



Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências

Sociodemographic profile and hospitalization process of elderly assisted at a emergency hospital

Perfil sociodemográfico y proceso de hospitalización de ancianos asistidos en un hospital de emergencias

Maria Luciene Nobre Coutinho¹, Margarita Acevedo Samúdio², Luciene Miranda de Andrade¹, Rainério Nobre Coutinho³, Denise Maia Alves da Silva¹

Objetivo: investigar o perfil sociodemográfico e o processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergência. **Métodos:** estudo epidemiológico descritivo, realizado em um hospital de emergência com 300 pacientes idosos utilizando um formulário com variáveis sociodemográficas e do processo de hospitalização. **Resultados:** observou-se predominância do sexo feminino (56,0%), entre 80 e 89 anos (45,4%), analfabetos ou com ensino fundamental (86,7%), casados ou vivendo em união estável (42,6%), com doença crônica não transmissível (54,7%) e em uso regular de medicamentos. O principal motivo da internação foi a queda (54,7%) na residência e no horário matinal (42,4%), com admissão no período da tarde, transportado por ambulância. **Conclusão:** os achados contribuem para a elaboração de estratégias direcionadas ao atendimento e cuidado do idoso saudável e em situações de vulnerabilidade.

Descritores: Idosos; Emergência; Epidemiologia; Enfermagem.

Objectives: to investigate the sociodemographic profile and the process of hospitalization of elderly assisted in an emergency hospital. **Methods:** descriptive epidemiological study conducted at an emergency hospital with 300 elderly patients using a form with hospitalization process and sociodemographic variables. **Results:** there was a predominance of females (56.0%), between 80 and 89 years old (45.4%), illiterate or with elementary education (86.7%), married or living in stable union (42.6%), with non-communicable chronic disease (54.7%) and regular use of medications. The main reason for hospitalization was fall (54.7%) at home and in the morning hours (42.4%), with admission in the afternoon, transported by ambulance. **Conclusion:** the findings contribute to the development of strategies directed to assist and care of the healthy elderly and in vulnerable situations.

Descriptors: Seniors; Emergency; Epidemiology; Nursing.

Objetivo: investigar el perfil sociodemográfico y el proceso de hospitalización de ancianos asistidos en un hospital de emergencia. **Métodos:** estudio epidemiológico descriptivo, realizado en un hospital de emergencia con 300 pacientes ancianos mediante un formulario con variables sociodemográficas y el proceso de hospitalización. **Resultados:** hubo predominio del sexo femenino (56,0%), entre 80 y 89 años (45,4%), analfabetos o con educación primaria (86,7%), casados o cohabitando (42,6%) con enfermedades no transmisibles crónicas (54,7%) y en uso regular de medicamentos. La razón principal de la hospitalización fue la caída (54,7%) en la residencia y por la mañana (42,4%), con entrada por la tarde, transportado en ambulancia. **Conclusión:** los resultados contribuyen al desarrollo de estrategias dirigidas a la atención y cuidado del anciano saludable y en situaciones vulnerables.

Descriptor: Personas Mayores; Emergencia; Epidemiología; Enfermería.

¹Instituto Dr José Frota. Fortaleza, CE, Brasil.

²Universidad Americana. Assuncion, Paraguai.

³Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Introdução

O Brasil atravessa um processo de rápido envelhecimento da população. São mais de 20 milhões de idosos, que representam aproximadamente 11% do total da população. Estima-se que esse contingente triplique até 2050⁽¹⁾. Vários fatores têm favorecido o aumento na expectativa de vida das pessoas, dentre eles, as descobertas na promoção de novas técnicas de prevenção das doenças e promoção da saúde, diminuição na taxa de natalidade e aumento da longevidade, evidenciando o aumento no número de idosos na sociedade⁽²⁾.

Os indivíduos idosos podem ser divididos nas seguintes categorias: idoso jovem (60 a 74 anos de idade), idoso mais velho (75 a 100 anos de idade) e centenários (mais de 100 anos de idade)⁽³⁾.

