Universidade de Brasília - UnB

Faculdade de Ceilândia – FCE

Curso de Graduação em Saúde Coletiva

MANAMI NIHO MURAKAMI

O perfil dos idosos atendidos na urgência e emergência de um Hospital Regional do Distrito Federal.

Ceilândia - DF

2014

Universidade de Brasília - UnB

Faculdade de Ceilândia – FCE

Curso de Graduação em Saúde Coletiva

MANAMI NIHO MURAKAMI

O perfil dos idosos atendidos na urgência e emergência de um Hospital Regional do Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof.ª Dra. Mariana Sodario Cruz

Ceilândia – DF

2014

MANAMI NIHO MURAKAMI

O perfil dos idosos atendidos na urgência e emergência de um Hospital Regional do Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Comissão examinadora:

_____

Profa. Dra. Mariana Sodario Cruz
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
Orientadora

_____

Profa. MsC. Carla Pintas Marques
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

_____

Prof. Dr. José Antônio Iturri de la Mata
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
Avaliador

Ceilândia, 10 de julho de 2014.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas oportunidades concedidas. Por iluminar e guiar o meu caminho, me permitindo chegar até aqui.

A minha família. Principalmente à minha mãe Hiroko, ao meu pai Kazunori e à minha irmã, Nataly. Por todo o incentivo, apoio e confiança, incondicionalmente e infinitamente depositados em mim.

A minha orientadora, professora Mariana. Pela sua disponibilização e por todas as contribuições e conhecimentos transmitidos. Por ter respeitado o meu ritmo em todo o processo de construção deste trabalho.

Ao hospital regional do Distrito Federal que tornou possível a realização desta pesquisa. Em especial à Jussara, do setor de Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA), que me acolheu de braços abertos, se empenhando até o fim para que este trabalho pudesse ser realizado.

Às amigas e colegas de graduação. Especialmente à Karem, Lara, Raquel, Rayssa, Rayane, Paula e Viviane, que durante a graduação compartilharam momentos de alegria e me encorajaram e apoiaram sempre que preciso.

Ao colega Akeni, por sua prestatividade e auxílio na reta final deste trabalho.

À comissão examinadora: professora Carla Pintas e professor Iturri de La Mata. Pelas considerações e contribuições feitas no presente trabalho.

“Acompanha a marcha dos acontecimentos sem sofreguidão. A tua ansiedade ou o teu receio não alterarão o curso das horas. Aguarda o que há de suceder, sem que te imponhas sofrimento desde a véspera.

O que pensas que acontecerá, talvez se dê, não porém da forma como aguardas, porquanto, a vida obedece a um plano de incessantes mudanças e transformações. Desse modo, espera com harmonia íntima, afastando do teu programa a agitação e o medo."

Joanna de Ângelis

RESUMO

Projeções demográficas indicam o crescimento da proporção do segmento de idosos na população brasileira. Esse fenômeno pode provocar impactos em serviços de saúde hospitalares, principalmente se a Atenção Primária em Saúde (APS) não estiver operando em sua plenitude. Com o objetivo de analisar o perfil dos idosos atendidos nos serviços de urgência e emergência de um Hospital Regional do Distrito Federal e descrever as classificações de risco atribuídas, foi realizada uma pesquisa de natureza descritiva, de caráter transversal e de abordagem quantitativa. Os sujeitos avaliados foram os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, admitidos no Pronto-Socorro (PS) do hospital selecionado, no período correspondente de março de 2013 a fevereiro de 2014. Foram analisadas as seguintes variáveis: data de entrada no hospital, idade, sexo, procedência e classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester. Os dados foram obtidos através de relatórios emitidos pelo serviço através do sistema TrakCare®. Os idosos representaram 16,1% do total das admissões no pronto socorro. Dentro o total de atendimentos, 49,5% foi caracterizado como readmissão ao serviço no período. A idade dos idosos compreendeu a faixa etária desde os 60 até os 103 anos de idade, considerando o sexo feminino e masculino, com média de 71,3 anos (DP±8,4). A maior proporção de admissões foi atribuída ao sexo feminino (55,2%). O local de procedência foi predominantemente dos usuários residentes no Distrito Federal. As classificações de risco apontaram em grande parte para a necessidade de atendimento urgente dentre os idosos. Os resultados desta pesquisa permitiram ter um panorama do padrão de utilização dos serviços de saúde de urgência e emergência pelos idosos na localidade estudada. O conhecimento do perfil de saúde da população idosa é fundamental para que este segmento tenha assistência adequada às suas necessidades, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, sejam elas ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso.

Palavras-chave: idoso; serviços hospitalares; protocolo.

ABSTRACT

Demographic projections indicate the increasing proportion of the elderly segment in Brazilian population. This phenomenon can cause impacts on hospital services, especially if Primary Health Care is not operating at its fullest. With the aim of analyzing the profile of the elderly in an emergency department of a Regional Hospital from Distrito Federal, Brazil, and describe the risk classification of the patients, according to the Manchester protocol, a descriptive research was conducted, with cross-sectional nature and quantitative approach. The study subjects were the elderly aged 60 years old and over, admitted in the Emergency Room (ER) of the selected hospital in the period of March 2013 to February 2014. The following variables were analyzed: Arrival date in the hospital, date of birth, age, gender, residence and risk classification according to the Manchester Protocol. The data were obtained from reports made available by the hospital department through the TrakCare® information system. The elderly accounted 16% of total admissions in the emergency department. The elderly age comprised from 60 to 103 years old, with an average of 71,3 years old, including females and males. The place of origin was predominantly from users that resided in Distrito Federal. Risk classification largely pointed to the need for urgent care among the elderly. The results of this research gave an overview about the utilization pattern of health services by the elderly. A further investigation of the characteristics beyond those described in this study can contribute on the development of necessary interventions for improving this population group's health.

Key words: elderly; hospital services; protocol.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
GRCA - Gerência, Regulação, Controle e Avaliação
FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNI - Política Nacional do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PS - Pronto-Socorro
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAS - Secretaria de Atenção a Saúde
STM - Sistema de Triagem Manchester
SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das admissões dos idosos em frequência absoluta (n) e relativa (%) segundo sexo e faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 15

Tabela 2 - Distribuição da amostra de admissões únicas, em frequência absoluta (n) e relativa (%), segundo sexo e faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 18

Tabela 3 – Frequência das readmissões dos idosos segundo sexo, em frequência absoluta e relativa, de um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 19

Tabela 4 - Distribuição da amostra readmitida, em frequência absoluta (n) e relativa (%), segundo sexo e faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 20

Tabela 5 – Frequência das readmissões dos idosos segundo faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 21

Tabela 6 – Distribuição da amostra das admissões totais segundo local de procedência, em frequência absoluta (n) e relativa (%), de um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 22

Tabela 7 - Procedência dos idosos segundo admissão única e readmissões, em frequência absoluta (n) e relativa (%) em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 23

Tabela 8 – Classificação de risco em frequência absoluta (n) e relativa (%) segundo sexo em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 26

Tabela 9 – Classificação de risco em frequência absoluta (n) e relativa (%) segundo faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Proporção dos idosos segundo admissão única procedentes de Ceilândia – DF em um Hospital Regional do Distrito Federal, Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 23

Gráfico 2 – Proporção dos idosos readmitidos procedentes de Ceilândia – DF em um Hospital Regional do Distrito Federal, Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 24

Gráfico 3 – Admissão total dos idosos segundo classificação de risco em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 25

Gráfico 4 – Classificação de risco dos idosos segundo admissão única em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 28

Gráfico 5 – Classificação de risco segundo readmissão total dos idosos em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014. 29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 1

1.1 Objetivo geral 3

1.2 Objetivos específicos 3

2. REFERENCIAL TEÓRICO 4

2.1 Políticas públicas de saúde para a população idosa 4

2.2 Os idosos e os serviços de urgência e emergência 7

2.3 As Redes de Atenção à Saúde (RAS) 8

2.4 Classificação de Risco – Protocolo Manchester 10

3. METODOLOGIA 12

3.1 Tipo de Estudo 12

3.2 Área da Pesquisa 12

3.3 Sujeitos do Estudo 13

3.4 Análise dos dados 14

3.6 Aspectos Éticos 14

2. Resultados e discussão 15

Considerações Finais 32

Referências Bibliográficas 34

ANEXOS 41

ANEXO A - Fluxograma de descritores para o Sistema de Triagem Manchester. 41

ANEXO B - Fluxograma descritor para definição de prioridade na classificação de risco 43

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP 45

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2010 a proporção dos idosos no Brasil foi estimada em 10,8% (IBGE, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) quando a proporção de idosos atinge 7% com tendência a crescer, a população é considerada envelhecida. As projeções demográficas indicam uma tendência crescente nesta proporção.

Em 2025, o Brasil estará entre os dez países do mundo com maior contingente de idosos, sendo que, em 2050 eles representarão 22,71% da população total em contraponto a 13,15% das crianças de 0 a 14 anos (OMS; IBGE, 2008; IBGE, 2010).

A definição da idade mínima para se considerar uma pessoa idosa pode variar segundo critérios socioeconômicos e demográficos de localidades específicas. Para a OMS, em países em desenvolvimento tal como o Brasil, considera-se idoso o habitante com idade mínima de 60 anos e, em países desenvolvidos, essa faixa etária considerada é acima de 65 anos. A necessidade de estabelecer parâmetros cronológicos para senilidade, segundo Santos et al (2008), torna-se relevante ao se programar ações sociais e de saúde.

Os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada", que têm idade igual ou maior que 80 anos, também vêm aumentando proporcionalmente e de forma mais acelerada. Enquanto em 2000 foram estimados 1,6 milhão de pessoas com 80 anos ou mais de idade, em 2050 poderão ser 13,8 milhões de pessoas nessa mesma faixa etária (Brasil, 2010; IBGE, 2008).

