**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TAMARA NOGUEIRA PETRONI

**CRITÉRIOS DE PRIORIDADE QUE CONDICIONAM O ATENDIMENTO
EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS**

**SÃO PAULO
2017**

TAMARA NOGUEIRA PETRONI

**CRITÉRIOS DE PRIORIDADE QUE CONDICIONAM O ATENDIMENTO
EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde do Adulto.

Orientadora: Prof^a Dr^a Yeda Aparecida de Oliveira Duarte.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Petroni, Tamara Nogueira

Critérios de prioridade que condicionam o atendimento de pessoas idosas em saúde / Tamara Nogueira Petroni. São Paulo, 2017.
103 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Envelhecimento. 2. Idosos. 3. Prioridades em saúde.
4. Serviços de saúde. 5. Enfermagem.

Nome: Tamara Nogueira Petroni.

Título: Critérios de prioridade que condicionam o atendimento de pessoas idosas em saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À Profª Yeda, que, sempre de forma acolhedora, compreensiva e atenciosa, acreditou em mim. Obrigada por me introduzir no caminho das pesquisas e estar presente em todas as lutas e vitórias, tanto profissionais como acadêmicas e pessoais.

À Profª Drª Maria Lúcia (*in memoriam*), pela oportunidade de participar do Estudo SABE desde a época da graduação, pelos ensinamentos e carinho durante todos os momentos.

À minha mãe, uma pessoa batalhadora que admiro muito e na qual me espelho diariamente, que me ensina e me apoia em todos os momentos da minha vida, independente da dificuldade e dos obstáculos.

À Profª Drª Karla Giacomini, pela atenção desde o início e pelas valiosas contribuições, que foram muito importantes e enriqueceram esse trabalho.

Às Professoras Doutoras Elma Zoboli, Juliana Nery de Souza Talarico e Sueli Dallari, por todas as sugestões compartilhadas, pela disponibilidade em fazerem parte deste trabalho e receberem com muita gentileza este material para maiores contribuições.

Aos amigos da Faculdade de Saúde Pública, pelos momentos de partilha, de apoio e incentivo em toda essa trajetória, que contribuíram muito no desenvolvimento deste e de outros trabalhos acadêmicos.

Aos amigos e colegas de trabalho do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte (CRI Norte), pelo acolhimento, pelos conselhos e pelo estímulo desde o começo do desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao Vinícius, meu companheiro, melhor amigo e amor, por estar em todas as situações ao meu lado. Obrigada por me ajudar e me motivar diariamente de forma sempre muito carinhosa e compreensiva, o que foi muito importante durante esse processo.

Petroni TN. Critérios de prioridade que condicionam o atendimento de pessoas idosas em saúde [dissertação]. São Paulo; Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: A legislação brasileira prioriza a atenção às crianças, aos portadores de deficiência, às gestantes, lactantes, pessoas acompanhadas por crianças de colo e pessoas idosas em serviços públicos e privados. No entanto, não é claro o que diferencia a priorização entre esses grupos ou dentro do mesmo grupo. Com o progressivo aumento da população idosa, faz-se necessária a adequação das políticas públicas de forma a atender as novas e crescentes demandas econômicas, sociais e de saúde. Em situações nas quais os recursos assistenciais existentes podem não ser suficientes para o atendimento global, torna-se necessária a hierarquização dos mesmos a partir de critérios objetivos e claros que reorganizem o fluxo assistencial dos serviços de acordo com as suas reais necessidades e demandas. **Objetivo:** Identificar os critérios relacionados à priorização de atendimento em saúde de pessoas idosas, considerando aspectos biomédicos/clínicos, epidemiológicos, etários e bioéticos. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica realizada nas bases de dados CINAHL, EMBASE, LILACS e PubMed. Foram encontrados 1.973 artigos e, após análises, mantiveram-se 11 artigos. **Resultados:** Os trabalhos encontrados apresentaram-se de forma bem diversa em relação aos objetivos e metodologias utilizadas diante de diferentes formas de classificação, hierarquização e seleção de idosos de acordo com os riscos de gravidade, declínio ou morte. De acordo com os estudos, foram selecionados pacientes com maior necessidade ou risco de acordo com instrumentos ou por avaliação dos profissionais. Os principais motivos foram: idosos acima de 85 anos, homens, uso de polifarmácia, isolamento social, necessidade de ajuda para realizar as atividades cotidianas, comprometimento cognitivo e problema respiratório. **Conclusão:** A priorização dos cuidados de saúde dos idosos deve ser embasada em fatores que mais impactam essa população e em critérios que destaquem casos mais susceptíveis a riscos, mediante escolhas hierarquizadas entre alternativas de cuidados e recursos disponíveis. É necessário garantir o acesso aos idosos nos diferentes níveis de atenção à saúde de forma eficiente, permitindo o efetivo monitoramento e gerenciamento de sua condição clínica.

Palavras-chave: Envelhecimento, idoso, prioridade, serviços de saúde.

Petroni TN. Priority criteria that condition the treatment of elderly people in health care services [dissertation]. São Paulo; Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: Brazilian law prioritizes care for children, people with disabilities, pregnant women, nursing women, people carrying infants and elderly people in several public and private services. However, it is not clear what differentiates the prioritization between these groups or within each group. With the progressive increasing of the elderly population, it is necessary to adapt public policy in a way that suits the new and growing economic, social and health demands. In situations which the available care resources may not be sufficient to provide medical attention globally, it is necessary to hierarchize care through objective and clear criteria that allows a reorganization of the care flux according to the actual needs and demands of each case. **Objective:** To identify criteria related to the prioritization of health care for elderly people, considering biomedic/clinic, epidemiologic, age-related and bioethical aspects. **Method:** The following is a bibliography review study. The bibliographical search was done on the CINAHL, EMBASE, LILACS and PubMed databases. 1973 articles were identified and, after multiple analysis, 11 articles were kept. **Results:** The papers identified presented diverse objectives and methodologies, which were utilized to identify different forms of classification, hierarchization and elderly selection, accordingly to risks related to severity, decline or death. According to these studies, patients with more needs or in more risk were selected either through instruments or through professional evaluation. The main causes were: elderly over the age of 85, male, polypharmacy, social isolation, needing help to perform daily activities, cognitive impairment and respiratory issues. **Conclusion:** The prioritization of health care for the elderly must be based in the factors that cause the most impact on this population and in criteria that highlights cases more susceptible to risks, through hierarchized choices between care alternatives and the available resources. It is necessary to ensure access to elderly people on every different level of health care in an efficient way, allowing the effective monitoring and management of their clinical condition.

