco, CID primário, desfecho (alta, transferência, evasão e óbito) e período de permanência na unidade.

Os dados foram armazenados em planilha do programa *Excel 2010*®, codificados, sendo elaborado um dicionário de dados, os quais foram transcritos utilizando-se planilhas do aplicativo *Microsoft Excel*. Após revisão e correção de erros, esses dados foram exportados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19.

A regressão logística simples e multivariada verificou a associação entre o variável dependente motivo de saída (óbito) e as demais variáveis independentes (sexo, faixa etária, município, estado civil, CID primário, classificação de Manchester, motivo de entrada e dias de permanência), em que se calculou o *Odds ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

Para análise do CID primário, realizaram-se agrupamentos por capítulos da Classificação Internacional de Doenças, em sua décima revisão, (CID-10) de acordo a ocorrência dos CID primário nos atendimentos.

As causas externas são padronizadas na CID-10 em dois capítulos: Capítulo XIX, denominado lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, com a codificação que varia de S00 a T98 para os diferentes tipos de traumatismos e suas complicações e sequelas, queimaduras, intoxicações e ferimentos; e o Capítulo XX, denominado causas externas de morbidade e de mortalidade, com a codificação entre V01 e Y98. Já o Capítulo IX trata das doenças referidas como doenças do aparelho circulatório codificadas de I00 a I99 (OMS, 1994).

Outros capítulos da CID-10 também foram encontrados dentre as internações dos idosos que comporam a amostra do estudo: J00 a J99 doenças do aparelho respiratório, M00 a M99 doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, G00 a G99 doenças do sistema nervoso, C00 a D48 neoplasias, E00 a E90 doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, demais capítulos da CID-10 foram agrupados em outros capítulos.

O estudo é um recorte do projeto *Internações Hospitalares de Idosos: um estudo na rede FHEMIG*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da FHEMIG sob o n.º do CAAE 98627418.0.0000.5149.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos na unidade de pronto-socorro

A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico dos 11.306 idosos atendidos na unidade de pronto-socorro, somando os anos de 2015 a 2019. O levantamento revelou que houve maior prevalência de atendimentos no ano de 2019 (21,32%). Ocorreu predomínio do sexo masculino (52,79%), a faixa etária mais prevalente foi a de 60 a

64 anos (25,49%), sendo a maioria dos idosos casados, com união estável ou amigados (43,85%), residentes no Município de Belo Horizonte, 63,94%.

TABELA 1: Perfil sociodemográfico de idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015-2019.

		n	%
Ano	2015	2116	18,72
	2016	2323	20,55
	2017	2262	20,01
	2018	2194	19,41
	2019	2411	21,32
Sexo	Masculino	5968	52,79
	Feminino	5338	47,21
Faixa etária anos	60 a 64	2882	25,49
	65 a 69	2322	20,54
	70 a 74	1765	15,61
	75 a 79	1599	14,14
	80 a 84	1231	10,89
	85 a 89	947	8,38
	90 a 94	382	3,38
	95 a 99	152	1,34
	100 anos ou mais	26	0,23
Estado civil	Solteiro (a)	1744	15,43
	Viúvo (a)	1305	11,54
	Casado (a)/união estável/amigado	4958	43,85
	Divorciado (a)/separado (a)	624	5,52
	Não informado	2675	23,66
Município	Belo Horizonte	7229	63,94
	Outros	4024	35,59
	Não informado	53	0,47

Fonte: Elaboração própria de acordo com os dados do prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional

A Tabela 2 mostra o perfil clínico dos 11.306 idosos atendidos na unidade de pronto-socorro, permitindo constatar a prevalência da cor laranja com 23,72% na classificação de risco segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco. Do total de idosos atendidos, 44,49% deram entrada por motivo de queda, 25,03% por motivos clínicos e 10,30% por atropelamento.

TABELA 2: Perfil clínico de idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015-2019.

		n	%
Classificação de Manchester	Azul	190	1,68
	Verde	810	7,16
	Amarelo	1553	13,74
	Laranja	2682	23,72
	Vermelho	290	2,57
	Não informado	5781	51,13
Motivo de entrada	Retorno	822	7,27
	Acidente	784	6,93
	Queda	5030	44,49
	Agressão	193	1,71
	Intoxicação	149	1,32
	Motivo clínico	2830	25,03
	Auto agressão	86	0,76
	Queimadura	187	1,65
	Atropelamento	1165	10,30
	Corpo estranho	60	0,53
CID primário	Neoplasias	139	1,23
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	128	1,13
	Doenças do sistema nervoso	205	1,81
	Doenças do sistema circulatório	1381	12,21
	Doenças do aparelho respiratório	402	3,56
	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	267	2,36
	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	7229	63,94
	Outras	1240	10,97
	Não informado	315	2,79
Desfecho	Alta hospitalar	6353	56,19
	Transferência	3471	30,70
	Óbito	1346	11,91
	Evasão	38	0,34
	Não informado	98	0,87
	Mínimo - Máximo	Mediana	Média (DP±)
Dias de permanência	0,0 - 571,0	4,0	11,6 (± 24,5)

Fonte: Elaboração própria de acordo com os dados do prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional

A Tabela 3 mostra a Classificação de Manchester dos idosos atendidos no pronto-socorro. Observou-se uma porcentagem significativa dos atendimentos (51,13%) sem informação da classificação de risco, 2015 e 2016 não houve registros.

TABELA 3: Classificação de Manchester de idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015-2019.

	Ano										
		2015		2016		2017		2018		2019	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Classificação de Manchester	Azul	0	0,00	0	0,00	85	3,76	69	3,14	36	1,49
	Verde	0	0,00	0	0,00	233	10,30	306	13,95	271	11,24
	Amarelo	0	0,00	1	0,04	382	16,89	523	23,84	647	26,84
	Laranja	0	0,00	0	0,00	837	37,00	917	41,80	928	38,49
	Vermelho	0	0,00	0	0,00	82	3,63	100	4,56	108	4,48
	Não informado	2116	100,00	2322	99,96	643	28,43	279	12,72	421	17,46

Fonte: Elaboração própria de acordo com os dados do prontuário eletrônico disponível no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) institucional

Na análise do Código Internacional de Doença – CID-10, o Capítulo XIX (S00-T98) lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas foi o mais prevalente (63,94%), seguido do Capítulo IX (I00-I99) doenças do aparelho circulatório (12,21%). Desses, 56,19% receberam alta, 30,70% foram transferidos para outro hospital e 11,91% evoluíram para óbito. O tempo médio permanência foi de 11,6 dias (DP \pm 24,5 dias).