O envelhecimento populacional decorre do processo de transição demográfica em que há uma diminuição nos níveis de fecundidade e de mortalidade aliado ao aumento da expectativa de vida. Este processo se deu de formas distintas entre os países. Enquanto nos países desenvolvidos ocorreu de forma lenta e gradual, associado a melhores condições de vida, nos países em desenvolvimento se observou um rápido processo de envelhecimento populacional, em um ritmo mais acelerado que o crescimento econômico e social, acarretando em desafios quanto à reorganização social e de saúde para esta nova demanda crescente em um curto espaço de tempo (BRASIL, 2006; HOSKINS, KALACHE & MENDES, 2005).

A mudança na estrutura etária da população corresponde também a uma transição epidemiológica caracterizada pelas alterações nos padrões de morbimortalidade. Enquanto a mortalidade por doenças infectocontagiosas tende a diminuir, as mortes por doenças crônicas tendem a aumentar (BRASIL, 2010).

Para Mendes (2010), o rápido processo de envelhecimento em uma população resulta num crescente aumento relativo às condições crônicas, pois os segmentos de maior idade são os mais acometidos por estas condições de saúde. Os grupos mais jovens que tendem a ser “beneficiados” pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas passam, no entanto, a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas; sendo assim, a melhor expectativa de vida, e o crescimento da população idosa, tornam mais prevalentes as condições crônicas (MENDES, 2011).

A distribuição na proporção de pessoas com doenças crônicas é semelhante para todos os grupos de renda na população. Em cada três indivíduos, um é portador de doença crônica e, entre os idosos, oito em cada dez possuem pelo menos uma doença crônica (PNAD apud Veras 2009).

As transições no perfil de saúde da população, em que as condições crônicas são prevalentes, implicam em mudanças na organização dos serviços de saúde devido ao aumento da sua utilização, da necessidade de incorporações tecnológicas e no consequente aumento de gastos. Para Schramm et al (2004), estes são aspectos que ocasionam grandes desafios e fazem com que seja necessário pensar em políticas de saúde capazes de atuar nestas diversas transições.

Segundo Veras (2009) a maior procura por serviços de saúde e o aumento do número de idosos são fatores que podem estar relacionados entre si. Além do crescimento na demanda por serviços de saúde, soma-se a este cenário uma maior frequência de internações hospitalares e tempo de ocupação do leito pelos idosos quando comparado a outras faixas etárias. Neste contexto, a organização de um sistema de saúde eficiente ao atendimento da população idosa configura-se como um dos principais desafios para o setor saúde, que deve ser enfrentado o mais breve possível.

Em estudo realizado por Louvison et al (2008) foi apontado altas taxas de utilização de serviços de saúde pelos idosos. Dentro de um intervalo de 12 meses 83,3% dos idosos referiram ter realizado pelo menos uma consulta, dos quais 4,7%

referiram pelo menos uma internação hospitalar; e 64,2% referiram ter utilizado serviços de saúde ambulatoriais nos últimos quatro meses da realização da pesquisa.

Um dos gargalos do modelo assistencial, de acordo com Veras et al (2005), está relacionado a insuficiente identificação e precária captação da clientela. Vários fatores são apontados como agravantes, dentre eles: a baixa resolubilidade dos serviços ambulatoriais, a falta de monitoramento das doenças mais prevalentes e os escassos serviços domiciliares. Fatores estes que contribuem para que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, que além de aumentar os custos, diminui as chances de um prognóstico favorável.

Estudos que abordam os perfis de usuários que procuram serviços de urgência e emergência podem ser indicativos da configuração da rede de atenção à saúde de forma mais ampla, principalmente se os dispositivos da Atenção Primária à Saúde (APS) forem insuficientes para atender as demandas ambulatoriais da população de uma determinada área, favorecendo a procura pelas portas de entrada hospitalares para condições e morbidades sensíveis à APS, favorecendo o aumento na demanda das salas de espera desses locais.

1.1 Objetivo geral

Analisar o perfil dos idosos atendidos nos serviços de urgência e emergência de um Hospital Regional do Distrito Federal no período de um ano.

1.2 Objetivos específicos

- Verificar o perfil demográfico dos idosos atendidos na urgência e emergência do hospital selecionado.
- Verificar a classificação de risco atribuída aos idosos atendidos na urgência e emergência do hospital selecionado, segundo o protocolo de Manchester.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas públicas de saúde para a população idosa

O envelhecimento populacional pode ser visto como uma conquista para a sociedade. Porém, para que seja considerada como tal, deve ser agregado a ele a qualidade de vida aos anos vividos Para que estas condições sejam garantidas, as políticas públicas têm papel fundamental em sua efetivação.

Sua formulação deve levar em consideração a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação. Ainda, dar oportunidade para atuação em diversos contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada, com incentivo a prevenção, ao cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009).

No Brasil o direito a saúde foi conquistado e garantido constitucionalmente, através de um sistema público de saúde único e universal.

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desta forma, a Constituição de 1988 declarou o papel do Estado em propiciar a toda população um acesso pleno e igualitário à saúde, por meio de ações e serviços públicos integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde.

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, que regulamenta e ordena o Sistema Único de Saúde (SUS) e reafirma, dentre seus princípios e diretrizes, o direito universal e integral à saúde. Neste mesmo ano foi sancionada ainda a Lei Complementar 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990).

Apesar da conquista do acesso universal e integral à saúde em todos os níveis de atenção, desde ações de prevenção à promoção da saúde para toda a população brasileira, antes da década de 1990 não haviam políticas públicas voltadas especificamente para os idosos, apenas algumas leis e programas ou

ações de cunho caritativo e de proteção, além das ações de iniciativa privada (FERNANDES & SOARES, 2012).

Para Miyata et al (2005) as políticas públicas são fundamentais para que esta população que cresce tenha atendimento às suas necessidades de forma a não serem traduzidas como aumento de custos. Neste contexto, a atenção específica às necessidades de saúde dos idosos pode evitar o aumento de custos para o sistema de saúde, e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde.

A primeira política pública para pessoas idosas no Brasil foi implantada em 1994, com a aprovação da lei nº 8.842/94, que estabeleceu a Política Nacional do Idoso (PNI). A lei 8.842/94 tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

O artigo 10 da PNI define as competências dos órgãos e entidades públicos na sua implementação. Dentre eles, estão especificadas suas competências na área da saúde:

> II - na área de saúde:
>
> a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
>
> b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
>
> c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
>
> d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
>
> e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
>
> f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
>
> g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e
>
> h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, 1994).

Em outubro de 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso pela Lei nº 10.741/03, que se destina a regular o direito garantido de proteção à vida e à saúde

da pessoa idosa através das políticas sociais públicas capazes de permitir um envelhecimento saudável e em condições dignas. O direito ao acesso universal e igualitário a saúde é disposto no capítulo IV, Artigo 15 desta lei, que assegura a atenção integral à saúde do idoso em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, desde a prevenção, promoção, proteção até a recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, foi instituída, em 19 de outubro de 2006, a portaria nº 2.528/GM que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). O conceito principal de saúde nesta política está relacionado à condição de autonomia e independência da pessoa idosa, e não apenas a presença ou ausência de doença. Dentre suas diretrizes estão a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral à saúde da pessoa idosa e a integralidade da atenção através dos estímulos a ações intersetoriais (BRASIL, 2006).

A atenção integral e integrada prevista na PNSPI deverá ser garantida através de uma linha de cuidados fundamentados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades do usuário, com fluxos direcionados de forma facilitada a todos os níveis de atenção, com recursos físicos, insumos e profissionais qualificados. A porta de entrada de atenção à saúde da população idosa será a Atenção Básica, tendo como referência a rede de serviços especializada e de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

De acordo com Fernandes e Soares (2012) a base legal brasileira se refere às áreas e serviços de saúde de maneira ideal. Entretanto existem lacunas que precisam ser superadas tais como: a organização das redes de atenção, tendo em vista a manutenção e funcionalidade da saúde do idoso; e a oferta de serviços de cuidados de acordo com as necessidades dessa população nas diversas regiões do país. São desafios na viabilização de políticas públicas frente a uma população que envelhece e demanda por serviços de sociais e de saúde, que, uma vez superados poderão ser transformados em indicadores de bem-estar, resolubilidade dos serviços, acesso e da integralidade da atenção ao idoso.

2.2 Os idosos e os serviços de urgência e emergência

Os serviços de urgência e emergência têm se mostrado a principal entrada nos sistemas de saúde para condições que, muitas vezes, poderiam ser resolvidas em serviços de atenção básica, ou de menor complexidade. Este perfil pode indicar uma distribuição desigual da oferta de serviços, do ponto de vista quantitativo ou qualitativo, na atenção básica, especializada e hospitalar, ou ainda a vulnerabilidade de pessoas que realmente necessitam destes atendimentos com frequência (HERMIDA et al, 2011; SIMONS apud OLIVEIRA et al, 2011, ACOSTA, 2012).

O aumento da demanda por atendimento e a utilização pelo público dos serviços hospitalares de emergência é observado não só no Brasil, mas também no exterior, tanto no setor público quanto no privado. No Brasil, os serviços de emergência funcionam acima da sua capacidade máxima, com demanda inadequada, ocupação de leitos maior que o suportado, profissionais em número insuficiente, sem treinamento ou reciclagem, gerenciamento com recursos precários e falta de planejamento efetivo (O'Dwyer; OLIVEIRA & SETA, 2009).

Segundo McCusker et al apud Lowthian et al (2012) pacientes com idade igual ou superior aos 70 anos são os que mais têm se apresentado nos serviços de emergência. Acarretando, desta maneira, impactos aos serviços hospitalares, uma vez que pacientes com idade avançada se apresentam com condições clínicas mais complexas, consomem mais recursos, permanecem por tempos prolongados nas salas de emergência e nos hospitais. Esta é uma situação que requer estratégias de gerenciamento de demanda de uma população que continuará crescendo e procurando por serviços de saúde.

O’dwyer; Oliveira e Seta (2009), por sua vez, abordaram em seu estudo as dificuldades encontradas na assistência prestada nos serviços hospitalares de emergência. Foi apontado que a falência da rede e a grave situação social da população refletem no perfil do paciente atendido e que não consegue encaminhamento dentro do sistema de saúde, sendo os pacientes clínicos, crônicos e idosos os que encontram maiores dificuldades. Segundo os autores, há uma dificuldade por parte da equipe profissional na aceitação dos pacientes, vistos como resultado da falência da rede e como inapropriados para o atendimento da emergência.