Keywords: Aging, elderly people, priority, health care services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Instrumento PRISMA 7	27
Figura 2.	Sistema de cores e tempo de priorização no atendimento segundo SMCR	29
Figura 3.	Sistema de cores e classificação de risco no atendimento segundo ACR	30
Figura 4.	Fluxograma para seleção de artigos baseado no modelo PRISMA	48
Figura 5.	Características dos perfis de cuidado do Embrace	58
Figura 6.	Questionário da ferramenta ISAR	60
Figura 7.	Ferramentas de triagem para pacientes idosos em risco de resultados adversos após uma visita ao departamento de emergência	61
Figura 8.	Cinco principais motivos para o acesso a emergência por gravidade clínica na triagem	62
Figura 9.	Níveis de classificação de Emergência CTAS	63
Figura 10.	Classificação de acordo com Instrumento IME	68

Figura 11.	Correlação entre a identificação de idosos em pontuação de risco de acordo com dias em hospital, problemas de saúde, readmissões e morte	70
Figura 12.	Classificação dos níveis de emergência dos instrumentos CTAS e ESI	71
Figura 13	Diagnóstico mais avaliados por maramédicos	72
Figura 14.	Classificação dos níveis de atendimento em emergências	72
Figura 15.	Principais sintomas relacionados com os níveis de classificação	73
Figura 16.	Resultados das visitas à emergência por nível de urgência na triagem	74
Figura 17.	Características dos idosos por nível de urgência	74
Figura 18.	Critérios de prioridades estabelecidos entres os profissionais do estudo	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características das Bases de Dados Bibliográficos	43
Tabela 2.	Descrição dos termos utilizados	44
Tabela 3.	Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados	45
Tabela 4.	Características dos artigos incluídos na Revisão Bibliográfica (RB) sobre critérios de priorização de atendimentos segundo periódico, título, autor, país.	50
Tabela 5.	Características da metodologia dos artigos incluídos no RB	51
Tabela 6.	Características dos artigos incluídos segundo objetivo, resultado e conclusão no RB	52
Tabela 7.	Critérios de Priorização utilizados nos artigos incluídos	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição total de artigos localizados nas bases de dados	46
Gráfico 2.	Descrição dos artigos excluídos por título	47
Gráfico 3.	Descrição dos artigos excluídos por resumo	47
Gráfico 4.	Descrição dos artigos excluídos por leitura do texto na íntegra	48
Gráfico 5.	Número de artigos publicados por região	49
Gráfico 6.	Distribuição dos artigos incluídos nos serviços de saúde.	58
Gráfico 7.	Distribuição dos artigos incluídos nos setores hospitalares	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. CRITÉRIOS DE PRIORIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	16
2.1. CRITÉRIOS ETÁRIOS	17
2.2. CRITÉRIOS CLÍNICOS	24
2.3. CRITÉRIOS BIOÉTICOS	370
3. OBJETIVO	377
4. MÉTODO	39
4.1. TIPO DE ESTUDO	40
4.2. PERGUNTA NORTEADORA	40
4.3. PERÍODO DO ESTUDO	40
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	41
4.4.1. Critérios de Inclusão	41
4.4.2. População	41
4.4.3. Fênomeno de Interesse	41
4.4.4. Contexto	41
4.4.5. Critérios de Exclusão	41
4.5. Fontes de Dados	42
4.6. Estratégias de Busca	42
4.7. Seleção do Material	45
4.8. Variáveis estudadas	45
4.9. Coleta de Dados	46
5. RESULTADOS	55
5.1. Critérios baseados no conceito de fragilidade	57
5.2. Critérios baseados na readmissão após a alta e longa internação	59
5.3. Critérios baseados em risco de morte e/ou complicação clínica	61

5. 4. Critérios baseados em condições clínicas e sociais.....	62
6. DISCUSSÃO	66
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
8. REFERÊNCIAS	86
9. ANEXOS	94
Anexo A. INTERMED <i>Elderly Self Assessment</i>	95
Anexo B. <i>Groningen Frailty Index</i> (GFI)	99
Anexo C. Adaptação transcultural do <i>Vulnerable Elders Survey-13</i> (VES-13)..	100

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Estima-se que, entre os anos de 2010 a 2050, a população idosa triplicará no país, com um contingente superior a 66,5 milhões de pessoas, representando quase 29,3% da população brasileira. A mudança do perfil da população acontecerá em 2030, quando o número absoluto e o percentual de brasileiros com 60 anos ou mais de idade vão ultrapassar o de crianças de 0 a 14 anos (IBGE, 2016).

Contudo, uma característica que acompanha tal processo é a presença simultânea de múltiplas doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Tais doenças são responsáveis por 60% de todo o encargo decorrente de doenças no mundo e, em até cinco anos, estima-se que cerca de 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento estará associada às doenças e condições crônicas. Essas doenças, quando não controladas, podem levar à limitação que potencializa o desenvolvimento de incapacidades funcionais permanentes ou transitórias, interferindo significativamente no estilo de vida, no desempenho de funções diárias e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos idosos e de seus familiares (OMS, 2003).