4.2 O desfecho óbito no atendimento dos idosos

A Tabela 4 mostra as análises de regressão logística univariada e as associações com o desfecho óbito. Houve associação significativa do óbito com o sexo masculino e feminino, com a idade de 60 a 79 anos e 80 anos e mais. O município de procedência, a Classificação de Risco de Manchester, motivos de entrada e o tempo de permanência no serviço também demonstraram associação significativa. O estado civil e o CID primário não apresentaram associação significativa com o óbito.

A Tabela 5 refere-se à análise de regressão logística multivariada. As associações significativas referem-se a: idoso do sexo feminino tem 29,3% menos chances de apresentar desfecho óbito do que aquele do sexo masculino. Em relação à faixa etária, um idoso com 80 anos ou mais tem 2,3 vezes mais chances de apresentar desfecho óbito do que aquele de 60 a 79 anos. Considerando o município de procedência, quem reside em Belo Horizonte tem 27,6% menos chances de desfecho óbito do que quem mora em outros municípios. Em relação à Classificação de Risco de Manchester, o idoso que teve a classificação de Manchester laranja tem

2,8 vezes mais chances de desfecho óbito do que aquele classificado como azul. Já quem foi classificado como vermelho tem essas chances aumentadas em 24,0 vezes. No que se refere ao motivo de entrada, o paciente que entrou por motivo de queimadura tem 4,2 vezes mais chances de óbito do que aquele que deu entrada por acidente. Já quem deu entrada por retorno tem essas chances aumentadas em 2,6 vezes. Na análise do tempo de permanência, verificou-se que a cada aumento de 1 dia no dia de permanência, aumenta-se a chance de óbito em 1,0 vez.

TABELA 4: Análise de regressão logística univariada de fatores associados ao óbito em idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015-2019.

Variável dependente - Motivo de saída (Óbito)		DESFECHO				Valor p*	OR	Intervalo de confiança de 95 para OR	
		Alta hospitalar/transferência/evasão		Óbito				Limite inferior	Limite superior
		n	%	n	%				
Sexo	Masculino	5091	51,62	821	61,00	-	1	-	-
	Feminino	4771	48,38	525	39,00	< 0,001	0,682	0,607	0,767
Faixa etária	60 a 79 anos	7627	77,34	866	64,34	-	1	-	-
	80 anos ou mais	2235	22,66	480	35,66	< 0,001	1,891	1,676	2,135
Município	Outros	3375	34,35	612	45,98	-	1	-	-
	Belo Horizonte	6451	65,65	719	54,02	< 0,001	0,615	0,548	0,690
Estado civil	Solteiro (a)	1552	20,26	183	20,31	-	1	-	-
	Viúvo (a)	1138	14,86	154	17,09	0,236	1,148	0,914	1,441
	Casado (a)/união estável/amigado	4411	57,58	506	56,16	0,763	0,973	0,814	1,163
	Divorciado (a)/separado (a)	559	7,30	58	6,44	0,420	0,880	0,645	1,201
CID primário	Neoplasias	121	1,26	18	1,38	-	1	-	-
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	104	1,08	24	1,84	0,196	1,551	0,798	3,016
	Doenças do sistema nervoso	179	1,87	24	1,84	0,755	0,901	0,469	1,732
	Doenças do sistema circulatório	1206	12,58	155	11,86	0,583	0,864	0,512	1,457
	Doenças do aparelho respiratório	333	3,47	58	4,44	0,586	1,171	0,663	2,067
	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	235	2,45	31	2,37	0,704	0,887	0,477	1,650
	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	6320	65,93	857	65,57	0,717	0,912	0,553	1,503
	Outras	1088	11,35	140	10,71	0,589	0,865	0,511	1,463
Classificação de Manchester	Azul	178	1,80	12	0,89	-	1	-	-
	Verde	782	7,93	25	1,86	0,039	0,474	0,234	0,962
	Amarelo	1468	14,89	64	4,75	0,179	0,647	0,342	1,221
	Laranja	2292	23,24	344	25,56	0,008	2,226	1,227	4,038
	Vermelho	121	1,23	158	11,74	< 0,001	19,36 ₉	10,309	36,393
Motivo de entrada	Acidente	740	7,50	40	2,97	-	1	-	-
	Queda	4426	44,88	558	41,46	< 0,001	2,332	1,677	3,245
	Agressão	167	1,69	25	1,86	< 0,001	2,769	1,635	4,692
	Intoxicação	134	1,36	15	1,11	0,022	2,071	1,113	3,855
	Motivo clínico	2420	24,54	387	28,75	< 0,001	2,958	2,115	4,139
	Autoagressão	65	0,66	21	1,56	< 0,001	5,977	3,327	10,738
	Queimadura	128	1,30	56	4,16	< 0,001	8,094	5,176	12,656
	Atropelamento	982	9,96	167	12,41	< 0,001	3,146	2,199	4,500
	Corpo estranho	59	0,60	1	0,07	0,256	0,314	0,042	2,321
	Retorno	741	7,51	76	5,65	0,002	1,897	1,277	2,820
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão				
Dias de permanência		10,0	19,5	23,6	45,4	< 0,001	1,015	1,013	1,017

(*) Regressão logística simples; OR - *Odds Ratio*; (1) Categoria de referência; significativo se $p < 0,05$

TABELA 5: Análise de regressão logística multivariada de fatores associados ao óbito em idosos atendidos em unidade de pronto-socorro de Minas Gerais de 2015-2019.