Devem-se, portanto, ser elaboradas estratégias de intervenção sob as dificuldades enfrentadas nos sistemas e serviços de saúde. Para O'dwyer, Oliveira e Seta (2009):

> Essa questão deve ser enfrentada por políticas de humanização, estratégias de sensibilização e de aceitação da emergência como porta de entrada possível e legítima do atual sistema de saúde. Deveria-se discutir com a rede como integrar esse tipo de paciente às outras possíveis portas de entrada e preparar-se para atendê-lo, já que as demandas são geradas por fatores culturais e por deficiência de recursos tecnológicos e sociais.

2.3 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecida pela portaria 4.279/2010, surgiram como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que objetivam assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços que necessita; de forma efetiva e eficaz, com vistas a produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010).

No âmbito das RAS, a Atenção Primária em Saúde é o centro de comunicação entre os pontos de atenção, com função resolutiva sobre os principais problemas de saúde da população. Opera com responsabilização na atenção contínua e integral, com cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos, e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Neste caso, os contratos de gestão entre os entes reguladores, financiadores e os prestadores de serviço são fundamentais para que a lógica de integração e articulação, qualidade e eficiência das RAS sejam concretizadas.

> Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS (BRASIL, 2010).

Dentre os objetivos do contrato, estão: a melhoria do nível de saúde da população, com atendimento efetivo às necessidades em saúde; controle do crescimento das despesas de origem pública com a saúde; alcance de maior eficiência gestora no uso de recursos escassos; assegurar o cumprimento dos

compromissos; disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão (BRASIL, 2010).

Os contratos de gestão pretendem atuar não apenas nos cuidados de saúde específicos, mas atuar na saúde em sua ampla dimensão, tendo em vista o alcance da macro eficiência para o conjunto do sistema e a superação de problemas como:

- Abordagem populacional isolada nos hospitais e centros de saúde: a contratualização pretende superar a noção de abordagem populacional pela abordagem no âmbito de região de saúde, com adscrição de clientela classificada por grau de risco, envolvendo os diversos estabelecimentos de saúde tendo em vista a organização de uma rede de cuidados;
- O aumento de gastos na prestação de serviços de alto custo para tratamentos tardios de condições e agravos sensíveis à APS: neste ponto sugere-se a implantação de ferramentas de gestão e incentivos financeiros, de forma que os pagamentos tenham base no desempenho individual e institucional;
- Promoção da participação efetiva e permanente do cidadão e da comunidade nos processos de contratualização;
- Necessidade de fortalecimento da APS vigente: a contratualização das ações de saúde neste ponto pretende estabelecer as ações a partir do primeiro nível de atenção, como instrumento capaz de induzir responsabilização e qualidade para o alcance de melhores resultados em saúde (BRASIL, 2010).

A ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no Sistema Único foram destacadas como objetivo da atual gestão da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS). Para o alcance destes objetivos foram implantadas as Redes Temáticas prioritárias, sendo elas a Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2013; 2011).

Levando em consideração o atual contexto de superlotação dos prontos-socorros e a magnitude e urgência das situações clínicas nelas envolvidas, a RUE ganhou destaque dentre as redes temáticas prioritárias. A RUE teve início em julho de 2011 através da portaria 1600, que reformulou a Politica Nacional de Atenção às

Urgências (PNAU) de 2003 e instituiu então a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (BRASIL, 2013; 2011).

A RUE deve ser implementada de forma pactuada entre as três esferas de gestão. Desta forma poderá ser observada uma organização na assistência, com articulação entre os diversos pontos de atenção e definição de fluxos e referências. Este modelo organizacional busca transformar o modelo de atenção hegemônico, fragmentado, desarticulado e baseado na oferta de serviços. Modelo este que tem se mostrado pouco efetivo e insuficiente frente a situação de saúde que engloba um processo de transição demográfica e epidemiológica, com predomínio da tripla carga de doenças, que envolve as causas externas, e as condições agudas e crônicas não transmissíveis (BRASIL 2013; MENDES, 2010).

O objetivo principal da RUE é reordenar a atenção à saúde nas situações de urgências e emergências de forma coordenada à atenção básica, com o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

O estudo do perfil da população que procura os pontos de atenção emergenciais pode fornecer um diagnóstico do uso destes serviços sob várias perspectivas de análise. O diagnóstico de utilização destes serviços pelos idosos em especial é de grande valia, tendo em vista a grande demanda deste segmento populacional nos serviços hospitalares e as implicações clínicas, sociais e econômicas dela decorrentes conforme discorrido em momentos anteriores no texto.

A RUE apresenta-se elemento importante na organização das redes de atenção aos idosos propiciando a integralidade e articulação das ações e serviços em todos os níveis de atenção, de forma a efetivar os direitos assegurados a população idosa em consonância com os direitos instituídos nas políticas públicas existentes, garantindo principalmente melhores níveis de saúde e reduzindo as constantes hospitalizações e suas consequências.

2.4 Classificação de Risco – Protocolo Manchester

O acolhimento com classificação de risco é uma das estratégias de humanização no atendimento e mudança das práticas vigentes nos serviços, tendo

em vista o contexto da grande demanda dos usuários pelos serviços de urgência e emergência como porta de entrada do sistema de saúde. Esta estratégia busca favorecer uma relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços e possibilitar alianças entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública (JÚNIOR et al; BRASIL, 2009).

No Sistema de Triagem Manchester (STM), a classificação de risco é embasada em prioridades clínicas a partir da queixa inicial do paciente, que deve ser coletada e, resumidamente, registrada pelo enfermeiro. (SCOBLE, 2004 apud ANZILIERO, 2011; ANZILIERO, 2011).

O processo de triagem ocorre com a apresentação da queixa de sinais e sintomas, que direciona a um fluxograma descritor, ou de apresentação, a ser seguido. O fluxograma descritor (Anexo A) é composto por 52 condições pré-definidas, que dispõem dos sinais e sintomas que determinarão a possível prioridade no atendimento (PINTO, LUNET & AZEVEDO, 2010).

A partir das respostas positivas ou negativas das perguntas feitas ao profissional de saúde pelos pacientes sobre os discriminadores, chega-se a prioridade clínica, ou nível de urgência (Anexo B). As categorias ou níveis de urgência fundamentam-se em três variáveis denominados por números, cores e tempo máximo aceitável de espera até o primeiro atendimento.

São cinco os níveis de classificação:

- Nível 1 – Emergência: Cor vermelha; tempo imediato.
- Nível 2 - Muito urgente: Cor laranja; 10 minutos.
- Nível 3 – Urgente: Cor amarelo; 60 minutos;
- Nível 4 - Pouco urgente: Cor verde; 120 minutos;
- Nível 5 - Não urgente: Cor azul; 240 minutos (Coutinho, Cecílio & Mota 2012).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Foi realizada uma pesquisa de natureza descritiva, caráter transversal, e abordagem quantitativa. De acordo com Gil (2006), a pesquisa descritiva pretende descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis.

O corte transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico, com observação direta de determinada quantidade de indivíduos em uma única oportunidade no tempo, sem período de acompanhamento e comparações no tempo. Constitui uma ferramenta útil para descrever características de uma população; identificação de grupos de risco e suporte na ação e planejamento em saúde (BORDALO; 2006; BASTOS e DUQUIA, 2007).

Segundo Fonseca apud Silveira e Córdova (2009), a abordagem quantitativa está centrada na objetividade. As amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população. Os resultados baseiam se na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Os resultados da pesquisa são interpretados como um retrato real de toda a população alvo da pesquisa.

3.2 Área da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Ceilândia-DF. Ceilândia é uma região administrativa do Distrito Federal criada pela Lei n.º 49/89 e Decreto n.º 11.921/89, que surgiu em decorrência de um projeto do governo local em março de 1971, a Campanha de Erradicação das Invasões – CEI. Ceilândia possui uma área urbana de 29,10 km² e está subdividida em diversos setores, sendo eles: Ceilândia Centro; Ceilândia Sul; Ceilândia Norte; P Sul; P Norte; Setor O; Expansão do Setor O; QNQ; QNR; Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da Região Administrativa); Setor Privê; Condomínios Pôr do Sol e Sol Nascente (em fase de legalização) (PDAD – 2013).

A população total de Ceilândia está estimada em 449.592 habitantes, sendo a maioria constituída por mulheres (51,78%). Do total de habitantes 22,57% têm até 14 anos de idade. No grupo de 15 a 59 anos encontram-se 62,98% do total, e, a faixa etária dos 60 anos ou mais representam 14,45% do total de habitantes.

Ceilândia tem uma regional de saúde que conta com 12 centros de saúde e um hospital regional. Os centros de saúde oferecem diversos tipos de tratamento e atendimento em ações básicas como sala de pré-consulta do adulto, da mulher e da criança, teste do pezinho, sala de injeções e curativos, sala de imunização, nebulização, coleta de exames laboratoriais e dispensação de medicamentos. O hospital, por sua vez, possui um ambulatório com mais de 20 especialidades médicas; emergência nas especialidades de clínica médica; ortopedia; pediatria; obstetrícia e ginecologia; e clínicas de internação.

3.3 Sujeitos do Estudo

Neste estudo os sujeitos de pesquisa considerados foram os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos na clínica médica do Pronto Socorro do hospital em estudo. A delimitação desta faixa etária se deu com base nos critérios de definição da idade mínima para um habitante ser considerado idoso. No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso e critérios da OMS, é considerado idoso o habitante com a idade mínima de 60 anos.

Sendo assim, a população de estudo foi composta pelos idosos admitidos no Pronto-Socorro (PS) do hospital selecionado, no intervalo de março de 2013 a fevereiro de 2014, que foram avaliados e classificados através do protocolo de classificação de risco de Manchester. A delimitação do período se justificou pelo fato de o hospital ter implantado o Protocolo de Manchester em março de 2013, desta maneira, optou-se por analisar o perfil dos idosos no primeiro ano de implantação do acolhimento com classificação de risco.