A diminuição da capacidade funcional da pessoa idosa, ou seja, sua capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma, é um fator que poderá torná-la dependente de um nível mais complexo de assistência. A perda da funcionalidade pode ocorrer pela evolução da própria doença em decorrência de sua má administração ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional, resultando nas grandes síndromes geriátricas (insuficiência cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfincteriana, imobilidade e a iatrogenia) (Veras, 2009).

Entre os idosos, observam-se dois grandes grupos de indivíduos: um, majoritário, formado por pessoas que, apesar de eventuais doenças crônicas, apresentam-se sem limitações funcionais; e outro, composto por pessoas com limitações funcionais em diferentes graus e, portanto, mais dependentes, e mais vulneráveis a eventos desfavoráveis. Estes últimos, mais fragilizados, apresentam maior comprometimento de sua qualidade de vida.

Outro indicador da condição de saúde dos idosos, muito importante e utilizado mundialmente, é a síndrome de fragilidade. Trata-se de uma síndrome multidimensional, com alta prevalência nessa população e com grande impacto em

sua qualidade de vida, ocasionada pelo aumento da vulnerabilidade do indivíduo idoso para o desenvolvimento de dependência e mortalidade quando exposto a um estressor. Entretanto, dada a sua multidimensionalidade e a falta de consenso quanto às diferentes abordagens, critérios e instrumentos distintos para a sua identificação, há grande dificuldade na aplicação da síndrome de fragilidade para a formulação de estratégias de promoção à saúde e à operacionalização, na prática, da avaliação e classificação dos idosos (Maia, 2011).

Os diferentes níveis de atenção devem garantir o acesso aos idosos de forma eficiente, permitindo o efetivo monitoramento e gerenciamento de sua condição clínica. Com o crescimento da proporção dessa população, há o aumento de novas demandas nos serviços de saúde, o que exigirá uma nova organização dos fluxos de atendimento segundo critérios de priorização dentro dessa população.

Segundo o dicionário Houaiss, prioridade é “condição de primeiro em tempo, ordem e dignidade; possibilidade legal de passar à frente dos outros; preferência, primazia; condição do que está em primeiro lugar em importância, urgência, necessidade, premência etc.” (Houaiss, 2017). Destaca-se da definição apresentada a “possibilidade legal de passar à frente dos outros”, caso que se aplica a pessoas idosas, deficientes físicas e gestantes quando se considera a priorização no atendimento.

2. CRITÉRIOS DE PRIORIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Na Saúde, vários critérios são utilizados para assegurar o benefício da prioridade às pessoas: bioéticos, ligados à vulnerabilidade da pessoa, clínicos e etários.

2.1. Critérios Etários

Uma tradição brasileira, oriunda do direito romano-germânico, é a utilização de critérios etários. O corte etário decorre de norma constitucional e do ordenamento jurídico infraconstitucional, possuindo embasamento teórico no direito objetivo. Para Ruggiero (1971), o “direito objetivo pode definir-se como o complexo das regras impostas aos indivíduos nas suas relações externas, com caráter de universalidade, emanadas dos órgãos competentes segundo a Constituição e tornadas obrigatórias mediante a coação”. Com isso, o critério da idade pode ser utilizado tanto como fator positivo quanto negativo para a priorização de recursos.

Por meio da [Emenda Constitucional nº 65, de 2010](#), originadora do Estatuto da Juventude, foi introduzido na Constituição Federal de 1988 o Artigo 227, o qual prevê:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Essa emenda foi promulgada com o objetivo de assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais da criança, do adolescente e do jovem. Essas populações são o foco central dessa política, que determinou que seus direitos e interesses devem ser observados com prioridade, antes de qualquer outro interesse ou preocupação em relação a outra parte da população.

Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990), define em seu artigo 4º absoluta prioridade em relação a recursos públicos, políticas sociais públicas, o atendimento nos serviços públicos, bem como recebimento de proteção e socorro.

Art. 4º. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Em relação ao idoso, foi aprovada a Lei nº 8.842/94, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, que dispunha sobre a Política Nacional do Idoso, buscando a efetividade dos princípios constitucionais e tornando-se um instrumento legal e legítimo de proteção à pessoa idosa. Essa política assegurou os direitos sociais dessa população, promovendo sua autonomia, integrando e estimulando sua participação ativa na sociedade reiterando o direito à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS (Cavalini, 2014). Em 2006, com a reedição da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.528, a capacidade funcional da pessoa idosa foi incluída como o principal componente de avaliação e reestruturação dos serviços na sociedade, tendo como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa através do direcionamento de medidas coletivas e individuais de saúde. Em 2009, por meio do Decreto nº 6.800, a Coordenação da Política Nacional do Idoso passa a ser responsabilidade da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (Ministério da Saúde, 2010).

Um dos grandes diferenciais da atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é a orientação dos serviços públicos de saúde para identificar o nível de dependência do idoso e atribuir um acompanhamento diferenciado para cada situação. Com isso, há uma mudança no paradigma e no referencial da atenção à população idosa, devendo as ações serem pautadas de acordo com o nível de fragilização da pessoa idosa. Aos idosos frágeis ou dependentes são destinadas

ações de reabilitação, prevenção secundária e atenção domiciliar. Os considerados independentes recebem ações de prevenção e promoção da saúde, reabilitação preventiva, atenção básica e suporte.

Em 2003, o governo federal sancionou o Estatuto do Idoso com o objetivo de ampliar direitos que já estavam previstos na Lei Federal nº 8.842/94 e também na Constituição Federal de 1988. Com isso, o direito do idoso à liberdade, à dignidade, à integridade, à educação, à saúde, a um meio ambiente de qualidade, entre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos) ganham maior respaldo, cabendo ao Estado, à sociedade e à família a responsabilidade pela proteção e garantia desses direitos.