A velhice é uma etapa da vida com características e valores únicos, em que o indivíduo passa por modificações, tanto na estrutura orgânica, no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas condições emocionais, intelectuais, e ainda, na própria comunicação⁽⁴⁾. Com o avançar da idade, o corpo torna-se vulnerável, conferindo riscos à qualidade de vida, cujos acidentes geram altos custos com saúde⁽⁵⁾. As alterações fisiológicas podem proporcionar o surgimento de doenças que podem comprometer o funcionamento do organismo, exigindo mais atenção e um cuidado diferenciado.

Assim, com as mudanças na estrutura etária, observa-se a necessidade de modificar os diversos conceitos de saúde para proporcionar qualidade de vida ao idoso. O Estatuto do Idoso, lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 afirma que “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”^(6,13).

Uma das metas é aumentar a qualidade dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde para trabalharem com os detalhes da vida da pessoa

idosa. Entre eles, estão: a identificação de situações de vulnerabilidade social; a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais e a avaliação da capacidade funcional⁽¹⁾.

A procura de idosos por serviços de saúde costuma ocorrer quando estes são acometidos por limitações importantes e/ou necessitam de assistência devido à redução da força muscular e a incapacidades funcionais, sendo este momento fundamental para que profissionais, principalmente o enfermeiro, da saúde atuem de forma a reduzir as possíveis incapacidades e dependências⁽⁷⁾. Com isso, a compreensão que estes profissionais têm do idoso interferem na maneira de oferecer assistência e tratamento adequados⁽⁴⁾.

Nas unidades de emergências, é comum o atendimento ao idoso devido à maior frequência de problemas relacionados à idade, exigindo profissionais preparados para assistência imediata aos clientes. Portanto, é imprescindível prezar pela manutenção da qualidade de vida dessa população, com vistas às possibilidades de prevenção de doenças, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde⁽⁸⁾.

O idoso com a qualidade de vida preservada, na maioria das vezes, tem sua autonomia também preservada, tanto a independência física, como a psíquica. Para tanto é necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, que consigam englobar as diferenças nas condições de saúde desse contingente populacional, respeitando suas especificidades e peculiaridades, de forma a priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os já doentes.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo investigar o perfil sociodemográfico e o processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergência.

Método

Estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital

de emergências, situado na região metropolitana da Cidade de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, Região nordeste do Brasil.

A população do estudo compreendeu os idosos com idade igual ou superior a 60 anos atendidos e internados no referido hospital. Adotaram-se como critério de inclusão os idosos acompanhados por um cuidador. Foram excluídos os idosos que apresentavam alguma instabilidade hemodinâmica sem condições de compreensão e/ou responder às perguntas da pesquisa e/ou seus acompanhantes e aqueles que aguardavam transferência para a Unidade de Terapia Intensiva.

Para estimar o número de participantes no estudo, foi feito o cálculo baseado no número médio de internação de cinco meses (300 pacientes idosos) utilizando a fórmula para populações finitas. Adotou-se um nível de confiança de 95% com erro amostral de 5,0%, assim foi estimada amostra mínima de 200 pacientes. Entretanto, a casuística do estudo foi de 300 pessoas idosas entrevistadas de agosto a dezembro de 2013.

A coleta de dados ocorreu utilizando-se um formulário estruturado, aplicado de modo individualizado, respeitando as condições clínicas e emocionais do mesmo, assim como de seu acompanhante, durante a hospitalização. O formulário era composto por variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, ocupação e estado civil, além dos dados relacionados ao processo de hospitalização e atendimento do idoso: motivo do internamento, dia da semana, horário da ocorrência do episódio e do internamento e o município de residência. Também se investigou traumas/lesões apresentadas, grau de comprometimento, tempo de internação e condições de alta hospitalar.

Os dados foram processados no programa Microsoft® Excel 2010 e após compilados em software estatístico Epi Info Software para Profissionais de Saúde. Os resultados foram analisados frequência percentual simples, seguidos de análise descritiva e comparativa de acordo com pesquisas referentes à temática.

A pesquisa respeitou as recomendações e requisitos éticos contidos na Resolução nº 466/12, recebendo o protocolo de aprovação nº 372.525.