Variável dependente - Motivo de saída (Óbito)		DESFECHO				Valor p*	OR	Intervalo de confiança de 95 para OR	
		Alta hospitalar/transferência/evasão		Óbito				Limite inferior	Limite superior
		N	%	n	%				
Sexo	Masculino	5091	51,62	821	61,00	-	1	-	-
	Feminino	4771	48,38	525	39,00	0,001	0,707	0,581	0,860
Faixa etária	60 a 79 anos	7627	77,34	866	64,34	-	1	-	-
	80 anos ou mais	2235	22,66	480	35,66	< 0,001	2,281	1,857	2,803
Município	Outros	3375	34,35	612	45,98	-	1	-	-
	Belo Horizonte	6451	65,65	719	54,02	< 0,001	0,724	0,596	0,881
Classificação de Manchester	Azul	178	1,80	12	0,89	-	1	-	-
	Verde	782	7,93	25	1,86	0,150	0,585	0,282	1,215
	Amarelo	1468	14,89	64	4,75	0,538	0,809	0,413	1,586
	Laranja	2292	23,24	344	25,56	0,001	2,841	1,496	5,394
	Vermelho	121	1,23	158	11,74	< 0,001	23,927	12,124	47,221
Motivo de entrada	Acidente	740	7,50	40	2,97	-	1	-	-
	Queda	4426	44,88	558	41,46	0,168	1,407	0,866	2,285
	Agressão	167	1,69	25	1,86	0,484	0,719	0,285	1,811
	Intoxicação	134	1,36	15	1,11	0,411	0,639	0,220	1,858
	Motivo clínico	2420	24,54	387	28,75	0,115	1,494	0,907	2,460
	Autoagressão	65	0,66	21	1,56	0,358	1,515	0,625	3,676
	Queimadura	128	1,30	56	4,16	< 0,001	4,206	2,055	8,609
	Atropelamento	982	9,96	167	12,41	0,865	0,953	0,545	1,665
	Corpo estranho	59	0,60	1	0,07	0,703	0,654	0,074	5,798
	Retorno	741	7,51	76	5,65	0,002	2,628	1,416	4,878
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão				
Dias de permanência		10,0	19,5	23,6	45,4	< 0,001	1,009	1,006	1,012

(*) Regressão logística múltipla; OR - *Odds Ratio*; (1) Categoria de referência; significativo se $p < 0,050$

5 DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Compuseram a amostra 11.306 idosos, houve maior prevalência de internações no ano de 2019 (21,32%), seguido dos anos de 2016 (20,55%) e 2017 (20,01%). A população do estudo em sua maioria corresponde a vítimas de causas externas e a indivíduos com agudização das doenças crônicas não transmissíveis, além de outras causas agudas.

Ao analisar a distribuição segundo o sexo, a maioria (52,79%) dos pacientes foi do sexo masculino. Todavia, é possível constatar a vulnerabilidade do homem idoso ao maior risco de internação hospitalar, seja por consequência de causa externa ou por agudização de doenças crônicas não transmissíveis.

Em relação à faixa etária, os dados investigados revelam maior prevalência na faixa etária entre 60 a 64 anos (25,49%), e 65 a 69 anos (20,54%). Possivelmente, esse resultado pode ser justificado pelo fato de os idosos mais jovens ainda apresentarem um perfil de independência e autonomia, possibilitando vida ativa,

prática de atividade física, convivência social e trabalho, gerando uma exposição maior ao trauma (COSTA; FORTES, 2018).

Acerca do estado civil, observou-se uma estabilidade nas relações afetivas dos idosos atendidos, 43,85% da amostra analisada ou são casados, com união estável ou são amigados.

Os dados evidenciam que 64% dos idosos atendidos foram do Município de Belo Horizonte, apesar de se tratar de um serviço de saúde habilitado para atender as altas complexidades na atenção às urgências, referência em politraumatismo para todas as regiões do estado. Possivelmente, isso se deve ao fato desse serviço de saúde estar localizado na Cidade de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, com uma população estimada em 2.521.564 pessoas (IBGE, 2020). Nessa lógica, a oferta de serviços de saúde no Estado de Minas Gerais está ocorrendo com base no Plano Diretor de Regionalização da Saúde, ferramenta que atribui a cada região de saúde sua parcela de responsabilidade na assistência de acordo com os princípios da economia de escala e escopo para que se amplie a acessibilidade ao tratamento demandado.

A cor laranja foi a classificação de Manchester com maior prevalência, 23,72%, seguido da cor amarelo com 13,74%. Observou-se uma porcentagem significativa dos atendimentos (51,13%) sem informação da classificação de risco.

Assim, é possível afirmar a fragilidade no registro de informações das classificações de risco ou ausência propriamente dita da classificação para 51,13% dos idosos atendidos no período estudado. Para que o Protocolo de Manchester funcione é imprescindível que haja normas que garantam e definam o processo de trabalho, seja do ponto de vista tecnológico, estrutural ou humano.

É fundamental o entendimento de que a ausência da classificação de risco dos pacientes constitui um obstáculo ao bom funcionamento do serviço de urgência. A existência de um sistema de classificação de risco estruturado é indicador básico de qualidade da assistência.

Assim, dados fidedignos das classificações de risco são capazes de fornecer informações além do seu objetivo inicial de determinar prioridade clínica. Nesse contexto, o protocolo de classificação de risco é uma potencial ferramenta de gestão, pois identifica prioridades clínica na porta de entrada do serviço, possibilita a comunicação, proporciona a análise do percurso do doente no serviço de forma a

definir fluxo interno, contribui para descrição do perfil de usuários do serviço, identifica o risco para internação em enfermarias e na unidade de cuidados intensivos.

Isso posto, fica evidente a necessidade de implementar ações para capacitação e sensibilização da equipe responsável pela realização e registro da classificação de risco no serviço investigado. Algumas estratégias podem ser instituídas, dentre elas, a implantação da auditoria interna do serviço de classificação de risco. Entende-se que é possível utilizar os resultados das auditorias para melhoria da gestão dos serviços de saúde e a garantia da efetividade das ações.

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015), a auditoria interna do Sistema de Manchester é mandatória para o processo de qualidade e segurança e pode ser definida como análise sistemática e independente. Tem por objetivo determinar se as atividades e resultados satisfazem os requisitos previamente estabelecidos e se esses, estão efetivamente implementados.

Dessa forma, a implantação da equipe de auditoria interna do Sistema de Manchester constitui-se em uma oportunidade permanente de acompanhamento do serviço, reorienta o processo de trabalho, além de apontar as fragilidades quanto aos fluxos internos, estrutura física e de recursos humanos relativos à classificação.

Nessa perspectiva, visando a melhoria da qualidade do processo de classificação de risco, recomenda-se o acompanhamento presencial dos profissionais no exercício das classificações, com intuito de sanar as dúvidas, corrigir não conformidades e sugerir medidas corretivas.