Nesse estatuto, define-se como idoso a pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos, fornecendo atendimento prioritário a essa faixa etária tanto em serviços públicos como privados.

Art. 3º. É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

Na legislação brasileira há inúmeros decretos, leis e projetos de lei em relação à prioridade e benefícios relacionados aos idosos. A questão sobre prioridade e benefícios ao idoso foi mais bem definida e elaborada a partir do ano de 2000, com a Lei 10.048/2000, como observado a seguir.

LEIS:

- Lei nº 10.048/2000 (Lei Ordinária) de 08/11/2000: atendimento prioritário para pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos. [\(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015\)](#). As repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas em todas as instituições financeiras. As empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo reservarão assentos, devidamente identificados, aos idosos, gestantes, lactantes, pessoas portadoras de deficiência e pessoas acompanhadas por crianças de colo. Os logradouros e sanitários públicos, bem como os edifícios de uso público, terão normas de construção, para efeito de licenciamento da respectiva edificação, baixadas pela autoridade competente, destinadas a facilitar o acesso e uso desses locais pelas pessoas portadoras de deficiência.
- Lei nº 11.765/2008 (Lei Ordinária) de 05/08/2008: acrescenta inciso ao parágrafo único do artigo 3º da [Lei nº 10.741](#), de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso). Prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda.
- Lei nº 12.008/2009 (Lei Ordinária) de 29/07/2009: altera os artigos. 1.211-A, 1.211-B E 1.211-C da [Lei nº 5.869](#), de 11 de janeiro de 1973 (código de processo civil) e acrescenta o artigo 69-A à [Lei nº 9.784](#), de 29 de janeiro de 1999 (processo administrativo no âmbito da administração pública federal).
 - [Art. 1.211-A](#): os procedimentos judiciais em que figure como parte ou interessado pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, ou portadora de doença grave, terão prioridade de tramitação em todas as instâncias.
 - [Art. 1.211-B](#): a pessoa interessada na obtenção do benefício, juntando

prova de sua condição, deverá requerê-lo à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará ao cartório do juízo as providências a serem cumpridas.

- [Art. 1.211-C](#): concedida a prioridade, essa não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge, companheiro ou companheira, em união estável.
- [Art. 69-A](#): terão prioridade na tramitação, em qualquer órgão ou instância, os procedimentos administrativos em que figure como parte ou interessado:
I - pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; II - pessoa portadora de deficiência, física ou mental. IV - pessoa portadora de tuberculose ativa, esclerose múltipla, neoplasia maligna, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, ou outra doença grave, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída após o início do processo.
- Lei nº 12.419/2011 (Lei Ordinária) de 09/06/2011: altera o artigo 38 da [Lei nº 10.741](#), de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso):
 - Art. 38. Parágrafo único. As unidades residenciais reservadas para atendimento a idosos devem situar-se, preferencialmente, no pavimento térreo.
- Lei nº 12.899/2013 (Lei Ordinária) 18/12/2013: altera o artigo 42 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro 2003, que institui o Estatuto do Idoso.
 - [Art. 42](#). São asseguradas a prioridade e a segurança do idoso nos procedimentos de embarque e desembarque nos veículos do sistema de transporte coletivo.
- Lei nº 13.466/2017 ([aprovada em 13 de julho de 2017](#)): altera a redação dos artigos 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que “dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.” Dispõe sobre a prioridade especial das pessoas maiores de 80 (oitenta) anos.
 - “Art. 3.

§ 2.º Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de 80 (oitenta) anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos.”

○ “Art. 15.

§ 5.º Em todo atendimento de saúde os maiores de 80 (oitenta) anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência.”

○ “Art. 71.

Parágrafo único. Dentre os processos de idosos se dará prioridade especial aos de maiores de 80 (oitenta) anos.”

DECRETOS:

- Decreto nº 5.296/2004 (Decreto do Executivo) de 02/12/2004: regulamenta as leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida; e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos e as instituições financeiras deverão dispensar atendimento prioritário. Considera-se, para os efeitos deste decreto: I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:
 - a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
 - b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;
 - c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: 1. comunicação; 2. cuidado pessoal; 3. habilidades sociais; 4. utilização dos recursos da comunidade; 5. saúde e segurança; 6. habilidades acadêmicas; 7. lazer; e 8. trabalho;

e) deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências;

e II - pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

§ 2. O disposto no caput aplica-se, ainda, às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes, lactantes e pessoas com criança de colo.

§ 3. O acesso prioritário às edificações e serviços das instituições financeiras deve seguir os preceitos estabelecidos neste Decreto e nas normas técnicas de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, no que não conflitem com a [Lei nº 7.102, de 20 de junho de 1983](#), observando, ainda, a Resolução do Conselho Monetário Nacional nº 2.878, de 26 de julho de 2001.

A Constituição Federal de 1988, a Lei Federal nº 8842/94 e, mais recentemente, o Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741/2003) compõem um arcabouço legal destinado a proteger as pessoas idosas. O [Estatuto do Idoso](#) e a [Lei nº 10.048/2000](#) abordam a prioridade no atendimento para pessoas acima de 60 anos em serviços públicos quanto privados. Porém, a mesma Lei nº 10.048 também dá prioridade a portadores de deficiência, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo. Dessa maneira, em situações com a presença dessas pessoas, simultaneamente, o processo de priorização acaba se tornando subjetivo, pois a nenhum deles é assegurada a prioridade absoluta. Recentemente, a Lei nº 13.466 de 2017 alterou a redação de alguns artigos do Estatuto do Idoso, com vistas a introduzir a priorização para os idosos com idade igual e superior a 80 (oitenta) anos em relação aos demais.