Resultados

Dos 300 idosos, maior proporção era do sexo feminino (168; 56,0%), ≥ 80 anos (136; 45,4%), de cor autoinformada parda (230; 76,7%), pouca ou nenhuma escolaridade (260; 86,7%), casados ou vivendo em união estável (128; 42,6%), desenvolviam algum tipo de trabalho (157; 85,7%), residindo em Fortaleza, Capital do Estado do Ceará. Entre os idosos, 164 (54,7%) referiram ser portador de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais se destacaram o diabetes e a hipertensão arterial, e faziam uso de medicação regular (160; 53,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos idosos internados em um hospital de emergências de acordo com os sexos

| Variáveis | Homens | Mulheres | Total |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Faixa etária (anos) | | | |
| 60 a 69 | 49 (37,1) | 29 (17,3) | 78 (26,0) |
| 70 a 79 | 38 (28,8) | 48 (28,6) | 86 (28,6) |
| ≥80 | 45 (34,1) | 91 (54,1) | 136 (45,4) |
| Raça/Cor (autoinformada) | | | |
| Parda | 103 (78,0) | 127 (75,6) | 230 (76,7) |
| Outras | 29 (22,0) | 41 (24,4) | 70 (23,0) |
| Escolaridade | | | |
| Analfabeto(a) | 51 (38,6) | 53 (31,5) | 104 (34,6) |
| Ensino fundamental | 63 (47,8) | 93 (55,3) | 156 (52,1) |
| Ensino médio | 13 (9,8) | 16 (9,6) | 29 (9,7) |
| Ensino superior | 5 (3,8) | 6 (3,6) | 11 (3,6) |
| Estado civil | | | |
| Solteiro | 15 (11,4) | 25 (14,9) | 40 (13,4) |
| Casado/União estável | 74 (56,1) | 54 (32,1) | 128 (42,6) |
| Viúvo | 27 (20,5) | 84 (50,0) | 111 (37,0) |
| Divorciado(a)/(Separado(a)) | 16 (12,1) | 5 (3,0) | 21 (7,0) |
| Situação ocupacional | | | |
| Aposentado(a) | 59 (44,7) | 84 (50,0) | 143 (47,7) |
| Agricultor(a) | 32 (24,2) | 23 (13,7) | 55 (18,3) |
| Outras | 41 (31,1) | 61 (36,3) | 102 (34,0) |
| Município de residência | | | |
| Fortaleza | 63 (47,7) | 89 (53,0) | 152 (50,6) |
| Outros | 69 (52,3) | 79 (47,0) | 148 (49,4) |
| Portador de doença crônica | | | |
| Sim | 61 (46,2) | 103 (61,3) | 164 (54,7) |
| Não | 71 (53,8) | 65 (38,7) | 136 (45,3) |
| Faz uso de medicação regular | | | |
| Sim | 62 (47,3) | 98 (58,3) | 160 (53,3) |
| Não | 70 (52,7) | 70 (41,7) | 140 (46,7) |
| Total | 132 (100,0) | 168 (100,0) | 300 (100,0) |

Quanto ao processo de hospitalização, houve expressiva proporção de internação decorrente da ocorrência queda (223; 74,3%), cujas mulheres apresentaram maior número/proporção (142; 84,5%), seguido por atropelamento (34; 11,4%). Os homens apresentaram maior número de episódios de atropelamento e acidentes de moto/carro (40; 30,3%). Quanto à ocorrência do agravo, a maioria aconteceu na residência (194; 64,6%), nos dias da semana (226; 75,3) e ao se analisar o horário da ocorrência dos episódios, grande parte ocorreu durante o dia (220; 73,4%), com centralização no período da manhã entre 06 e 12 horas (127; 42,4%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados relacionados ao processo de hospitalização dos idosos internados em um hospital de emergências de acordo com o sexo