Dentre as causas de atendimentos, o capítulo da CID-10 mais prevalente foi o de lesão, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (63,94%). Verificou-se que a queda foi o principal mecanismo de trauma entre os idosos, representando 44,49% dos atendimentos, seguido de atropelamento 10,30% e colisão 6,93%. Agressão, autoagressão, queimaduras, corpo estranho e intoxicação, juntos representaram 5,97% dos mecanismos de trauma.

Portanto, recomenda-se que em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde deve-se implementar, no âmbito da política de saúde pública, programas relacionados a prevenção de quedas e envelhecimento saudável e ativo com envolvimento dos idosos e de seus cuidadores. A sociedade precisa ser conscientizada sobre a importância da prevenção das quedas, fatores de risco e suas consequências, que poderá ser realizada através de cartazes, cartilhas, folhetos, outdoor, banner, campanhas em grupos de idosos, vias públicas, transporte coletivo e profissionais da

saúde de forma a desmitificar as quedas como uma consequência normal e inevitável do envelhecimento.

O objetivo das intervenções é a de promover ou manter a independência e melhorar as capacidades funcionais e físicas dos idosos, evitando a queda e reduzindo as hospitalizações por essa causa. É pertinente, ainda, implantar nos serviços de saúde protocolos de triagem dos idosos, para orientar os profissionais de saúde a identificar os fatores de risco de queda conhecidos. Uma vez identificados, as intervenções devem ser implementadas de forma a reduzir os riscos atentando-se a realidade do idoso.

Os dados analisados revelaram que o atropelamento foi à segunda causa de atendimento de idosos por causas externas, representando 10,30%, seguido de outros acidentes de transporte 6,93% (Tabela 2).

Os resultados deste estudo sinalizam para uma vulnerabilidade do idoso na condição de pedestre em se tornar uma potencial vítima de atropelamento. Isso aponta para uma necessidade de (re)planejamentos e intervenções dos governantes, a fim de criar estratégias com as quais essa população possa ter mais liberdade na sua mobilidade, com melhor qualidade de vida e de acessibilidade. Por outro lado, este resultado tem o potencial de despertar os gestores na organização da rede de assistência no atendimento a essa demanda, visto que, o idoso, vitimado por trauma, requer uma assistência multiprofissional, pois tem potencial risco de complicação e maior tempo na permanência hospitalar e conseqüentemente com maiores custos para o serviço de saúde.

Destacam-se, assim, as campanhas de educação de trânsito com abordagem do respeito ao idoso pedestre, sendo um recurso importante a ser utilizado pelos serviços de saúde e órgão de trânsito com vias a conscientizar a população das limitações e a vulnerabilidade dos idosos, garantindo sua inclusão social e uma melhora na qualidade de vida. Por outro lado, a conscientização do idoso, família e cuidadores sobre as limitações fisiológicas do envelhecimento são importantes para garantir a responsabilidade no deslocamento seguro.

Adicionalmente, é necessário intervenções de engenharia de tráfego, garantindo a manutenção das condições das vias públicas, adequação e manutenção dos semáforos e faixa de pedestres, iluminação de todas as faixas de travessias, melhorando a visibilidade dos pedestres aos condutores de veículos no período

noturno, o controle velocidade por meio de fiscalização sistemática e abrangente com aplicação de medidas punitivas aos infratores.

Todavia, cabe ressaltar a importância da inserção do especialista em geriatria e gerontologia nos serviços de atendimento ao trauma no idoso. Dessa forma, oportunizar atendimento pela equipe multiprofissional na abordagem inicial e acompanhamento quando demandar internação hospitalar com vista a redução das sequelas decorrente do agravo a saúde, conforme recomenda o Estatuto do Idoso.

Os dados sobre as agressões também tiveram representatividade, verificou-se que ocorreram 193 atendimentos, 1,71% da amostra.

Os resultados contribuem para reflexão acerca da necessidade de efetivação de políticas públicas e de estratégias de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Conhecer o perfil dos casos de idosos vítimas de agressões pode auxiliar no planejamento e organização dos serviços de saúde por parte dos gestores, subsidiando o planejamento estratégico de ações para o enfrentamento e para prevenção da violência contra a pessoa idosa.

Os motivos clínicos foram a segunda causa em números de atendimentos dos idosos, representando 25,03% no período analisado. Dentre esses, os agravos das doenças do sistema circulatório obtiveram maior prevalência, representando 12,21%, seguindo das doenças do aparelho respiratório 3,56%. Tais achados mostram a importância de utiliza-se dos estudos que abordam as demandas dos idosos nos serviços de urgências para o planejamento e direcionamento das ações dos programas de saúde pública, uma vez que esses evidenciam condições que evoluíram com agudização devido manejo inadequado ou ineficaz dos serviços de prevenção e da promoção da saúde.

As doenças do aparelho circulatório englobam condições que muitas vezes têm causas preveníveis e controláveis, e em condições agudas demandam por ações, procedimentos e serviços de saúde de alta complexidade.

Torna-se imperioso que o Estado forneça políticas públicas para a prevenção das doenças crônicas e para a promoção de hábitos de vida que favoreçam o envelhecimento saudável. É essencial o investimento em políticas públicas com o intuito de melhorar o acesso do idoso aos exames e procedimentos eletivos das doenças do aparelho circulatório demandados pelos serviços ambulatoriais, visando à redução dos agravos ocasionados pelas agudizações das doenças crônicas.

Em virtude do cenário, fonte de dados deste estudo, tratar-se de um hospital pronto-socorro referência estadual no tratamento do politraumatismo, é possível afirmar que a ocupação de leitos por idosos com agravos de origem clínica fragiliza a Rede de Atenção às Urgências. Isso se justifica pelo impedimento de vítimas de trauma receberem atendimento específico em tempo oportuno, devido a indisponibilidade de leitos, dessa forma poderá contribuir com o aumento da mortalidade por causas externas no Estado.

Uma possível hipótese que justifique a porcentagem de transferências (30,70%), ocupando o segundo lugar no desfecho, é a admissão de idosos por motivos clínicos. Dessa forma, observa-se que, no contexto deste resultado, requer-se intervenções no desenho da rede de urgência relativas ao direcionamento dos idosos com sinais de agravos clínicos. Por outro lado, é possível que uma porcentagem significativa dos atendimentos nos serviços de urgência ocorreu por demanda espontânea dos usuários. Por essa razão, cabe ampliar os meios de informação à sociedade dos pontos de referências às urgências clínicas no Estado de Minas Gerais, sobretudo no Município de Belo Horizonte.