Fortes e Pereira (2012) realizaram um estudo com o objetivo de identificar e analisar as escolhas e justificativas de profissionais de saúde pública em situações de priorização de pacientes em casos de limitações de recursos no atendimento de emergências médicas, criando 10 situações hipotéticas. Um dos casos apresentados foi uma criança de 7 anos e um idoso de 65, vítimas de acidente de carro, no qual 85% entrevistados optaram pela priorização da criança e os 15% restantes pelo idoso. As justificativas relatadas se basearam na utilidade social, maximização dos benefícios, minimização da dor e sofrimento ou por interesses coletivos para justificarem essa escolha. Também foram utilizadas justificativas de natureza deontológica como “Porque é criança e crianças sempre devem ter prioridade”, ou “Criança, porque é mais vulnerável” e, no caso de terem escolhido o idoso “Idoso, porque é o mais vulnerável”. Quando da escolha entre um homem de 25 anos e outro de 65, também vítimas de acidente de carro, a maioria dos entrevistados (78,8%), escolheu o jovem, enquanto a minoria (21,3%), novamente, indicou o idoso. Nesse caso, a maior justificativa foi a produtividade, enquanto aqueles que optaram pelo idoso indicaram a vulnerabilidade e a ideia da ética da proximidade: “Porque é a idade do meu pai” (Fortes, Pereira, 2012).

Esse resultado é diferente do que ocorreu em outro estudo de Fortes (2002) em um serviço de emergência, no qual os profissionais, em sua maioria, escolheram idosos embasados pelo princípio da equidade. A partir disso, segundo o autor, nas escolhas de priorização de atendimentos frente a recursos escassos, o critério da idade deve ser analisado e utilizado com cautela.

2.2. Critérios Clínicos

Apenas o critério etário pode não ser o suficiente para identificar a população com maior risco ou mais vulnerável. O termo vulnerabilidade, etimologicamente, vem do latim *vulnerare* (ferir) e *vulvabilis* (que causa lesão). Assim, pode ser definido como a suscetibilidade de ser ferido, atacado, prejudicado, derrotado ou ofendido ou como a capacidade de um indivíduo ou sistema sofrer dano em resposta a um estímulo. Uma pessoa ou um grupo específico de uma população podem ser considerados como vulnerável não somente por conta de aspectos biomédicos, histórico familiar, entre outros, mas também devido a aspectos de natureza social, econômica e política. Dessa forma, o termo “vulnerável” assume uma conotação mais ampla

(Barchifontaine, 2007).

O conceito aplicado à vulnerabilidade foi determinado por fatores históricos na primeira metade do século XX, sendo relacionados a grupos de pessoas desprotegidas ou institucionalizadas, como órfãos, prisioneiros, idosos e grupos étnicos discriminados. Posteriormente, foram incluídas mulheres e os considerados socialmente desfavorecidos. A definição de pessoas e populações como vulneráveis impõe obrigatoriedade ética de sua defesa e proteção de sua integridade moral, dignidade humana e autonomia.

A vulnerabilidade pode assumir diferentes formas e dimensões, como:

- vulnerabilidade biológica, continuamente desequilibrada por elementos biologicamente desestruturantes, necessitando de autopoiese e auto-organização;
- vulnerabilidade psicológica, dependente da construção da psique da pessoa com base em suas experiências afetivas e imaginativas;
- vulnerabilidade espiritual, que utiliza recursos simbólicos no auxílio do enfrentamento dos desafios e para transcender os limites impostos pela realidade;
- vulnerabilidade cultural, social e ambiental, produzidas pelo entorno sociocultural (Junges, 2007).

No Canadá, para a identificação dos idosos vulneráveis residentes na comunidade, o instrumento mais conhecido é o *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) (anexo I), que tem como objetivo a avaliação do risco de declínio funcional ou morte em dois anos através dos dados referentes à idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. Apesar de não considerar as doenças em sua avaliação, ele é capaz de identificar os idosos que apresentam doenças crônicas, devido à relação entre doenças e incapacidades. O questionário pode ser respondido pelo paciente ou por familiares/cuidadores, por telefone, sem a necessidade de informações médicas específicas, como doenças, medicamentos ou exames laboratoriais, com uma avaliação baseada nas habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano.

No Brasil, o VES-13 é um instrumento baseado na vulnerabilidade biológica, validado e muito utilizado que faz parte da atual Caderneta do Idoso. Em um estudo desenvolvido em 2011 por Maia FOM e Duarte YAO, foram observados que os

conceitos de vulnerabilidade social e a fragilidade estão fortemente associados com as condições físicas e com a influência de contextos sociais menos favoráveis. Assim, os idosos socialmente vulneráveis apresentam uma probabilidade de 2,61% de se tornarem frágeis, enquanto os idosos mais vulneráveis não chegavam a fragilizar, com seu óbito ocorrendo antes do desenvolvimento dessa síndrome. É necessária a identificação de idosos em tais condições para o planejamento de políticas públicas e adequação dos serviços para priorizar recursos no atendimento nas unidades de saúde, postergando agravos e complicações clínicas dessa população (Maia, Duarte, 2011).

Na mesma região, com o objetivo de reduzir as admissões não planejadas e também prever resultados adversos, foi elaborado um manual por New Devon CCG, NHS Kernow e o NHS England Devon, Cornwall e Ilhas de Scilly. Esse manual fornece um conjunto de ferramentas para apoiar a investigação, avaliação e gestão de casos de pacientes idosos de alto risco e frágeis. A partir disso, sugere a criação de um registro no qual seriam cadastrados os pacientes de um dado local que estariam mais sujeitos a internações não planejadas, devido à sua situação de saúde. A classificação de tais pacientes é realizada através da aplicação de alguns instrumentos, tais como a Escala de Fragilidade Rockwood, o PRISMA7, Teste de velocidade de marcha, *Brief Comprehensive Geriatric Assessment* (BCGA), Avaliação de prescrição e uso de medicamentos inapropriados e ao final fornece um Modelo de plano de cuidados (NHS, 2014).