Os critérios de inclusão foram:

1. Ter idade igual ou maior que 60 anos;
2. Ter sido acolhido no hospital selecionado para este estudo pelo critério de classificação de risco;

3. Ter os dados disponíveis no sistema TrakCare®.

Os critérios de exclusão foram:

1. Não ter idade escolhida para o estudo (menor ou igual a 60 anos);

3.4 Análise dos dados

Os dados para realização da pesquisa foram disponibilizados pelo setor de Gerência, Regulação, Controle e Avaliação (GRCA) do hospital, através da emissão de documento, em formato PDF (Portable Document Format), contendo a listagem de pacientes classificados no Pronto Socorro do hospital.

As variáveis escolhidas para análise neste estudo foram:

- Data de entrada no hospital
- Idade
- Sexo
- Procedência
- Classificação de risco

Os relatórios fornecidos pelo serviço foram convertidos em planilhas, e comporam o banco de dados da pesquisa. Os dados foram tabulados com o auxílio do software Excel e descritos através de medidas da Estatística Descritiva, tais como frequência absoluta, frequência relativa (em porcentagem), média e desvio-padrão.

3.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), e aprovado em maio de 2014, (protocolo número 30575114.3.0000.5553), tendo a pesquisa iniciado somente após sua aprovação, seguindo as recomendações do parecer consubstanciado do CEP (Anexo C).

2. Resultados e discussão

No primeiro ano de implantação do acolhimento com classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester, período correspondente de março de 2013 à fevereiro de 2014, foi registrado um total de 58.966 admissões no pronto socorro do hospital em estudo. Destas, 9.511 foi o número registrado de admissões por idosos, ou seja, 16,1% do total de admissões foram representadas pelos pacientes idosos.

Dentre o total de idosos, houve um maior número de admissões pelos usuários do sexo feminino (55%) do que pelo sexo masculino. A faixa etária compreendeu um intervalo desde os 60 anos até os 103 anos de idade (tabela 1), considerando os dois sexos, sendo a média de 71,3 anos (DP±8,4).

Tabela 1 – Distribuição das admissões dos idosos em frequência absoluta (n) e relativa (%) segundo sexo e faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal – Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
60-64	1403	26,6	1067	25	2470	25,9
65-69	1203	22,8	931	21,8	2134	22,4
70-74	986	18,7	811	19	1797	18,8
75-79	763	14,5	654	15,3	1417	14,8
80-84	468	8,9	425	9,9	893	9,3
85-89	279	5,3	260	6,1	539	5,6
90-94	102	1,9	68	1,5	170	1,7
95-99	44	0,15	30	0,7	74	0,7
100-104	8	0,15	9	0,2	17	0,17
Total	**5256**	**55,2**	**4255**	**44,7**	**9511**	**100**

Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

O fato de haver mais idosos do sexo feminino dentre a amostra em estudo corrobora com os apontamentos de Camarano, Kanso e Mello (2004) sobre a feminização da velhice. Segundo as autoras, 55% da população idosa é composta por mulheres, sendo que a proporção do contingente feminino aumenta quanto mais idoso for o segmento. Este fenômeno, no entanto, é típico de áreas urbanas. Nas áreas rurais há predomínio dos homens.

Embora o número de mulheres nas admissões totais tenha sido maior em relação aos homens, ao comparar as admissões por faixa etária, pode-se constatar que a proporção dos idosos do sexo masculino admitidos no pronto socorro é ligeiramente maior do que o sexo feminino nas idades mais avançadas. Tendo em vista que o contingente feminino aumenta quanto maior for a faixa etária dos idosos, chama atenção o fato dos idosos do sexo masculino se apresentarem em maior proporção nos grupos etários mais longevos.

Em estudo publicado pelo IGBE no ano de 2009, a autoavaliação de saúde foi apontada como fator influenciador no uso dos serviços, sendo que uma percepção ruim acarretou no maior uso dos serviços de saúde dentre os idosos. As mulheres idosas declararam um estado de saúde pior do que os homens, exceto entre os idosos de 80 anos ou mais. A partir desta faixa etária os homens declararam um estado de saúde pior do que as mulheres, e consequentemente utilizaram mais os serviços de saúde.

A questão da procura e utilização de serviços de saúde dentre homens e mulheres no Brasil foi investigada em estudo realizado por Pinheiro et al (2002). Foi constatado que, dentre os motivos de busca, as mulheres recorrem mais aos serviços de saúde para realizar exames de rotina e prevenção, enquanto os homens tendem a procurar pelos serviços de saúde por motivos de doença. Com relação ao tipo de serviço (posto ou centro de saúde), não houve diferença expressiva na procura dentre homens e mulheres, porém, foi possível observar uma diferença estatisticamente significativa na frequência hospitalar. Apenas no hospital a frequência foi um pouco maior para os homens. Os homens foram mais recorrentes no pronto-socorro, enquanto as mulheres buscaram mais pelos serviços ambulatoriais especializados.

No que diz respeito aos motivos pelos quais os homens se apresentem com mais frequência nos serviços de pronto atendimento, Figueiredo (2005) afirma que os homens recorrem a estes locais, pois acreditam que lá serão atendidos mais rapidamente, conseguirão expor seus problemas com mais facilidade e terão resposta as suas demandas de forma mais objetiva. Soma-se a isto a existência de uma visão dos serviços de atenção primária à saúde como ambientes feminizados, com ações voltadas em grande parte para as mulheres, como a atenção pré-natal e

as ações preventivas relacionadas à saúde da mulher; além de ter uma equipe de profissionais composta, em sua maioria, também por mulheres. Aspectos estes que por fim contribuem para que o primeiro atendimento dentre os homens ocorra preferencialmente nos prontos-socorros dos hospitais.

Frequência das admissões

Com relação à frequência de admissões no pronto socorro, os idosos com admissões únicas, ou seja, que procuraram pelo serviço apenas uma vez dentro do período estudado, contabilizaram ao todo 4.803 registros, pouco mais da metade do total de atendimentos.

Excluindo-se os idosos de admissões únicas (n=4.803) dos idosos das admissões totais (n=9.511), temos por fim um número de 4.708 readmissões, que representa 49,5% do total de admissões, distribuídas entre 1520 pacientes (cerca de 24% da amostra).

Do total de admissões dentre os sexo feminino (n=5.256), 2.779 foram de atendimentos únicos, o que corresponde a 52,8% do total de mulheres. Do total de homens atendidos (n=4.255), 47,5% procuraram apenas uma vez pela porta de entrada hospitalar (tabela 2). A idade em média dos idosos, considerando os dois sexos, foi de 70,8 anos (DP±8,4).

Tabela 2 - Distribuição da amostra de admissões únicas, em frequência absoluta (n) e relativa (%), segundo sexo e faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

Faixa Etária	Feminino		Masculino		Total	
	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
60-64	802	28,8	544	26,8	1346	28
65-69	626	22,5	467	23	1093	22,7
70-74	526	18,9	416	20,5	942	19,6
75-79	351	12,6	264	13	615	12,8
80-84	251	9	172	8,4	423	8,8
85-89	139	5	106	5,2	245	5,1
90-94	58	2	43	2,1	101	2,1
95-99	23	0,8	9	0,4	32	0,6
100-104	3	0,1	3	0,1	6	0,1
Total	2779	57,8	2024	42,1	4803	100

Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

A partir da primeira admissão um paciente pode ser readmitido por diversas razões, sejam elas por uma condição diferente da inicial, por uma intervenção planejada, ou pelos mesmos motivos prévios. As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinadas doenças e, além disso, são fatores que permitem discutir a resolutividade dos serviços de saúde. Quando desnecessárias, as rehospitalizações significam gastos desnecessários e implicam riscos indevidos à saúde dos pacientes (BORGES & TURRINI, 2011; CASTRO, CARVALHO & TRAVASSOS, 2005).

No pronto socorro do hospital em estudo, o número de readmissões variou de 1 a 49, sendo 3 a média (DP±2,9). Na tabela 3 foi feita a classificação de 1 a 9, e maior ou igual a 10 readmissões.

Tabela 3 – Frequência das readmissões dos idosos segundo sexo, em frequência absoluta e relativa, de um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

Readmissões	Feminino		Masculino		Total	
	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
1	529	61,5	395	59,7	924	60,7
2	166	19,3	118	17,8	284	18,8
3	67	7,7	63	9,5	130	8,5
4	41	4,7	24	3,6	65	4,2
5	17	1,9	19	2,8	36	2,3
6	9	1	12	1,8	21	1,3
7	7	0,8	3	0,4	10	0,6
8	10	1,1	5	0,7	15	0,9
9	5	0,5	2	0,3	7	0,4
≥ 10	8	0,9	20	3	28	1,8
Total	859	56,5	661	43,4	1520	100

Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

De acordo com a tabela 3 pode se constatar que tanto os idosos do sexo feminino quanto os idosos do sexo masculino apresentaram maior frequência em uma readmissão, 61,5% e 59,7% respectivamente. A partir da segunda readmissão pode se notar uma diminuição na frequência dos idosos reincidentes. Dentre os que foram readmitidos 10 ou mais vezes, é possível notar um número maior de idosos do sexo masculino em comparação ao sexo feminino.