A pesquisa abordou como desfecho a saída do idoso por alta hospitalar, transferência, óbito e evasão. A alta hospitalar foi o desfecho mais prevalente entre os atendimentos dos idosos (56,19%), seguido da transferência (30,70%) com tempo médio de permanência de 12 dias e desvio padrão 24,5.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), alguns fatores influenciam o tempo de permanência da internação, dentre eles, a complexidade do hospital a agilidade na realização e disponibilidade de exames complementares, e o perfil clínico do paciente. Quanto mais idoso, maior a chance de comorbidades e complicações. A média de permanência em hospitais por mais de sete dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar. Reações adversas às drogas, intervenções assim como a imobilidade, muitas vezes favorecem a permanência hospitalar prolongada no idoso.

No Brasil, a média de permanência hospitalar no SUS foi de 5,98 dias em 1999, para o mesmo ano, chegou a 5,82 dias para os hospitais da rede SUS de Minas Gerais e a 7,58 dias para os hospitais do Município de Belo Horizonte. Em 2008, o tempo médio de permanência foi de 4,4 dias nos hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS/MG (Pro-Hosp) (NORONHA et al., 2014).

Uma hipótese para um maior tempo de permanência hospitalar encontrada neste estudo está relacionada aos eventos e agravos de acordo com a CID-10 (Tabela

2) de maior prevalência (lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas). Sendo a queda e o atropelamento os principais mecanismos de trauma presentes nos atendimentos. Dessa forma, o somatório entre a mecânica do trauma e as alterações osteomusculares comum do processo de envelhecimento levam a consequências como fraturas e luxações e outros agravos que necessitam de intervenções cirúrgicas, aumentando o tempo de permanência, outro fator que possivelmente possa estar relacionado são as complicações por infecções hospitalares.

Quanto ao desfecho alta ser mais prevalente no presente estudo (56,19%), acredita-se que uma justificativa para esse fato também possa estar relacionada com a faixa etária, como a maior parte dos idosos que compuseram a amostra foram idosos jovens, esses, de certa forma, encontram-se em melhores condições físicas. Assim, possuem condições de responderem melhor as injúrias causadas pelo trauma e uma carga menor de comorbidades quando comparados com idosos mais longevos. Por outro lado, também se conjectura que a maior porcentagem dos idosos tenham sido atendidos com quadro menos grave, tendo os casos de maior gravidade evoluído com desfecho óbito.

Entretanto, algumas ações podem ser implementadas pelos gestores visando reduzir o tempo de permanência para as patologias de maior prevalência no hospital. Sugere-se implantar protocolos clínicos para essas patologias com gestão e organização da equipe clínica para planejar a alta hospitalar o mais breve possível com base no diagnóstico da admissão; nomear profissionais para compor a gestão de leitos com monitoramento do tempo de permanência; implantar *checklist* de laudos de exames e orientações para a equipe assistencial com vias a agilizar a alta dos pacientes em tempo oportuno; estabelecer critérios e prioridades para que os pacientes que estejam no pronto-socorro internados possam rapidamente ocupar um leito nas unidades de internação; otimizar os agendamentos das cirurgias para que ocorra a liberação mais rápida dos leitos.

Somado a isso, é fundamental o mapeamento de processos, gestão dos custos e a análise conjunta de indicadores de gestão hospitalar, como o tempo de permanência hospitalar, o desfecho, e indicadores demográficos e epidemiológicos, já mencionados.

Analisar e compreender a distribuição da mortalidade é essencial para proposição de medidas que possam contribuir no processo de trabalho, minimizando

as situações de risco e intervindo nos fatores determinantes ou agravantes (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dentre as 11.306 internações presentes, ocorreram 1.346 óbitos, representando 11,91% do desfecho dos atendimentos. Observou-se, então, que ser do sexo masculino, idade com 80 anos ou mais e não residir em Belo Horizonte teve maiores chances de óbito.

Os idosos classificados na cor vermelha morreram mais em relação aqueles classificados na cor laranja. Pacientes que deram entrada por motivo de queimaduras tiveram suas chances aumentadas para óbito quando comparado com os demais motivos de entrada. Quanto maior foi o tempo permanência hospitalar, maior foi à chance de óbito.

A idade de 80 anos ou mais permaneceu como preditora para o óbito, aumentando as chances em 2,3 vezes quando comparado com idosos mais jovens.

Quem deu entrada com lesões por queimaduras apresentou maiores chances de óbito quando comparado com os demais mecanismos de trauma. Uma possível explicação para o resultado é o fato da propensão à deterioração fisiológica no idoso com idade avançada, associada a doenças prévias, acarretando a disfunção dos sistemas cardiovascular, pulmonar, renal e imunológico, que se tornam incapazes de responder de forma adaptativa ao estado de choque ocasionado nas lesões graves por queimaduras.

Desse modo, verificou-se também nesta importante investigação científica que a chance de óbito foi maior para aqueles idosos procedentes de outras regiões do estado, possivelmente, trata-se de pacientes com lesões graves. Todavia, infere-se que este resultado corrobora com os dados da literatura que afirma que pacientes traumatizados graves que não recebem tratamento definitivo em um hospital especializado em trauma, particularmente dentro do “período de ouro”, as suas chances de óbito aumentam.

Sabe-se que não é possível eliminar a necessidade de deslocamento das vítimas de traumas graves para o centro de referência, porém, é possível reduzir o tempo desse deslocamento. Ao analisar os dados, percebe-se que há indicação de investimento e adoção de medidas que facilitem o acesso dos idosos, vítimas graves de trauma, de outras regiões do estado ao hospital pronto-socorro cenário deste estudo, sugere-se aumentar a oferta de transporte aéreo para essas vítimas.

O transporte e as transferências inter-hospitalares estão regulamentados pela Portaria GM/MS nº. 2.048/02 (BRASIL, 2002), no seu Capítulo VI, no que se refere a transporte aéreo no âmbito do Estado de Minas Gerais deve-se observar os parâmetros previstos pela Deliberação CIB-SUS/MG nº. 2.352/2016, com respectivas alterações, Resolução SES/MG nº. 5.741/2017 e Resolução Conjunta SES/MG e PMMG nº. 0238/2018.