Destaca-se o PRISMA 7 por se tratar de um rápido questionário com sete questões, que avalia os principais riscos para a complicação do quadro clínico no idoso. Esse instrumento é enviado a todos os pacientes de 75 anos ou mais a cada ano, sendo preenchido pelo paciente ou cuidador. Caso o paciente pontue mais de 3 pontos, ele deverá passar por avaliação mais precisa; tratando-se de casos de maior risco, são solicitados a voltarem à clínica para aplicação da Escala de Fragilidade de Rockwood e o BCGA.

INSTRUMENTO PRISMA 7

	PERGUNTA	Sim	Não
1	Você tem mais de 85 anos?		
2	Sexo masculino?		
3	Em geral, você tem algum problema de saúde que limite suas atividades?		
4	Você precisa de ajuda no seu dia a dia?		
5	Em geral, você tem algum problema de saúde que o faz ficar em casa?		
6	Em caso de necessidade, você conta com ajuda de alguém próximo a você?		
7	Você usa regularmente andador, bengala ou cadeira de rodas?		

Figura 1. Instrumento PRISMA 7. Fonte: NHS, 2014.

Desde a introdução do conceito de fragilidade, diversos instrumentos foram desenvolvidos para determinar o nível de fragilidade entre idosos nos diferentes níveis de atenção, pois a fragilidade não está apenas associada à qualidade de vida, mas também orienta as demandas de cuidados de saúde, sendo essencial tanto em nível clínico como em uma perspectiva social. Embora os pesquisadores discordem de uma definição precisa, a fragilidade indica um estado de vulnerabilidade sobre a ocorrência de resultados de saúde ruins futuros. Esses resultados podem ser relacionados à mortalidade, hospitalização, institucionalização, condições crônicas e/ou perda de função em um ou mais domínios físico, domínios psicológicos, cognitivos e sociais, sendo um melhor previsor do que a apenas a idade.

Com base nesse pressuposto de identificação da fragilidade, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) elaborou a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa da Atenção Básica (AMPI/AB) em 2015. Esse instrumento tem o objetivo de avaliar os idosos que são acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e classificá-los em saudável, pré-fragil e frágil, segundo a pontuação ao término da aplicação. A partir disso, é estabelecido o fluxo de atendimento entre os serviços da atenção primária e secundária conforme definido pelo protocolo estabelecido.

Na prática em geral, principalmente em serviços de urgência e de emergência, o que mais tradicionalmente se utiliza para priorizar o atendimento é o risco de morte. No modelo de atenção às condições agudas e agudizações das condições crônicas, o principal objetivo é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais e sintomas de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o cuidado e atenção adequada para aquela situação. Assim, ao

chegar nesses locais, o paciente que tem maior chance de morrer, de acordo com a sua sintomatologia e a gravidade, é colocado na frente para atendimento. A partir disso, os modelos de triagem em urgências e emergências, em geral, baseiam-se em avaliações de risco com variações de níveis de gravidade para priorizar os cuidados de saúde para pacientes gravemente enfermos e com risco de morte, assegurando desse modo um tempo mínimo de espera.

O método de triagem não fornece ao profissional um diagnóstico, mas indica uma prioridade clínica. Para cada nível de prioridade clínica existem sinais e sintomas que os discriminam, os chamados discriminadores. Estes se encontram dispostos na forma de fluxogramas, e guiam a avaliação a partir da queixa principal apresentada pelo indivíduo no momento de seu atendimento (Mackway-Jones; Marsden & Windle, 2010).

Os modelos de triagem mais conhecidos na rede de serviços de urgência e emergência são: o modelo australiano (*Australasian Triage Scale – ATS*), que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o modelo canadense (*Canadian Triage Acuity Scale – CTAS*); o modelo americano (*Emergency Severity Index – ESI*), com foco nas necessidades de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (*Model Andorrà del Trialge – MAT*) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos; e o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), o mais utilizado, que apresenta algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores (Mendes, 2012).

O SMCR possui cinco níveis de prioridade clínica com uma cor atribuída a cada um desses níveis por pulseira, relacionadas ao tempo máximo de espera nos atendimentos de emergência e urgência (figura 2).

GRAU DE PRIORIDADE	COR DA PULSEIRA	MINUTOS DE SEGURANÇA PARA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA
EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
MUITO URGENTE	LARANJA	Até 10 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	Até 60 MINUTOS
POUCO URGENTE	VERDE	Até 120 MINUTOS
NÃO URGENTE	AZUL	Até 240 MINUTOS

Figura 2. Sistema de cores e tempo de priorização no atendimento segundo SMCR.

Fonte: <https://www.saudecuf.pt>

Em 2002, foi elaborado no Brasil o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), baseado no instrumento SCMR, desenvolvido para ser um dispositivo da Política Nacional de Humanização (figura 3), conforme a Portaria nº 2.048/2002. Com isso, o Ministério da Saúde propôs a implantação nas unidades de atendimento de urgências, aplicado mediante treinamento específico com a utilização de protocolos pré-estabelecidos por profissionais de saúde de nível superior. Estes devem avaliar o grau de urgência das queixas dos indivíduos e estabelecer uma ordem de prioridade para o atendimento. Isso tem como objetivo um atendimento primário qualificado e resolutivo para as pequenas e médias urgências, além da referência adequada dos indivíduos mais graves (Ministério da Saúde, 2009).

Por meio deste dispositivo, pretende-se reorganizar os processos de trabalho na tentativa não só de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde, como também de reestruturar as práticas assistenciais, sempre considerando os fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares e a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Figura 3. Sistema de cores e classificação de risco no atendimento segundo ACR.