Com relação aos idosos que procuraram pelo serviço por mais de uma vez e/ou foram readmitidos no pronto socorro, também pode ser observado uma maior demanda pelo sexo feminino do que pelo sexo masculino (tabela 4). Os idosos readmitidos no hospital, considerando os dois sexos, tinham em média 71,6 anos (DP±8,4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra readmitida, em frequência absoluta (n) e relativa (%), segundo sexo e faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
60-64	208	24,2	166	25,1	374	24,6
65-69	200	23,2	139	21	339	22,3
70-74	165	19,2	118	17,8	283	18,6
75-79	138	16,06	107	16,1	245	16,1
80-84	71	8,26	76	11,4	147	9,6
85-89	51	5,9	38	5,7	89	5,8
90-94	15	1,7	9	1,3	24	1,5
95-99	11	1,2	7	1	18	1,8
100-104	0	0	1	0,15	1	0,06
Total	859	56,5	661	43,4	1520	100

Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

Tabela 5 – Frequência das readmissões dos idosos segundo faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

Readmissões	Faixa etária																			
	60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-94		95-99		100-104		Total	
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%		
1	223	59,6	213	62,8	173	61,1	149	60,8	87	59,1	51	57,3	13	54,1	15	83,3	0	0	924	60,7
2	78	20,8	54	15,9	59	20,8	36	14,6	28	19	20	22,4	8	33,3	1	5,5	0	0	284	18,6
3	31	8,2	33	9,7	25	8,8	25	10,2	9	6,1	5	5,6	2	8,3	0	0	0	0	130	8,55
4	16	4,2	15	4,4	10	3,5	15	6,1	5	3,4	3	3,3	0	0	1	5,5	0	0	65	4,2
5	7	1,8	7	2	3	1	7	2,8	7	4,7	3	3,3	0	0	1	5,5	1	100	36	2,3
6	4	0,8	2	0,5	4	1,4	5	2	2	1,3	4	4,4	0	0	0	0	0	0	21	1,3
7	1	0,2	3	0,8	1	0,3	1	0,4	3	2	1	1,1	0	0	0	0	0	0	10	0,6
8	3	0,8	6	1,7	2	0,7	1	0,4	2	1,3	0	0	1	4,1	0	0	0	0	15	0,9
9	2	0,5	3	0,8	1	0,3	0	0	1	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0,4
≥10	9	2,4	3	0,8	5	1,7	6	2,4	3	2	2	2,2	0	0	0	0	0	0	28	1,8
Total	374	24,6	339	22,3	283	18,6	245	16,1	147	9,6	89	5,8	24	1,5	18	1,1	1	0,06	1520	100

Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

É possível verificar que a maior frequência de readmissão foi a primeira. Dentre elas, a maior proporção esteve nos idosos entre 95-99 anos (83,3%).

Procedência

Quanto ao local de procedência, é possível verificar que as admissões foram quase totalmente de pacientes residentes do Distrito Federal em comparação ao entorno (Goiás) e demais localidades (tabela 6).

Dentre as procedências do Distrito Federal estão compreendidas as seguintes cidades: Ceilândia, Taguatinga, Samambaia, Brasília, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Guará, Cruzeiro, Gama, Lago Norte, Núcleo Bandeirante, Planaltina, Santa Maria, Lago Sul, Paranoá, São Sebastião, Sobradinho, Brazlândia e Candangolândia.

Goiás compreendeu: Águas Lindas de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Padre Bernardo, Cocalzinho de Goiás, Novo Gama, Valparaíso de Goiás, Luziânia, Formosa, Cavalcante, Itumbiara e Lagoa Santa.

Dentre as demais localidades estão: Arapiraca – AL, Paratinga - BA, Buritis – MG, e, Riachinho - MG.

Tabela 6 – Distribuição da amostra das admissões totais segundo local de procedência, em frequência absoluta (n) e relativa (%), de um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

Procedência	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Distrito Federal	9050	95,1
Goiás	420	4,1
Outros	9	0,09
Não Consta	32	0,3
Total	9511	100

Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

Visto que o Distrito Federal foi a localidade com maior frequência dentre as admissões totais dos idosos, infere-se que consequentemente o local de procedência tanto dos idosos admitidos uma única vez, quanto a dos idosos com readmissões foi majoritariamente do Distrito Federal (tabela 7).

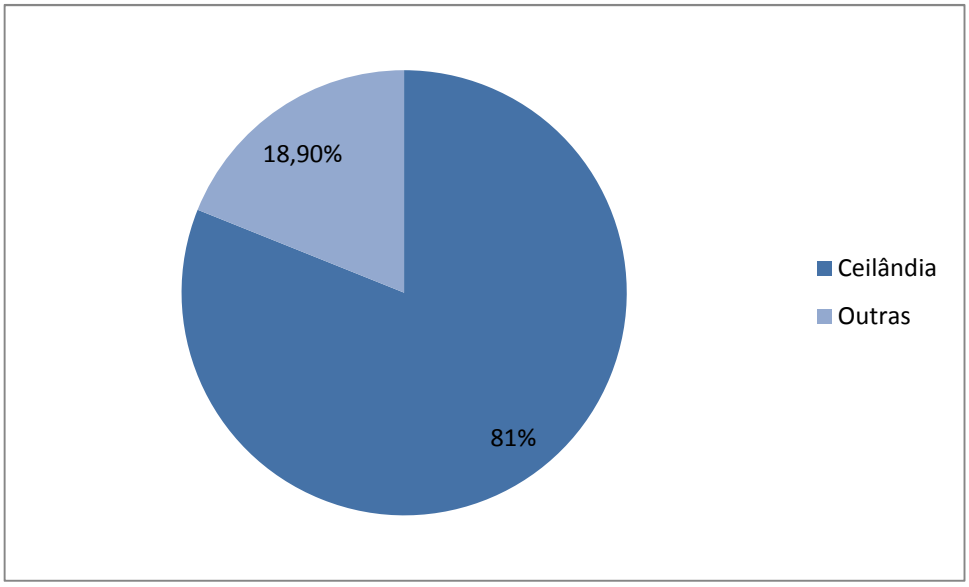
Tabela 7 - Procedência dos idosos, segundo admissão única e readmissões, em frequência absoluta (n) e relativa (%) em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

Procedência	Admissão Única		Readmissões	
	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Distrito Federal	4481	93,2	1471	96,7
Entorno	304	6,3	44	2,8
Outros	5	0,1	1	0,06
Não consta	13	0,2	4	0,2
Total	4803	100	1520	100

Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

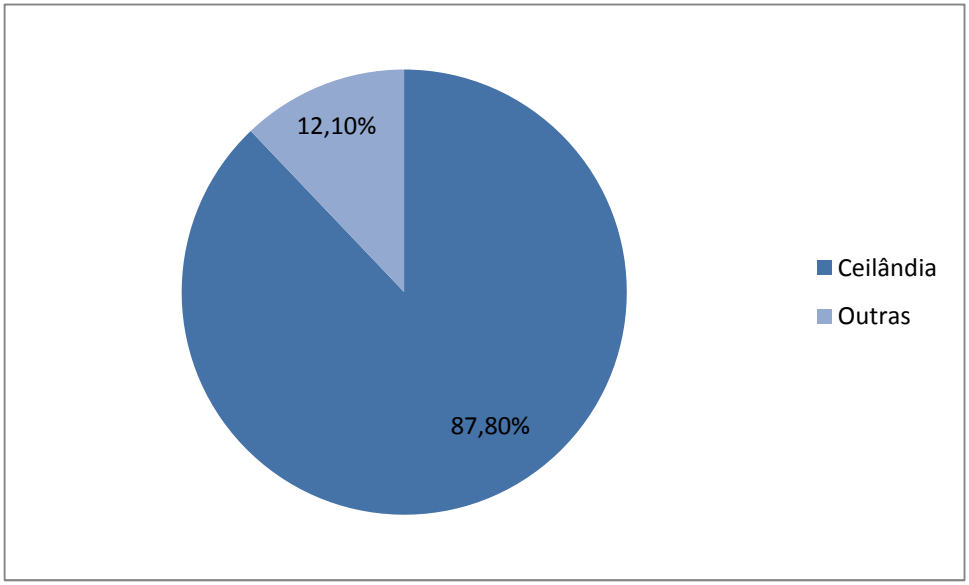
Dentre a procedência das cidades do Distrito Federal foi constatado que a maior parte da demanda foi a dos usuários residentes de Ceilândia – DF (gráficos 1 e 2), tanto nas admissões únicas (81%), quanto dos idosos com readmissões (87,8%).

Gráfico 1 – Proporção dos idosos segundo admissão única, procedentes de Ceilândia – DF em um Hospital Regional do Distrito Federal, Março de 2013 a Fevereiro de 2014.



Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

Gráfico 2 – Proporção dos idosos readmitidos procedentes de Ceilândia – DF em um Hospital Regional do Distrito Federal, Marco de 2013 a Fevereiro de 2014.



Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

A alta proporção de idosos procedentes de Ceilândia-DF no pronto socorro pode estar relacionado à localidade do hospital na própria cidade de residência, o que favorece a maior facilidade de acesso a estes serviços em comparação com as outras localidades, e caracteriza uma demanda de acordo com as características de oferta.

Abordagens desse tipo realizadas em outros estudos mostram resultados similares quanto à frequência prevalente de usuários atendidos no pronto socorro de hospitais localizados nas cidades de procedência. Na pesquisa de Brito, Ribeiro & Souza (2013), 80% dos pacientes avaliados eram procedentes da própria capital. Magnango (2011) constatou que 53,4% dos pacientes atendidos eram procedentes da cidade onde o pronto socorro estava localizado. Dubeux, Freese e Felisberto por sua vez verificaram que 74,9% da amostra em estudo eram advindos do município sede do hospital.

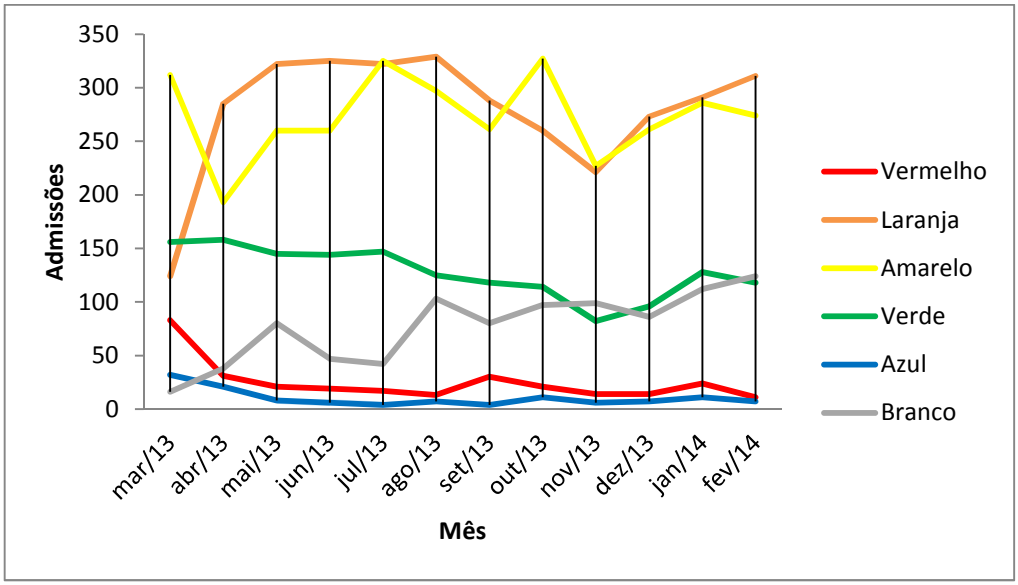
Com base nessa perspectiva há o estudo realizado por Pires et al (2010) que, dentre outros aspectos, caracterizou o motivo de busca de atendimento hospitalar pelos moradores do Distrito Federal e entorno. Nos dois casos a decisão própria foi a principal razão da procura pela porta de entrada hospitalar. Entretanto as justificativas que levam as pessoas a decidir pelo atendimento hospitalar se

mostraram significativamente diferentes. Enquanto o principal aspecto determinante para os moradores do DF foi a proximidade de casa aos serviços hospitalares (71,3%), para os moradores do entorno esta razão foi secundária. A principal razão foi a crença de que os hospitais de outras localidades são melhores do que os serviços ofertados em seus próprios municípios.