No intuito de otimizar os recursos técnicos e assistenciais disponíveis, ampliar o transporte aéreo para todas as regiões do estado e agilizar o acesso do paciente ao atendimento hospitalar de alta complexidade, sugere-se que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde disponibilizem capacitação dos profissionais que atuam no serviços de urgências para o acionamento oportuno e eficiente do transporte aéreo, uma vez que a disponibilidade do recurso baseia-se em princípios e atos normativos que devem ser respeitados.

Nesse contexto, denota-se a necessidade da implementação de uma política que visa aumentar o número de leitos para idoso vítima de trauma. De forma que, a proposta “vaga zero” instituída pela Portaria GM/MS nº. 2.048/02, enquanto recurso essencial para garantir o acesso imediato dos pacientes com risco de morte, torna-se, de fato, uma exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências devido à superlotação dos serviços.

Com esses resultados fica evidente a necessidade de se implementar políticas públicas de prevenção de trauma e agravos clínicos para a população idosa. Acredita-se que por meio de medidas preventivas que abordem o envelhecimento saudável, prevenção e controle das doenças crônicas, educação no trânsito, prevenção de acidentes domésticos e cultura da paz alcancem melhor resultado na qualidade de vida dos idosos, familiares e sociedade, reduzindo os impactos para os serviços de saúde.

É fundamental que profissionais que atuam nos serviços de atenção primária e serviços de urgência se capacitem para o cuidado com o idoso, com vista à compreensão das peculiaridades desse grupo populacional.

REFERÊNCIAS²

- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233801639_Um_dos_delineamentos_mais_empregados_em_epidemiologia_Estudo_transversal. Acesso em: 03 mai. 2020.
- BORDIN, D. *et al.* Fatores associados à internação de idosos: estudo de base nacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 439-446, jul./ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000400439&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.048 de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 01 jan. 2021.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118 p.
- COSTA, A. C. C.; FORTES, R. C. Principais intercorrências e desfechos clínicos de idosos vítimas de trauma na unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018. p. 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55366>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55366>. Acesso em: 12 jul. 2020.
- FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). **Ensino e pesquisa**. 2018. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/ensino-e-pesquisa>. Acesso em: 16 jun. 2019.
- FREITAS, M. G. de *et al.* Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 701-712, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.19582014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000300701&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2020.
- GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**: como implementar o Sistema de Manchester de Classificação de Risco em sua instituição de saúde. 2. ed. Belo Horizonte: GBCR, 2015. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>. Acesso em: 30 de nov. 2020.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 05 de jan. 2021.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Avaliação de impacto do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/Minas Gerais (Pro-Hosp). **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 1, p. 65-85, 2014. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/35577/avaliacao-de-impacto-do-programa-de-fortalecimento-e-melhoria-da-qualidade-dos-hospitais-do-sus--minas-gerais--pro-hosp-->. Acesso em: 21 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão. CID-10. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994. cap. XIX-XX, p. 891-1013.

PEREIRA, C. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00208815.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2019.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS). **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê de Trauma, 7. ed., 2011. 709 p.

ROCHA, F. S.; GARDENGHI, G.; OLIVEIRA, P. C. Profile of older people submitted to comprehensive geriatric assessment in a rehabilitation service. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p.170-178, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1567/pdf>. Acesso em: 03 maio 2019.

RODRIGUES, M. R. *et al.* Perception of people with chronic diseases about hospitalization. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2368-2374, jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/2>. Acesso em: 03 maio 2019.

SILVA, D. R. *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 39, n. 2, p. 164-172, 2013. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2013>. Acesso em: 25 de jun. 2019.

SILVA, H. C.; PESSOA, R. L.; MENEZES, R. M. P. de. Trauma em idosos: acesso ao sistema de saúde pelo atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016. DOI: DOI: 10.1590/1518-8345.0959.2690. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02690.pdf. Acesso em: 27 set. 2020.

SILVA, J. A. C. de; SOUZA, L. E. Al. de; GANASSOLI, C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 146-149, jul./set. 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm_153_146-149.pdf. Acesso em: 03 mai. 2019.

SILVA, J. D.; CORTEZ, L. E. R. Principais causas externas dos idosos atendidos nas unidades de urgência e emergência. **Revista Uningá Review**, São Paulo, v 23, n. 3, p. 38-43, jul./set. 2015. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1655/1267>. Acesso: 03 mai. 2019.

APÊNDICE B – PRODUTOS DO MESTRADO



20ª UFMG Jovem - #ExploraUFMGJovem



XXII Encontro de Extensão – Pró-Reitoria de Extensão UFMG




Projeto de Extensão – Educando para a Segurança no Trânsito (voluntário)

12/01/2021 16:20	
	Sistema de Informação da Extensão
	PROEX UFMG Pró-Reitoria de Extensão
PROJETO - EDUCANDO PARA A SEGURANÇA NO TRÂNSITO	
Registro	403562
Revisão	08/05/2020
Status	Ativo
Título	Educando para a Segurança no Trânsito
Data de início	26/08/2019
Previsão de término	26/08/2021
Data da última aprovação pelo Órgão Competente	12/08/2019
Órgão Competente	Câmara Departamental
CARACTERIZAÇÃO	
Ano em que se iniciou a ação	2019
Unidade	Escola de Enfermagem
Departamento	Departamento de Gestão em Saúde
Programa vinculado	SEM VÍNCULO
Principal Área Temática de Extensão	Educação
Área Temática de Extensão Afim	Saúde
Linha de Extensão	Gestão Pública
Grande Área do Conhecimento	Ciências da Saúde
Palavras-chave	Educação; Segurança; Trânsito
DESCRIÇÃO	
Apresentação e justificativa	

Projeto de Extensão – Cuidar de quem Cuida (bolsista)