Fonte: <http://redehumanizaus.net/94797-acolhimento-com-classificacao-de-risco/>

No Brasil, grande número de hospitais e prontos-socorros utilizam esses instrumentos. No entanto, tais sistemas não avaliam ou identificam os sinais e sintomas atípicos, inexistentes ou obscurecidos que os idosos podem apresentar, resultado de alterações nos sistemas orgânicos e nos mecanismos homeostáticos e pela coexistência de condições agudas ou crônicas, característica fundamental do processo de envelhecimento.

2.3. Critérios Bioéticos

Na sociedade, existem muitos critérios para orientar as tomadas de decisão, embasadas em valores e princípios éticos que, por não serem sempre objetivos e de natureza técnica, podem se confrontar, principalmente quando relacionados à vulnerabilidade individual à doença, à gravidade dos casos, à probabilidade de adoecimento, mortes ou complicações, bem como à presença de comorbidades. Assim, houve a elaboração de diversos critérios para fundamentar tomadas de decisões, como: critério de filas de espera (adotado pela Lei 9.434/1997), critério etário, critério de mérito ou promoção pessoal e critério de aleatoriedade na escolha de beneficiários dos recursos escassos (Fortes, 2011).

Em situações com escassez de recursos, deve-se priorizar o que será ofertado e a quem os serviços e os cuidados de saúde serão oferecidos por meio de seleção e

avaliação dos pacientes nos atendimentos de acordo com a disponibilidade de vagas ou cuidados. Muitas vezes, os profissionais estão pouco familiarizados com os conhecimentos bioéticos necessários para lidar com a conflituosidade implicada na prática de triagem ou seleção de pacientes, os aspectos morais envolvidos na decisão acabam cedendo espaço aos técnicos, sem alguma justificativa viável e efetiva, podendo prejudicar indevidamente a população (Freitas, Scharrm, 2013).

A origem da palavra bioética vem do grego *bíos*, que se refere às ciências da vida (por exemplo: ecologia, biologia, medicina), e *éthos*, referente aos valores relacionados aos fatos e conflitos da vida. Dessa forma, bioética é a aproximação de dois campos de conhecimentos humanos e significa “ética da vida”. Na década de 1970, por meio dos movimentos sociais embasados nos direitos humanos, há uma mudança das concepções éticas até então autoritárias, verticais, baseadas em deveres e princípios absolutos. O primeiro acontecimento marcante que contribuiu para essa mudança e impulsionou a bioética ocorreu em Seattle. Em 1962, foi realizado um comitê composto por profissionais que não eram da área médica para selecionar pacientes que haviam sido indicados para realizar a hemodiálise, construída no ano anterior. Diante dessas circunstâncias houve um impasse, no qual os critérios médicos não eram unicamente suficientes, pois todos possuíam indicação médica para o tratamento, e critérios econômicos eram condenáveis na sociedade nessa época por causar uma discriminação negativa (Zoboli, 2006).

Até 1970, a bioética tinha um foco voltado mais para questões sociais, mas a partir da década de 1980 os problemas relacionados à coletividade e aos sistemas de saúde (como o acesso aos serviços de saúde, desigualdades sociais, determinantes de saúde, distribuição e priorização de recursos, responsabilidade social e coletiva sobre os serviços e condições de saúde) possuem uma maior perspectiva (Zoboli, 2006). Com isso, inicia-se a Bioética da saúde da população, tendo uma amplitude maior comparada à ética profissional, sendo definida por Cortina e Martinez (1998) como “a reflexão sobre a variada gama de fenômenos vitais, desde as questões ecológicas às clínicas, desde o problema da investigação com humanos à pergunta pelos presumidos direitos dos animais”.

Na bioética há diferentes enfoques para sistematizar e tratar as questões e análises éticas. O modelo principialista é a tendência mais conhecida e difundida, o qual possui quatro princípios orientadores para a análise de problemas éticos: a beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e justiça. Estes princípios

obrigam *prima facie*, o que significa que são obrigatórios e devem ser cumpridos a menos que conflite em alguma circunstância com outra obrigação de igual ou maior porte (Zoboli, 2007).

Apesar de este modelo ser muito importante para analisar os conflitos que ocorrem na prática clínica, como a inter-relação médico-paciente e na autonomia do paciente, não é, ainda, suficiente para o debate relacionado à tomada de decisão ou situações relacionadas à coletividade, como no caso o caso da saúde pública ou em âmbito da saúde global. O enfoque mais apropriado para discutir temas relacionados a essa questão foi a Bioética de Proteção. Esse modelo é muito utilizado tanto como ferramenta para as discussões bioéticas no campo da saúde pública, como em relação a tomadas de decisão moral dos profissionais, quando pacientes se encontram em condições que é necessário e prioritário a proteção frente a outras atitudes (Freitas, Scharrm, 2013).

A Bioética da Proteção pode ser entendida como “a parte da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam a entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o ‘capacitam’ (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem”. Para isso, estabelecer a prioridade de quem não dispõe de tais meios é primordial para respeitar e efetivar o princípio de justiça por meio da equidade para assim atingir a igualdade (Schramm, 2008).

A Bioética da Proteção é uma ética aplicada, pois pretende amparar sujeitos e populações em vulneração ou “vulneradas” no contexto sistêmico e complexo caracterizado. Assim, o conceito de vulnerabilidade é relacionado à condição existencial humana, caracterizada de forma universal e genérica a qualquer ser vivo. Já o conceito de vulneração se aplica à condição existencial específica de seres ou populações particulares que, nas contingências adversas independentes de suas vontades, não possuem os meios necessários (ou capacidades) para enfrentá-las (Schramm et al., 2005).

A proteção é considerada condição necessária para que a pessoa vulnerada saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma melhor qualidade de vida, baseada nos valores básicos das sociedades seculares e democráticas modernas, através do exercício da autonomia pessoal e, conseqüentemente, da responsabilidade de seus atos. Diferente do paternalismo que, em nome da proteção e bem-estar do outro, pode infantilizá-lo e sufocá-lo, impedindo

a potencialização de suas capacidades, podendo tomar suas próprias decisões livremente (Schramm, 2008).