| Variáveis | Homens | Mulheres | Total |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Motivo do internamento | | | |
| Queda | 81 (61,4) | 142 (84,5) | 223 (74,3) |
| Atropelamento | 21 (15,9) | 13 (7,7) | 34 (11,4) |
| Acidente de carro ou moto | 19 (14,4) | 6 (3,6) | 25 (8,4) |
| Outras causas | 11 (8,3) | 7 (4,2) | 18 (6,2) |
| Dia da semana da ocorrência | | | |
| Final de semana (sábado/domingo) | 41 (31,1) | 33 (19,6) | 74 (24,7) |
| Dias úteis (segunda a sexta-feira) | 91 (68,9) | 135 (80,4) | 226 (75,3) |
| Local da ocorrência | | | |
| Residência | 65 (49,2) | 129 (76,8) | 194 (64,6) |
| Via pública | 56 (42,4) | 31 (18,5) | 87 (29,0) |
| Outro | 11 (8,3) | 8 (4,8) | 19 (6,4) |
| Hora da ocorrência | | | |
| 6 às 12 | 53 (40,2) | 74 (44,0) | 127 (42,4) |
| 12 às 18 | 40 (30,3) | 53 (31,5) | 93 (31,0) |
| 18 às 24 | 29 (22,0) | 24 (14,3) | 53 (17,6) |
| 24 às 06 | 10 (7,6) | 17 (10,1) | 27 (9,0) |
| Total | 132 (100,0) | 168 (100,0) | 300 (100,0) |

Pela Tabela 3 se observa as informações relacionadas ao processo de hospitalização, cujo horário das admissões com maior evidência foi o diurno (62,6%), com concentração entre as 12 e 18 horas (112; 37,3%), conduzidos por transporte adequado, a ambulância (81,0%). O tempo decorrido

desde o evento que desencadeou a hospitalização até a admissão no hospital foi >3 horas (62,0%). Em relação às principais lesões apresentadas pelos idosos em decorrência do agravo que gerou o internamento, houve predomínio do trauma de extremidades (240; 80,0%), com destacando-se as mulheres (86,9%). Entre os idosos, o principal comprometimento físico após o evento foi a impossibilidade de locomoção (282; 94,0%), o tempo médio de internação foi de 4,3 dias, com maior proporção de tempo de 8 a 15 dias (87; 29,0%). Ao se avaliar o motivo da alta, houve maior proporção por motivo de saúde melhorada (172; 57,3%), entretanto, houve alta por transferência para outros hospitais (30,0%). Foram observados 27 (9,0%) óbitos durante a hospitalização.

Tabela 3 - Dados relacionados ao processo de hospitalização dos idosos internos em um hospital de emergências

| Variáveis | Homens | Mulheres | Total |
|--|-------------|-------------|-------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Horário de admissão (horas) | | | |
| 6 às 12 | 32 (24,2) | 44 (26,2) | 76 (25,3) |
| 12 às 18 | 49 (37,1) | 63 (37,5) | 112 (37,3) |
| 18 às 24 | 40 (30,3) | 51 (30,4) | 91 (30,3) |
| 24 às 6 | 11 (8,3) | 10 (6,0) | 21 (7,0) |
| Transporte de acesso ao serviço | | | |
| Ambulância | 106 (80,3) | 137 (81,5) | 243 (81,0) |
| Veículo comum | 26 (19,7) | 31 (18,5) | 57 (19,0) |
| Tempo para admissão no hospital (horas) | | | |
| <1 | 15 (11,4) | 14 (8,3) | 29 (9,7) |
| 1 a 2 | 21 (15,9) | 34 (20,2) | 55 (18,3) |
| 2 a 3 | 14 (10,6) | 16 (9,5) | 30 (10,0) |
| >3 | 82 (62,1) | 104 (62,0) | 186 (62,0) |
| Local do trauma/lesão | | | |
| Trauma de extremidades | 94 (71,2) | 146 (86,9) | 240 (80,0) |
| Trauma craniano | 10 (7,6) | 8 (4,8) | 18 (6,0) |
| Trauma torácico | 2 (1,5) | 1 (0,6) | 3 (1,0) |
| Dois ou mais traumas | 21 (16,7) | 10 (6,0) | 32 (10,6) |
| Não se aplica | 4 (3,0) | 3 (1,8) | 7 (2,3) |
| Comprometimento físico | | | |
| Ausência de déficit | 3 (2,3) | 2 (1,2) | 5 (1,7) |
| Impossibilidade de locomoção | 126 (95,5) | 156 (92,9) | 282 (94,0) |
| Déficit para atividade manual e de locomoção | 3 (2,3) | 10 (6,0) | 13 (4,4) |
| Tempo de internamento hospitalar (dias) | | | |
| ≥ 7 | 20 (15,1) | 46 (27,4) | 66 (22,0) |
| 8 a 15 | 33 (25,0) | 54 (32,1) | 87 (29,0) |
| 16 a 30 | 39 (29,5) | 44 (26,2) | 83 (27,7) |
| > 30 | 40 (30,3) | 24 (14,3) | 64 (21,3) |
| Condições de alta hospitalar | | | |
| Melhorado | 100 (75,8) | 72 (42,9) | 172 (57,3) |
| A pedido | 6 (4,5) | 5 (3,0) | 11 (3,7) |
| Transferência | 14 (10,6) | 76 (45,2) | 90 (30,0) |
| Óbito | 12 (9,1) | 15 (8,9) | 27 (9,0) |
| Total | 132 (100,0) | 168 (100,0) | 300 (100,0) |