09/02/2021 22:09	
	Sistema de Informação da Extensão
	PROEX UFMG Pró-Reitoria de Extensão
PROJETO - CUIDAR DE QUEM CUIDA	
Registro	
	403754
Revisão	
	08/01/2021
Status	
	Ativo
Título	
	CUIDAR DE QUEM CUIDA
Data de início	
	24/04/2020
Previsão de término	
	30/12/2021
Data da última aprovação pelo Órgão Competente	
	24/04/2020
Órgão Competente	
	Câmara Departamental
CARACTERIZAÇÃO	
Ano em que se iniciou a ação	
	2020
Unidade	
	Escola de Enfermagem
Departamento	
	Departamento de Gestão em Saúde
Programa vinculado	
	SEM VÍNCULO
Principal Área Temática de Extensão	
	Saúde
Área Temática de Extensão Afim	
	Trabalho
Linha de Extensão	
	Saúde Humana
Grande Área do Conhecimento	
	Ciências da Saúde
Palavras-chave	
	Cuidar, trabalho, saúde, humanização.
DESCRIÇÃO	
Apresentação e justificativa	



Revista de Enfermagem
UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

J Nurs UFPE on line.
2020;14:e244796
DOI: 10.5205/1981-8963.2020.244796
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>

PREVIOUS NOTICE ARTICLE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS EM UM PRONTO-SOCORRO
EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ELDERLY PATIENTS CARED FOR IN AN EMERGENCY ROOM
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES MAYORES ASISTIDOS EN UN PUESTO DE PRIMEROS AUXILIOS

Karla Rona da Silva¹, Cristiano Inácio Martins², Fernanda Gonçalves de Souza³, Shirlei Moreira da Costa Faria⁴, Mirela Castro Santos Camargos⁵

RESUMO
Objetivo: descrever o perfil epidemiológico do paciente idoso atendido em um pronto-socorro referência para politraumatizado. *Método:* trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal a ser realizado em um pronto-socorro de referência em politraumatismo. Compõe-se a amostra pelos pacientes idosos, com idade igual e superior aos 60 anos, atendidos no período de 2009 a 2019. Armazenar-se-ão os dados em planilha do programa Excel 2010®, exportando-os para o software Statistical Package for the Social Sciences, versão 19, analisando-os de modo descritivo. *Resultados esperados:* espera-se contribuir com a evidência científica sobre a demanda de acesso à saúde nos serviços de urgência e emergência por essa população, além de atender às prioridades investigativas propostas pelo Ministério da Saúde. *Descritores:* Assistência Integral à Saúde; Fluxo de Trabalho; Atendimento de Emergência; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem.

ABSTRACT
Objective: to describe the epidemiological profile of elderly patients treated at a referral center for polytrauma patients. *Method:* this is a quantitative, descriptive and cross-sectional study to be carried out in a reference emergency room for polytrauma. The sample will be composed by elderly patients, aged 60 years and over, seen in the period from 2009 to 2019. The data will be stored in an Excel 2010® spreadsheet, exporting them to the Statistical software Package for the Social Sciences, version 19, analyzing them descriptively. *Expected results:* it is expected to contribute to the scientific evidence on the demand for access to health in urgent and emergency services by this population, in addition to meeting the investigative priorities proposed by the Ministry of Health. *Descriptors:* Comprehensive Health Care; Workflow; Ambulatory Care; Health Services Research; Emergency Medical Services; Nursing.

RESUMEN
Objetivo: describir el perfil epidemiológico de pacientes de edad avanzada tratados en un puesto de primeros auxilios de referencia para pacientes con politraumatismos. *Método:* este es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que se llevará a cabo en un puesto de primeros auxilios de referencia en politraumatismos. La muestra estará compuesta por pacientes de edad avanzada, de 60 años o más, asistidos en el período de 2009 a 2019. Los datos se almacenarán en una hoja de cálculo de Excel 2010®, exportándolos al software Statistical Package for the Social Sciences, versión 19, analizándolos descriptivamente. *Resultados esperados:* se espera que contribuya a la evidencia científica sobre la demanda de acceso a la salud en servicios de urgencia y emergencia por parte de esta población, además de cumplir con las prioridades de investigación propuestas por el Ministerio de Salud. *Descritores:* Atención Integral de Salud; Flujo de Trabajo; Atención Ambulatoria; Investigación sobre Servicios de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería.

¹Federal University of Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brazil. ¹<https://orcid.org/0000-0003-0495-789X> ²<https://orcid.org/0000-0001-7082-1179> ³<https://orcid.org/0000-0003-3737-9133> ⁴<https://orcid.org/0000-0002-7901-4098> ⁵<https://orcid.org/0000-0003-1151-3533>

* Article extracted from the Dissertation Research Project << Epidemiological profile of elderly patients cared for in an emergency room in the State of Minas Gerais >>. Federal University of Minas Gerais/UFMG. 2020.

How to cite this article
Silva KR da, Martins CI, Souza FG de, Faria SMC, Camargos MCS. Epidemiological profile of elderly patients cared for in an emergency room. J Nurs UFPE on line. 2020;14:e244796 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244796>

Evento científico externo a UFMG





Seminário da Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde UFMG



Publicação de resumo expandido em evento científico

I SEMINÁRIO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA UFMG

ISBN: 978-65-00-14351

O PROJETO DE EXTENSÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA COMO TECNOLOGIA DE APOIO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Saraid da Costa Figueiredo¹, Fernanda Gonçalves de Souza², Isadora Oliveira Gondim³, Verônica Francis Duquina Mateus⁴, Cristiano Inácio Martins⁵, Karla Rona da Silva⁶

PALAVRAS-CHAVE :Profissionais da Saúde; Saúde Mental; Tecnologias de Gestão;

INTRODUÇÃO

O projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida tem como objetivo enviar mensagens de reconhecimento, valorização, carinho e incentivo aos trabalhadores dos serviços de saúde via aplicativo de celular. As mensagens são elaboradas por pessoas do convívio pessoal, colegas de trabalho, gestores e/ou pelos extensionistas do projeto, podendo ser no formato de vídeo, texto ou áudio. Essas têm o potencial adicional de contribuir para o fortalecimento da saúde mental dos participantes.

A saúde mental de todos os profissionais que atuam em serviços de saúde é motivo de preocupação, e isso se deve à todos os processos que envolvem o atendimento e cuidado dos pacientes. Isso pode potencialmente sobrecarregar a jornada desses profissionais. Devido ao atual cenário de sobrecarga física e psíquica causada pela pandemia do Novo Coronavírus, pode ocorrer uma fragilidade emocional adicional a estes trabalhadores, que são de extrema importância para o setor saúde (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, o projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida apresenta-se como uma tecnologia digital que pode contribuir para a gestão do cuidado para com os trabalhadores do setor saúde, passível de ser compartilhada em tempos de isolamento social. Assim, a tecnologia apresentada neste estudo se mostra como de extrema relevância, por sua capacidade de desenvolver ações com potencial de contribuir para a minimização do sofrimento mental dos trabalhadores de serviços de saúde, com potencial impacto na motivação e desempenho profissional.