Classificação de risco segundo protocolo de Manchester

A maior classificação de risco observada do total de admissões foi a de cor laranja, em seguida pela cor amarela, que representam respectivamente as condições muito urgentes e urgentes. A cor vermelha, que caracteriza as condições que necessitam de atendimento imediato, esteve dentre as menores classificações de risco (gráfico 3).

Gráfico 3 – Admissão total dos idosos segundo classificação de risco em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.



Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

Tabela 8 – Classificação de risco, em frequência absoluta (n) e relativa (%), segundo sexo em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

Classificação de risco	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vermelho	153	2,9	145	3,4	298	3,1
Laranja	1847	35,1	1504	35,3	3351	35,2
Amarelo	1857	35,3	1426	33,5	3283	34,5
Verde	859	16,3	672	15,7	1531	16
Azul	60	1,1	64	1,5	124	1,3
Branco	480	9,1	444	10,4	924	9,7
Total	5256	55,2	4255	44,7	9511	100

Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

Tabela 9 - Classificação de risco, em frequência absoluta (n) e relativa (%), segundo faixa etária em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

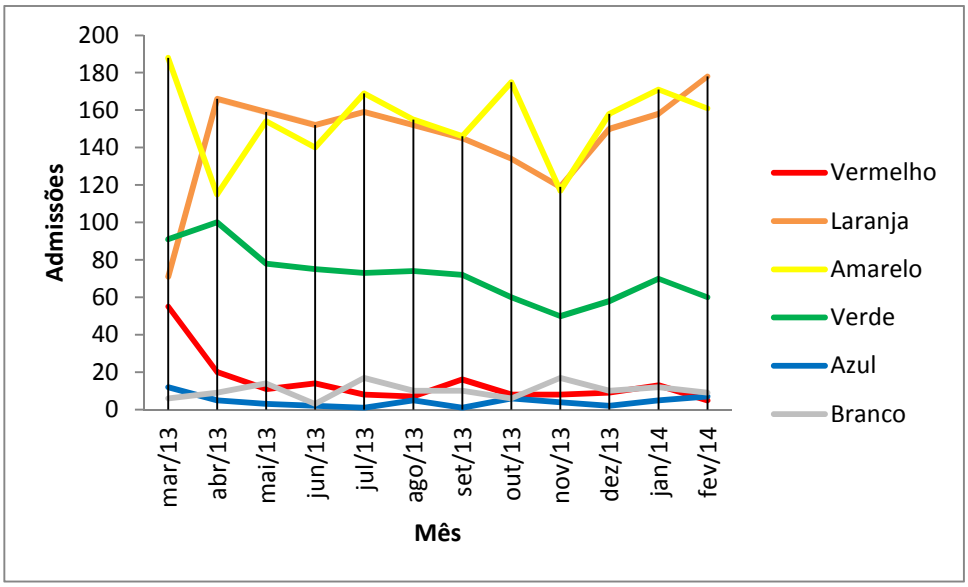
Classificação de risco	Faixa etária																	
	60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-94		95-99		100-104		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vermelho	61	2,4	58	2,7	64	3,5	43	3	32	3,5	25	4,6	5	2,9	8	10,8	2	11,7	298	3,1
Laranja	740	29,9	675	31,6	633	35,2	546	38,5	387	43,3	245	45,4	88	51,7	30	40,5	7	41,1	3351	35,2
Amarelo	908	36,7	733	34,3	663	36,8	452	31,8	280	31,3	177	32,8	41	24,1	23	31	6	35,2	3283	34,5
Verde	538	21,7	379	17,7	288	16	183	12,9	72	8	46	8,5	17	10	6	8,1	2	11,7	1531	16
Azul	30	1,2	36	1,6	20	1,1	13	0,9	20	2,2	2	0,3	3	1,7	0	0	0	0	124	1,3
Branco	193	7,8	253	11,8	129	7,1	180	12,7	102	11,4	44	8,1	16	9,4	7	9,4	0	0	924	9,7
Total	2470	25,9	2134	22,4	1797	18,8	1417	14,8	893	9,3	539	5,6	170	1,7	74	0,7	17	0,1	9511	100

Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

Dentre as classificações de risco, as cores laranja e amarelo foram as classificações atribuídas com maior frequência. Na classificação laranja, a maior proporção de idosos se concentrou na faixa etária dos 90-94 anos (51,7%). Com relação a classificação amarela houve maior proporção dos idosos de 70-74 anos (36,8%), e de 60-64 anos (36,7%).

Analisando a classificação de risco dos idosos admitidos uma única vez (gráfico 4) foi possível notar que a classificação urgente, representada pela cor amarela, esteve dentre as maiores classificações, seguida pelas condições muito urgentes, representada pela cor laranja. A classificação vermelha, característica das condições emergenciais, esteve dentre as menores classificações de risco.

Gráfico 4 – Classificação de risco dos idosos segundo admissão única em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.

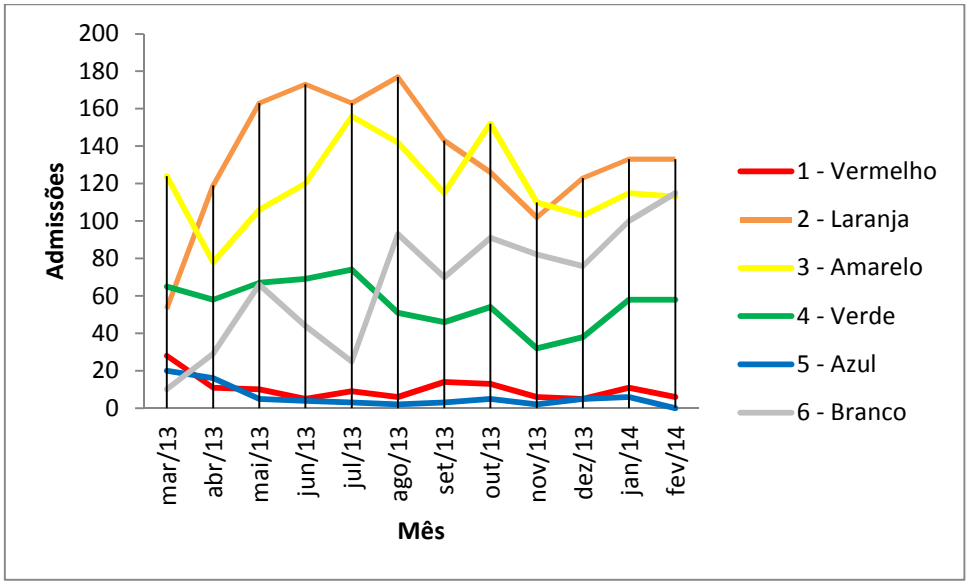


Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

Dentre os idosos readmitidos também pode ser observado um maior número de classificações laranja, condizentes às características muito urgentes, seguida pela classificação amarela, característica das condições urgentes. Dentre os meses de maio a agosto (meses de inverno) nota-se um aumento nestas classificações de risco, com queda a partir de setembro (gráfico 5). A classificação emergencial de cor vermelha esteve dentre as menores classificações de risco.

Pode se constatar ainda, que, a classificação de cor branca, que caracteriza os atendimentos que não pertencem ao serviço de urgência, apresentou uma tendência crescente no decorrer dos meses dentre os idosos readmitidos.

Gráfico 5 – Classificação de risco segundo readmissão total dos idosos em um Hospital Regional do Distrito Federal - Março de 2013 a Fevereiro de 2014.



Fonte: Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

No estudo de Oliveira et al (2011) foi observado que grande parte das classificações de risco atribuídas à população geral atendida em uma unidade de emergência referenciada foram a classificação de cor verde, seguidas pelas classificações de cor azul, amarela e vermelha.

Moore (2014) por sua vez ao investigar sobre os pacientes frequentes em um departamento de emergência verificou que uma pequena parcela de pacientes foram classificados com a cor vermelha e laranja, no entanto os pacientes frequentes apresentaram maiores proporções nestas categorias, ou seja, quanto mais frequentes, mais urgentes eram as condições apresentadas pelos pacientes. Resultados similares foram encontrados no estudo de Acosta (2012), em que os usuários frequentes dos serviços de saúde de modo geral foram classificados com gravidades moderadas e altas.

Há um senso comum de que o envelhecimento populacional acarreta na superlotação das emergências hospitalares devido a prevalência das doenças crônico-degenerativas, que por sua vez são suscetíveis a exacerbações frequentes. No entanto, isto não necessariamente significa um uso inapropriado dos serviços por este segmento populacional. O problema a ser questionado, no entanto, é o que tem sido feito, quantitativamente e qualitativamente, em relação aos cuidados ofertados

a estes pacientes (SALVI et al, 2007). Outro conjunto de questões, levantado por Adams & Gerson (2003) foram: estariam os profissionais de saúde do departamento das emergências hospitalares cientes dos desafios trazidos pelo fenômeno do envelhecimento populacional?; Os pacientes têm recebido atendimento adequado as suas necessidades?; Os médicos têm agido de forma a propiciar o bem estar dos pacientes?