Discussão

Idosos do sexo feminino representaram a maior proporção de hospitalização. Estudo realizado em Goiânia, Região centro-oeste do Brasil, também observou maior prevalência de hospitalizações entre idosos do sexo feminino⁽⁹⁾, entretanto outros estudos mostram predomínio do sexo masculino⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Em se tratando da faixa etária predominante, nossos achados, 80 e 89 anos entre mulheres e 60 a 69 anos entre os homens, diferem de pesquisa realizada na emergência de um hospital da região metropolitana do Rio de Janeiro na qual a faixa etária prevalente na admissão de idosos estava entre 60 a 70 anos em ambos os sexos⁽¹⁰⁾. A sobrevivência da população feminina pode estar relacionada com os nossos resultados, devido ao fato de que os homens se envolvem durante toda a vida, com maior frequência, em situações que os expõem a vulnerabilidades, tais como acidentes de trânsito, aumentando os índices de mortalidade nesta população na idade jovem, diminuindo o alcance da velhice⁽¹²⁾.

Destaca-se que a cor parda está presente em nossa população mediante miscigenação de raças desde o período da colonização, porém, esses números podem estar superestimados, já que nos inquéritos epidemiológicos a raça é indagada ao indivíduo e ele faz sua própria especificação, independente da opinião do entrevistador.

A baixa escolaridade pode influenciar de forma negativa na qualidade de vida da população de um modo geral e mais especificamente na vida de pessoas com mais idade no que se refere à apreensão de conceitos de promoção da saúde e qualidade de vida. Deste modo, a incidência de idosos hospitalizados neste estudo pode estar relacionada com a sua menor propensão ao autocuidado.

Mediante o processo de envelhecimento, o organismo se torna mais fragilizado e conseqüentemente apresenta problemas comuns à pessoa idosa. Assim sendo, mais da metade dos idosos referiu apresentar doenças crônicas não

transmissíveis, dentre as quais predominaram o diabetes e hipertensão arterial, fazendo uso de medicação regular. Estudo desenvolvido no Rio Grande do Norte, região nordeste do Brasil identificou também maior incidência de hipertensão arterial sistêmica (97,8%) e diabetes mellitus (24,4%) entre idosos⁽¹³⁾.

A doença pré-existente no idoso constitui um achado significativo, uma vez que a incidência das doenças crônicas não transmissíveis aumenta com a idade. Portanto, o tratamento dessas doenças requer a adesão do paciente de forma integral, a qual envolve o comparecimento às consultas, o uso regular da medicação prescrita, a adoção de um estilo de vida saudável e, sobretudo o compromisso deste com sua própria saúde, atuando como sujeito da ação e não como objeto.

No presente estudo, a principal causa para o internamento dos idosos não foram as doenças crônicas não transmissíveis pré-existentes, e sim a ocorrência de queda em sua própria residência, 223 (74,3%), seguido por um número significativo de atropelamentos, 34 (11,4%). De modo semelhante, em um hospital público de referência no atendimento ao trauma em Porto Alegre, os tipos de agravos mais frequentes foram: queda da própria altura com 211 internações (52,5%), outros tipos de quedas com 82 (20,4%) e acidente trânsito com 58 (14,4%) idosos hospitalizados, sendo a maioria devido atropelamentos⁽¹⁴⁾.

Outro estudo realizado no estado da Paraíba com idosos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência mostrou a queda como tipo de trauma predominante na população idosa estudada, correspondendo a 134 (74,4%) das ocorrências, seguido por acidentes de trânsito com 37 (20,5%) casos e agressão física com 5 (2,8%) casos⁽¹⁵⁾.