Reafirma-se que o problema anunciador diz respeito à sobrecarga física e psíquica que trabalhadores dos serviços de saúde enfrentam diariamente em sua jornada de trabalho e que o projeto se justifica pela necessidade de apoio afetivo e emocional por meio de uma estratégia tecnológica digital de cuidado aos que cuidam.

OBJETIVOS

Apresentar os resultados do projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida, relativos ao período de abril a julho de 2020.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, no qual os registros foram realizados pelos autores deste estudo. A coleta das informações ocorreu do banco de dados do projeto, entre os meses de abril a julho de 2020, utilizando planilha do Microsoft Excel 2016 para organização, armazenamento e análise. As variáveis apresentadas referem-se a: número de solicitações, formato das

UFMG

CERTIFICADO



Ministério da Educação
Universidade Federal de Minas Gerais
Pró-Reitoria de Extensão

EVENTO

Certificamos que o resumo expandido intitulado "O Projeto de Extensão Cuidar de Quem Cuida como tecnologia de Apoio à Saúde Mental do Trabalhador dos Serviços de Saúde", de autoria de *Cristiano Inácio Martins*, foi apresentado durante o **1º Seminário e Encontro de Egressos do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde**, promovido de 16 a 18 de novembro de 2020, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais na modalidade a distância.

Apoio: Centro de Extensão da Escola de Enfermagem

Belo Horizonte, 18 de novembro de 2020.

Profª Adriane Vieira

Coordenadora do EVENTO

Profª Juliana de Oliveira Marcatto

Coordenadora do CENEX

Profª Sônia Maria Soares

Diretora da Escola de Enfermagem/UFMG

Escola de Enfermagem da UFMG

CENTRO DE EXTENSÃO

Registrado na(s) folha(s) 69 do livro nº 8 de Registro de Certificados do CENEX-EE-UFMG

Profª Juliana de Oliveira Marcatto

Coordenadora do CENEX

Prêmio



Capacitação



Palestras ministradas



Organização de evento



ANEXO A – PARECER CIRCUNSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE IDOSOS: UM ESTUDO NA REDE FHEMIG

Pesquisador: MIRELA CAMARGOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98627418.0.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.082.692

Apresentação do Projeto:

Trata-se de versão do projeto de pesquisa que apresenta resposta às diligências apontadas em parecer de número 3.034.052.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme formulário de informações básicas:

*Objetivo Primário:

Identificar o perfil sociodemográfico, evidenciando as causas e consequências dos atendimentos de idosos na Rede FHEMIG.

Objetivo secundário:

- Analisar as principais causas de internações de idosos na Rede FHEMIG.- Avaliar as principais características associadas aos diversos tipos de internação.- Traçar um perfil dos idosos internados.- Caracterizar os diversos tipos de internação, analisando características assistenciais como tempo de internação.- Identificar os custos do atendimento prestado aos idosos na unidade de Pronto Socorro e Internação.- Estimar a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária e avaliá-las.- Verificar os principais desfechos das internações".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisadores assim descrevem riscos e benefícios, no formulário de informações básicas:

*Riscos:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.082.692

Há um discreto risco de quebra do sigilo dos dados, uma vez que nenhuma pesquisa é isenta de riscos. Entretanto os pesquisadores se comprometem a empenhar-se para que este risco seja mínimo, de forma a garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Benefícios:

Entendemos que o estudo do tema é extremamente relevante, haja visto que no Brasil a discussão sobre esta temática ainda é incipiente e carece de estudos e publicações científicas para melhor evidenciar sua aplicabilidade e importância. Nesta perspectiva, salientamos que devem ser mantidos esforços para a utilização do melhor conhecimento científico e metodologias disponíveis bem como a forma de colaborar para o fomento de análise e informações".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer anterior:

"Trata-se de estudo retrospectivo, observacional, conduzido nos Hospitais da Rede FHEMIG. Todos os dados serão coletados de bancos de dados. O Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar, da referida rede. O objetivo geral da pesquisa é identificar o perfil sociodemográfico, evidenciando as causas e consequências dos atendimentos de idosos na Rede FHEMIG. Serão considerados os pacientes idosos com mais de 60 anos, no período de 2012 a 2017. Uma questão a ser observada é que a produção da rede FHEMIG no âmbito ambulatorial e hospitalar está em mais de 600.000 mil pessoas por ano e os pesquisadores colocam uma amostra estimada de 150 pessoas, mesmo sem critérios de exclusão e com análise de 05 anos. O que mostra a amostra ser incompatível com os dados apresentados.

Apesar de elevado custo, como apresentado no orçamento, que está em R\$ 9.140,00, estes serão arcados pelos pesquisadores. Há um item em que os pesquisadores colocam a possibilidade de captação por agência de fomento, quando edital estiver aberto".

A pendência elencada no parecer de número 3.034.052 foi solucionada, a saber: inclusão do TCUD para uso dos dados secundários previstos na pesquisa. Também foi informado o prazo de armazenamento dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Há folha de rosto, parecer da câmara departamental aprovando o projeto, TCUD, anuência da FHEMIG e inclusão da FHEMIG como coparticipante.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** RFI O HORIZONTE

Telefone: (51)3409-4582

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 3.082.692

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se o projeto. Pesquisadores devem atender aos requisitos do CEP da coparticipante para realização do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1206470.pdf	28/11/2018 14:45:37		Aceito
Outros	TCUD.pdf	28/11/2018 14:45:06	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	CARTA.pdf	28/11/2018 14:44:24	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	10/09/2018 21:12:25	Karla Rona da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/08/2018 16:09:49	MIRELA CAMARGOS	Aceito
Outros	PARECERDENA.pdf	22/08/2018 20:55:50	MIRELA CAMARGOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.pdf	22/08/2018 20:55:11	MIRELA CAMARGOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Si 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

BELO HORIZONTE, 13 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))