Sabe-se que os idosos são admitidos e utilizam os serviços de emergência com frequência, permanecem por tempos prolongados e após alta são readmitidos constantemente. Desse modo, a organização de um sistema de saúde eficiente ao atendimento da população idosa requer estratégias de gerenciamento de demanda de uma população que continuará crescendo e procurando por serviços de saúde (ADAMS & GERSON, 2003; Veras, 2009; McCusker et al apud Lowthian et al 2012).

Adams & Gerson (2003) defendem que as emergências não são designadas para os idosos. Isto porque o modelo destes departamentos foi concebido para casos os casos agudos e as causas externas, o que não condiz com as características dos pacientes idosos, que por vezes se apresentam com condições clínicas complexas e funcionalidade debilitada. Os autores criticam ainda o rápido processo de triagem, que não é capaz de compreender de forma integral o contexto em que se encontram estes pacientes de modo a garantir um cuidado condizente com suas necessidades, e propõem então pensar em novos modelos de cuidados para este grupo populacional.

De acordo com Veras et al (2007) o setor saúde ainda busca meios eficazes para equacionar os problemas decorrentes do processo de envelhecimento. Com base nessa perspectiva, propõe a construção de novos modelos de atenção que saiam da prática hospitalocêntrica e tenham foco na identificação precoce de problemas que possam ser tratados no âmbito ambulatorial.

Para que seja possível assegurar qualidade de vida aos idosos e o bem estar da população como um todo é importante que se incluam iniciativas de promoção e a educação em saúde, prevenção e retardamento de doenças e fragilidades, manutenção da independência e da autonomia. Implicando desta maneira a criação de uma linha de cuidado através de uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica (VERAS, 2012; 2013).

É importante destacar que o maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença, no entanto uma vez que a doença crônica já está estabelecida, o objetivo não deve ser a cura, e sim o monitoramento do perfil de saúde do paciente e estabilização do quadro clínico (VERAS 2013).

Neste percurso a atenção primária à saúde, ordenadora do cuidado, exerce papel fundamental na atenção necessária desse grupo com características específicas, o que possibilitaria reduzir ou postergar as hospitalizações, readmissões hospitalares e institucionalizações, e constituir alternativas menos custosas de atenção à saúde. Torna-se necessário que todos os envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde dos idosos sejam estimulados a repensar o atual modelo de atenção à saúde, a fim de construir um sistema de saúde humano, participativo e de qualidade. Contribuindo por fim para a melhoria da vida dos idosos, através de uma abordagem preventiva e integral, associada à reflexão epidemiológica e o planejamento de ações (VERAS 2013).

Considerações Finais

As admissões dos idosos representaram pouco mais de 16% do total de admissões. Esta parcela da amostra por sua vez permitiu extrair informações relevantes para que tenhamos uma concepção da relação entre os usuários idosos e os serviços de saúde.

Foi possível constatar que a idade dos idosos contemplou um grande intervalo, compreendendo a faixa etária desde os 60 até os 103 anos de idade, considerando o sexo feminino e masculino.

No que diz respeito ao acesso, verifica-se que há uma íntima relação entre a localização da unidade hospitalar e a cidade de residência como determinantes na maior procura e utilização dos serviços, visto que quase totalidade da amostra foi composta por usuários procedentes da mesma região onde está localizado o hospital.

A frequência de readmissões foi outro dado que chamou atenção. Quase metade do total de registro dos idosos no pronto socorro foi composta por readmissões. Em geral os idosos readmitidos tinham entre 60-69 anos, e em sua maioria foram readmitidos uma vez.

As classificações de risco apontaram em grande parte para a necessidade de atendimento urgente dentre os idosos. O que de certa forma permite deduzir que as condições apresentadas por estes sujeitos condiziam com a necessidade de atendimento no pronto socorro. No entanto, neste estudo não foi possível ter acesso as queixas dos pacientes no momento da triagem, nem seu percurso assistencial após admissão, não sendo possível verificar se as readmissões ocorreram pelo mesmo motivo da admissão anterior, se foram exacerbações das condições crônicas ou se houveram internações após admissão, ficando a análise limitada apenas ao número das readmissões, e a relação com a classificação de risco segundo protocolo de Manchester.

Estes dados mostram apenas uma parte das características dos idosos no pronto socorro de um hospital regional do Distrito Federal. Contudo são importantes indicadores que mostram um panorama do padrão de utilização dos serviços de saúde pelos idosos e caso sejam investigadas características além das pesquisadas neste estudo, poderão contribuir para a elaboração de ações e intervenções necessárias à melhoria da saúde deste grupo populacional.

O conhecimento do perfil de saúde da população idosa é fundamental para que este segmento tenha assistência adequada às suas necessidades, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, sejam elas ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, tendo em vista que estas são algumas das competências previstas na PNI.

Sabendo que a população idosa tende a crescer e consequentemente passará a conviver cada vez mais com as condições crônicas, é importante que sejam oportunizados a este grupo populacional a possibilidade de viver com autonomia e independência, mesmo com a presença de alguma doença crônica. Princípio este que norteia a PNSPI.

Nesse sentido, a organização do sistema em todos os níveis de atenção e o conhecimento e capacitação dos profissionais de saúde voltados especificamente para este grupo etário tornam-se imprescindíveis para a garantia de melhores níveis de saúde da população, favorecendo ainda a resolubilidade dos serviços.

Referências Bibliográficas

ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca de atendimento.** 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2012. Disponível em: www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67152/000872852.pdf?sequence=1. Acesso em: dez 2013.

ADAMS, James G.; GERSON, Lowell W. A New Model for Emergency Care of Geriatric Patients. **Acad Emerg Med.** March 2003, Vol. 10, No. 3. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/aemj.10.3.271/pdf. Acesso em jun 2013

ANZILIERO, F. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco:** revisão de literatura. 2011. 47 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2011. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1 Acesso em: dez. 2013.

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

BORDALO, A. A.. Estudo transversal e/ou longitudinal. ***Rev. Para. Med.*****,** Dec. 2006, vol.20, no.4, p.5-5. ISSN 0101-5907.

BORGES, M. F.; TURRINI, R. N. T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, jun/set, p. 453-61, 2011. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976002. Acesso em mai 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf Acesso em: nov. 2013.

_____. **Lei nº8.080, 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. **Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

_____. **Lei nº8.842, de 28 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

_____. **Lei nº8.842, de 28 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm

_____. **Portaria 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). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

_____. **Portaria nº 1.600, de 7 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).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1583-6

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.

BRITO, M. V. H.; RIBEIRO, B. de C.; SOUZA, I. C. B. de. Perfil da demanda do serviço de urgência e emergência do Hospital Pronto Socorro Municipal - Mário PinottiI. **Rev. para. med**;27(1), jan.-mar. 2013. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=676555&indexSearch=ID#refine Acesso em: jun 2014.

CAMARANO, A. A.; KANSO. S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? . In: **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, p.25-73, 2004.
Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0191.pdf Acesso em jun de 2014.

CASTRO, M. S. M. de; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Fatores associados às readmissões hospitalares em um hospital geral Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, ago. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400021&lng=en&nrm=iso. Acesso em jun 2014.

CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. (Orgs.) **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Unidade 2, p. 31-4.

Disponível em: http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf

COUTINHO, A. A. P. et al. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188-198. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/view/520/516

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, Junho 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200003&lng=en&nrm=iso Acesso em jun 2014.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, Mar. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso Acesso em jun de 2014

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en&nrm=iso

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas? (2006) Documento disponível em: *www.ngd.ufsc.br/files/2012/04/ric_CLASSIFICA**PESQUISA**GIL.doc*

HOSKINS, I.; KALACHE, A.; MENDE, S.. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. ***Rev Panam Salud Publica/****Pan Am J Public Health* 17(5/6), 2005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA-IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil : 2009** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Série: Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Disponível em: biblioteca.ibge.gov.br/d_detalhes.php?id=242597

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA-IBGE. Censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA-IBGE. **Projeção da população por sexo e idade 1980-2050.** Revisão 2008

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Publica**, São Paulo, 2008, v 42, n. 4, p. 733-740.

MAGNAGO, T. et al. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n1/a3528.pdf Acesso em mai, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MIYATA, D. F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: Um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar,** Umuarama, v.9, n. 2, mai./ago., p. 135-140, 2005.

MOORE, L. et al. **Characteristics of frequent attenders in an emergency department: analysis of 1-year attendance data**. Emergency Medical Journal. V26, p. 263-267, 2009. Disponível em: **http://emj.bmj.com/content/26/4/263.short**. Acesso em: jun 2013.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P. de; SETA, M. H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030&lng=en&nrm=iso

OLIVEIRA, N. G.. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** V19, n.3 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14 Acesso em: jun. 2014

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. . **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 4, 2002 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: jun, 2014.

PIRES, M. R. G. M. et al . Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, Junho 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007&lng=en&nrm=iso Acesso em jun 2014.

SALVI, F. et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. **Intern Emerg Med**. 2007 Dec;2(4):292-301. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18043874. Acesso em: jun, 2014.

SANTOS, S. S. C. et al . Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriátrica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 21, n. 4, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2013.

SANTOS JÚNIOR, É. A. dos et al. **Acolhimento com classificação de risco. Prefeitura de Belo Horizonte / Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em:

http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf

SCHRAMM, J. M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2004, v. 9, n. 4, p. 897-908.

TrakCare® Overview: Internet-based Healthcare Information System**. Disponível em: http://www.intersystems.com/trakcare/features/overview.html**

VERAS, R. et al. Cidadania e saúde - transformações demográficas e os novos desafios resultantes do envelhecimento populacional. In: MINAYO, MCS., e

COIMBRA JR, CEA., orgs. ***Críticas e atuantes*****:** ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005. 708 p.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública,** São Paulo, 2009; v. 43, n. 3, p. 548-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 10, Out. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso Acesso em jul. 2014.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. de A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, Dez. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em Jul. 2014.

VERAS, R. P. et al . Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência:: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentesIndicadores de fragilidade em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jun. 2014.