A queda de pessoas idosas é uma causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte. Os obstáculos dos ambientes que aumentam os riscos de queda incluem pouca iluminação, pisos irregulares ou escorregadios e a falta de corrimão para apoio. Estas

quedas ocorrem frequentemente no ambiente da casa e podem ser evitadas⁽²⁾. A identificação do local de ocorrência da queda é um importante determinante para a elaboração de políticas públicas de promoção à saúde do idoso, direcionadas ao controle e prevenção de acidentes envolvendo este grupo, por meio de estratégias que possam envolver tanto os idosos quanto seus familiares.

Deste modo, fazem-se necessárias medidas de prevenção às quedas e intervenções por parte dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, visando às mudanças de atitudes e à redução de danos ocasionados pelas quedas. Deve-se considerar a multicausalidade que conduz os idosos às unidades de saúde, e pode-se, inicialmente, focar as atenções nos que procuram esses serviços após terem sofrido quedas e/ou estarem acometidos por incapacidades funcionais, para que se possa atuar no sentido de orientá-los quanto aos fatores de risco, bem como propor a eles atividades que possam ajudá-los a prevenir tais eventos⁽⁶⁾.

Os idosos, frequentemente, têm pouca percepção dos fatores de risco para quedas e outros agravos aos quais estão sujeitos e deixam de relatar estes aspectos aos profissionais de saúde, exigindo maior atenção do profissional em busca de identificar estes fatores, que podem ser intrínsecos, relacionados à comorbidades, e/ou extrínsecos, relacionados a medicamentos e ao meio ambiente⁽¹⁵⁾.

A ocorrência de quedas decorre da necessidade de independência sentida pelos idosos, os quais muitas vezes recusam ajuda para suas atividades diárias, como banho, higiene, alimentação, para deslocamentos no domicílio e na via pública, tornando-os mais expostos aos riscos ambientais. Associado a tais situações deve-se considerar as alterações fisiológicas ocorridas na mobilidade física e acuidade visual que comprometem a realização de diferentes atividades, as quais ao longo da vida tornaram-se prejudicadas.

Entre a população de idosos não há resultados que descrevam o predomínio da ocorrência em determinado dia da semana ou horário, deixando claro

que este grupo está sujeito ao desenvolvimento de agravos em qualquer período, embora, neste estudo, a incidência de ocorrências tenha sido mais frequente na quarta-feira, no horário entre 06 às 12 horas. Provavelmente, a ocorrência do acidente gerado pela manhã se deva à baixa luminosidade do ambiente e/ou ao fato do idoso levantar-se rapidamente da cama, fazendo com que o mesmo desequilibre-se ou choque-se contra algum móvel, caindo da própria altura.

É importante ressaltar que o tratamento à vítima deve ocorrer de preferência em um hospital mais próximo à sua residência, contribuindo para um menor estresse desencadeado pelo processo de hospitalização. No entanto ainda encontramos uma grande demanda de idosos a partir de outros municípios, demonstrando fragilidade de nossos serviços de saúde, que necessitam por vezes referenciar seus clientes para hospitais especializados.

O Brasil tem ampliado de forma significativa os serviços de atendimento pré-hospitalar, destacando-se os de resgate móvel e aéreo, de forma a promover maior qualidade no atendimento inicial às vítimas de causas externas (acidentes e violências)⁽¹⁶⁾. O Serviço de Atendimento Médico de Urgência tem favorecido um atendimento rápido e eficiente às vítimas de traumas, contribuindo para a redução das morbimortalidades oriundas destas ocorrências.

No entanto, ainda encontramos um número significativo de pessoas que tem o primeiro atendimento prestado por leigos, podendo esta ocorrência servir de alerta para a promoção de um trabalho direcionado a nossa população de forma a orientá-los como proceder em situações de emergência, incluindo o manuseio de vítimas de traumas, pois um manuseio inadequado poderá desencadear lesões graves e até mesmos irreversíveis como a morte.

Em relação às principais lesões apresentadas pelos idosos em decorrência do agravo que desencadeou o internamento, houve predominância no trauma de extremidades (240/80,0%), contribuindo assim com o principal comprometimento

físico também apresentado, a impossibilidade de locomoção, (282/94,0%). Divulga-se que decorrente das quedas, as partes do corpo mais atingidas são os membros inferiores (32,0%), cabeça (26,7%) e tronco (16,0%)⁽¹⁷⁾.