ANEXOS

ANEXO A - Fluxograma de descritores para o Sistema de Triagem Manchester.

Sinal ou sintoma de apresentação
Agressão
Alergia
Alteração do comportamento
Asma, história de
Auto-agressão
Bebê chorando
Cefaléia
Convulsões
Corpo estranho
Criança irritada
Criança mancando
Desmaio no adulto
Diabetes, história de
Diarréia e/ou vômitos
Dispnéia em adulto
Dispnéia em criança
Doença mental
Doença sexualmente transmissível
Dor abdominal em adulto
Dor abdominal em criança
Dor cervical
Dor de garganta
Dor lombar
Dor testicular
Dor torácica
Embriaguez aparente
Erupção cutânea
Exposição de agentes químicos
Feridas
Gravidez
Hemorragia digestiva
Infecções locais e abscessos
Mal estar em adulto
Mal estar em criança
Mordeduras e picadas
Overdose e envenenamento
Pais preocupados
Palpitações

Continua

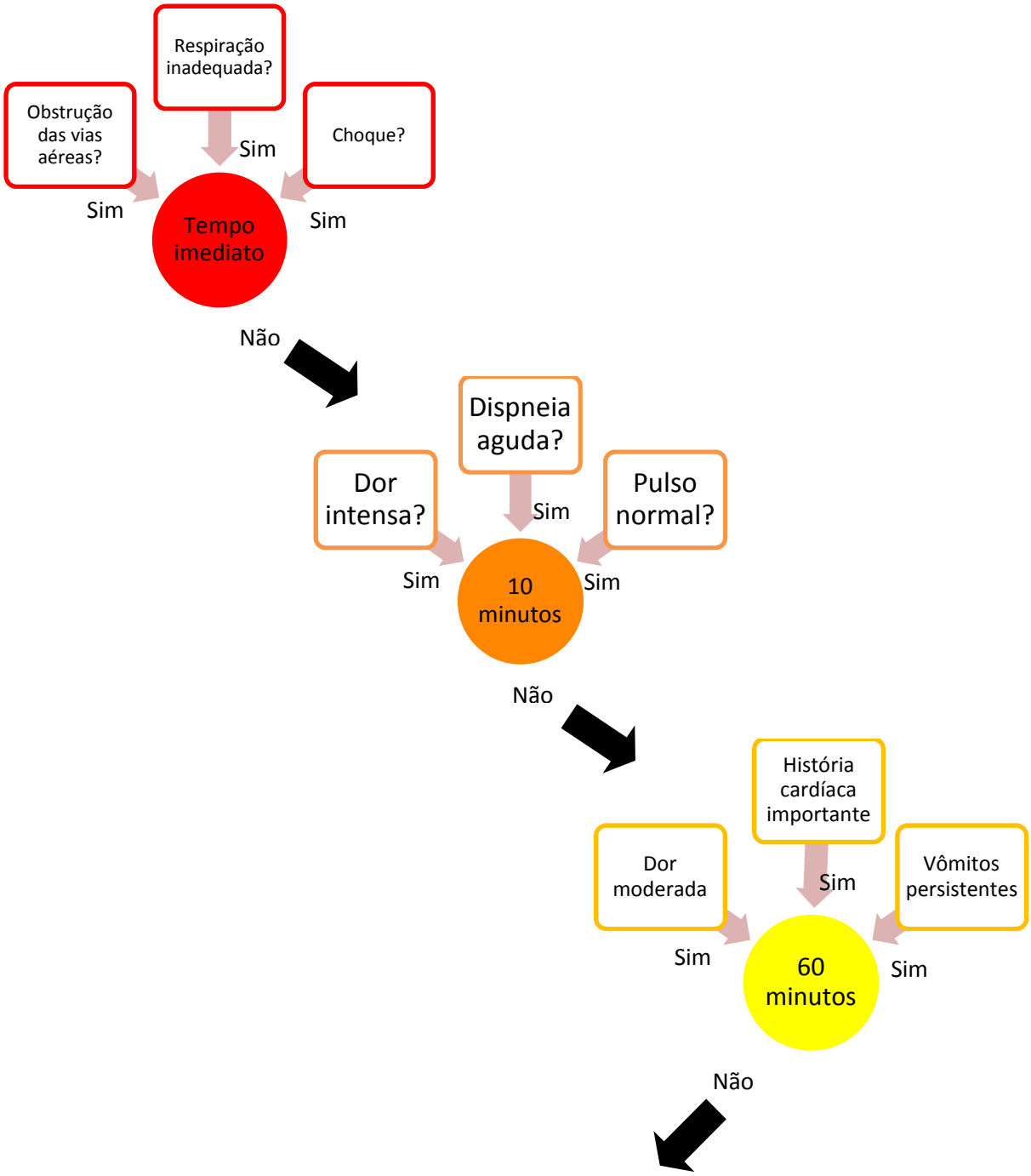
Continuação

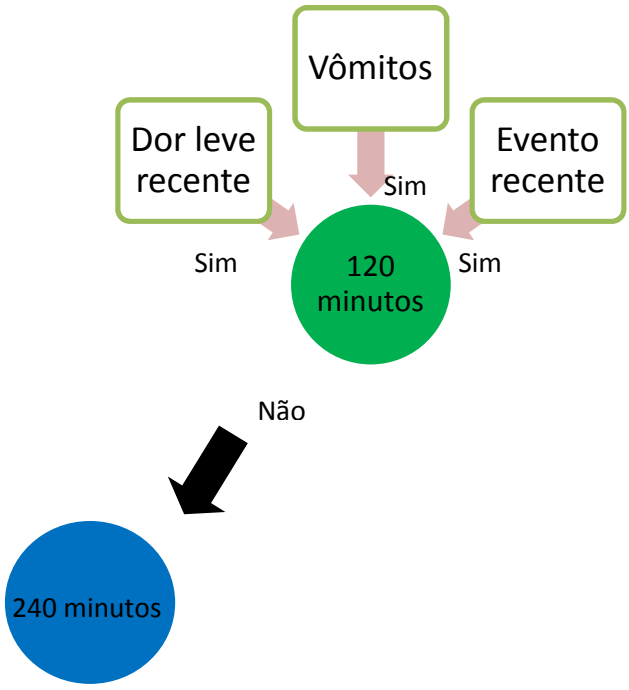
Problemas dentários
Problemas em extremidades
Problemas em face
Problemas nos olhos
Problemas nos ouvidos
Problemas urinários
Quedas
Queimaduras
Sangramento vaginal
Trauma cranioencefálico
Trauma maior
Trauma troncoabdominal
Síndrome de múltiplas vítimas - Avaliação Primária
Síndrome de múltiplas vítimas - Avaliação Secundária

Fonte: Adaptado de Manchester Triage Group , 2006, GBCR, 2010 e Grupo Português de Triagem, 2007 apud ANZILIERO, 2011.

ANEXO B - Fluxograma descritor para definição de prioridade na classificação de risco

Exemplo para dor torácica na definição de prioridade





Adaptado de Mackaway-Jones, 2006; GPT, 1997; GBCR, 2010 apud ANZILIERO, 2011.

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O perfil dos idosos atendidos na urgência e emergência de um Hospital Regional do Distrito Federal

Pesquisador: Mariana Sodario Cruz
Área Temática:
Versão:
CAAE: 30575114.3.0000.5553
Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 643.698
Data da Relatoria: 28/04/2014

Apresentação do Projeto:
O aumento da população idosa brasileira tem provocado impactos significativos nos serviços de saúde hospitalares, principalmente se a Atenção Primária em Saúde (APS) não estiver operando em sua plenitude. A escolha pelo atendimento em hospitais ou centros de saúde decorre do julgamento do indivíduo sobre seu estado de saúde. A gravidade do estado de saúde e a visão do centro de saúde como pouco resolutivo ou com oferta limitada de serviços foram fatores significativos na escolha do atendimento hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Analisar o perfil dos idosos atendidos nos serviços de urgência e emergência de um Hospital Regional do Distrito Federal e descrever as classificações de risco atribuídas, segundo o protocolo Manchester.

Objetivos Secundários:
Determinar o perfil demográfico dos idosos atendidos na urgência e emergência de um Hospital Regional do Distrito Federal, quanto aos critérios de sexo e idade;

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Identificar a procedência (local de residência) dos idosos atendidos na urgência e emergência do hospital selecionado;
Verificar a classificação de risco dos idosos atendidos na urgência e emergência do hospital selecionado, segundo o protocolo de Manchester relacionando com condições possivelmente sensíveis a APS;
Verificar em que local o atendimento necessário após a classificação de risco foi realizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos: vulnerabilidade dos sujeitos de pesquisa cujos dados pessoais serão acessados.

Benefícios:
O conhecimento do perfil dos idosos que procuram o hospital pode ajudar no planejamento dos sistemas locais de saúde, a partir da previsão da demanda e articulação com a rede para melhor fluxo assistencial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa descritiva de caráter transversal e abordagem quantitativa. Os sujeitos serão os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, admitidos no Pronto-Socorro (PS) HRC, no período de março de 2013 a fevereiro de 2014, que foram avaliados pelo protocolo de classificação de risco de Manchester e que constam no sistema de informação do hospital.
Os dados para realização da pesquisa serão disponibilizados pelo setor de Gerência,
Regulação, Controle e Avaliação (GRCA) do hospital, após solicitação ao serviço pela pesquisadora e emissão de relatórios pelo mesmo, em formato pdf (Portable Document Format). Os dados serão coletados no sistema de informação TrakCare®.
As variáveis disponibilizadas para análise e
escolhidas para o estudo são: data de entrada no hospital, data de nascimento, idade, sexo, procedência, classificação de risco e local de atendimento após a classificação. Os relatórios fornecidos pelo serviço serão convertidos em planilhas, que comporão o banco de dados da pesquisa.
A beneficência do estudo foi devidamente demonstrada.
Os benefícios superam os riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Folha de Rosto: apresentada.
Termo de Concordância: apresentado.

Dispensa de TCLE: autorizada.

Currículos dos pesquisadores: apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em conformidade com a Resolução 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 12 de Maio de 2014

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)