A hospitalização para o idoso causa comprometimento físico pela restrição dos movimentos, mas também gera comprometimento psicológico pelas características inerentes aos serviços hospitalares, que impõem a restrição do idoso ao leito, distanciamento de seu lar e interrupção de suas atividades rotineiras. Tais restrições poderá desencadear estresse e depressão⁽²⁾, interferindo diretamente na qualidade de sua recuperação.

Destacamos que alta melhorada significa que o paciente ainda está em processo de recuperação, ou seja, necessitando de cuidados. Não esquecendo que neste grupo se inclui os pacientes que saíram com morbidades. No caso dos idosos estas morbidades geralmente estão relacionadas a problemas de locomoção, de modo que às vezes apesar de estarem de alta hospitalar, não se encontram aptos a regressarem às atividades que realizavam antes da hospitalização.

Conclusão

Conclui-se que os idosos atendidos e internados em serviço de emergência público de saúde em Fortaleza, região nordeste do Brasil, eram em sua maioria do sexo feminino, faixa etária predominante de 80 a 89 anos, cuja maior ocorrência foi ocasionada por queda. Em relação a ocupação, embora havia aposentados, grande proporção (85,7%) informavam algum tipo de trabalho. Por serem portadores de doença crônica, provavelmente a informação do uso regular de medicamentos, decorria de problemas de saúde, como hipertensão e diabetes. Quanto ao principal motivo do internamento foi a queda, em sua própria residência, no horário matinal.

Em relação ao atendimento no hospital

foi admitido no horário entre 12 às 18 horas, conduzidos por ambulâncias de serviços de saúde, tendo como tempo decorrido da ocorrência até a admissão no hospital mais de três horas. A principal lesão apresentada foi o trauma de extremidades, apresentando impossibilidade de locomoção, ficando internado por um período de oito a quinze dias e saiu por alta melhorado, porém em processo de reabilitação.

Colaborações

Coutinho MLN, Samúdio MA e Andrade LM contribuíram para a concepção do trabalho, coleta de dados, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Coutinho RN contribuiu para a coleta de dados, interpretação de dados, concepção do trabalho e redação do artigo. Silva DMA contribuiu para a concepção do projeto, revisão, análise crítica e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. Porto Alegre: Artmed; 2011.
4. Schimidth TCG, Silva MJP. The perception and understanding of health professionals and undergraduate students regarding aging and the elderly. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3):612-17.
5. Carmo LV, Drummond LP, Arantes PMM. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. Fisioter Pesqui. 2011; 18(1):17-22.

6. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.741 - de 1º de outubro de 2003 - dou de 03/10/2003 – alterado. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
7. Aciole GG, Batista LH. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. *Saúde Debate* 2013; 37(96):10-9.
8. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, et al . Senescence and senility: a new paradigm in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):1763-8.
9. Pagotto V, Silveira EA, Velasco WD. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(10):3061-70.
10. Cunha BSS, Nascimento AS, Sá SPC. Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2014; 19(1):189-200.
11. Lage JSS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Capacidade funcional e perfil do idoso internado no serviço de emergência. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(4):855-60.
12. Almeida RLF, Filho JGB, Braga JU, Magalhães FB, Macedo MCM, Silva KA. Via, homem e veículo: riscos de acidentes. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(4):718-31.
13. Júnior EBS, Oliveira LPAB, Silva RAR. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. *J Res Fundam Care Online*. [Internet]. 2014 [citado 2015 nov 24]; 6(2):516-24. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3301/pdf_1235
14. Melo SCB, Leal SMC, Vargas MAO. Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. *Enferm Foco*. 2011; 2(4):226-230.
15. Cruz HMF, Pimenta CAM, Dellarozza MSG, Braga PE, Lebrão ML, Duarte YAO. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Dor*. 2011; 12(2):108-14.
16. Oliveira FMRL, Fernandes MGM, Barbosa KTF, Pereira MA, Santos KFO, Nunes TB. Characterization of trauma in elderly assisted in a mobile emergency care service. *Rev Rene*. 2013; 14(5):945-50.
17. Alvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):31-40.