O Princípio da Proteção aplica-se especificamente a estes indivíduos vulnerados que se situam numa faixa de suscetíveis até vulnerados, e que, por causa desta condição existencial particular e desfavorável, não estão em condições de exercerem plenamente sua autonomia nas tomadas de decisão que dizem respeito à sua saúde e bem-estar. Nesse caso, trata-se de portadores de enfermidades requerendo ações de proteção terapêutica que precisam estar disponíveis e acessíveis por meio do papel legítimo de um Estado democrático de dar amparo e proteção para garantia dos direitos do cidadão (Schramm et al., 2005).

A saúde pública, que surge a partir do século XVIII como assunto do Estado, exerce também um papel protetor, controlando epidemias e influenciando decisivamente na reforma sanitária dos ambientes urbanos e de trabalho, com foco nas populações, determinando, portanto, o campo dos direitos sociais, podendo ser identificados por meio de áreas como o da epidemiologia. Assim, muitos estudos são desenvolvidos para melhor compreender e mensurar os impactos na saúde para revelar desigualdades e condições iníquas de vida que necessitam de intervenção do poder público para tentar adequá-las (Pontes, Schramm, 2004).

O Princípio da Proteção tem uma proximidade conceitual com o Princípio da Equidade, segundo o qual os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado que elimine (ou reduza) a desigualdade. O Princípio da Equidade refere-se, assim, a uma concepção compensatória de justiça, aplicada à desigualdade de fato, visando a eliminá-la. Em outros termos, o critério para a justiça é aquele assumido pela concepção de considerar que o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente (Kottow, 2005).

A Bioética de Intervenção, também preocupada em discutir os conflitos éticos com uma visão holística para além dos conceitos da bioética, surge a partir dos anos 1990. Esse enfoque desenvolve novas ideias teóricas críticas baseadas em problemas persistentes voltados a aspectos mundiais relacionados diretamente a países em desenvolvimentos ou periféricos, como exclusão social, dificuldade de acessibilidade dos grupos economicamente vulneráveis as conquistas do desenvolvimento econômico, desigualdade de acesso a recursos básicos indispensáveis à vida etc., potencializadas pela globalização econômica. Assim, a Bioética de Intervenção é definida, segundo Volnei Garrafa (2003), como “visão macro

da bioética, ampliada e comprometida com o social, mais crítica, politizada e interventiva, com o objetivo de diminuir as disparidades constatadas”. Com isso, favorece reflexões sobre questões essenciais como aquelas que envolvam a participação do Estado, a definição de prioridades relacionadas com a aplicação e gestão de recursos em saúde, educação e segurança de forma democrática, orgânica e crítica (Garrafa, Porto, 2003).

O reconhecimento das diversas necessidades e desigualdades nas diferentes situações e sujeitos marginalizados da sociedade é uma forma de ter acesso aos direitos humanos universais por meio da busca da equidade. Assim, em países periféricos é necessário de um modelo bioético baseado em práticas intervencionistas para diminuir as desigualdades que vivenciam esses locais. Práticas essas que se embasam na solidariedade crítica, importante para a mobilização social da construção da justiça social. Essa solidariedade crítica contribui na construção de transformações político-sociais com base, preocupados essencialmente com o outro garantindo a dignidade humana, incentivando debates sobre questões sanitárias, sociais e ambientais (Santos, Shimizu, Garrafa, 2014).

A grande probabilidade de acúmulo de desfechos e eventos influenciados por fatores externos, como históricos, culturais, socioeconômicos, normativos e não normativos (inesperados), ambientais, políticos e sociais, interagindo com fatores internos (psicológicos e biológicos) pode tornar os idosos mais ou menos vulneráveis à vida. Assim, é um processo construído ao longo do curso da vida e influenciado por múltiplos determinantes. Em determinados contextos, mesmo expostos a condições sociais desfavoráveis, alguns idosos conseguem enfrentar as adversidades e possuírem melhores condições de saúde ou de vida, mas é necessário que o Estado ofereça condições de acordo com a necessidade dessas populações (Salmazo-Silva et al., 2012).

Apesar da presença do atendimento prioritário aos idosos na legislação brasileira, a priorização destes idosos em situações de vulnerabilidade ou vulneração relacionadas à saúde, como critério de compensação da iniquidade, não encontra previsão no ordenamento jurídico. Assim, quando esses tipos de casos chegam ao judiciário, o magistrado atua com liberdade absoluta, podendo usar esse parâmetro para seu livre convencimento na sua análise. Nesse sentido, o pleiteante da ação fica sujeito à discricionariedade do magistrado, que desconhece questões de saúde e doença dos indivíduos e sua família, como também suas complicações. Assim, a

exigência de ações que tratam do direito à saúde relacionadas a questões de desigualdades socioeconômicas é indevida e contraria à Constituição, sendo grave equívoco considerar que a carência de recursos é fato constitutivo do direito em demandas sobre saúde (Oliveira, 2010).

Em um contexto de acelerado e intenso envelhecimento populacional como o brasileiro, surgem importantes desafios para as políticas públicas, que necessitam se adequar para atender as novas e crescentes demandas relacionadas ao envelhecimento. Assim, em situações nas quais os recursos assistenciais existentes não são suficientes para o atendimento global, torna-se necessário o estabelecimento de uma hierarquização a partir de critérios claros e consensuais, visando à organização do fluxo assistencial nos serviços. A dificuldade de acesso ao atendimento são as principais situações que podem levar à cronificação do problema de saúde do idoso, à piora de determinadas condições clínicas ou, em casos mais graves, à morte.

Apesar de existirem fundamentos legais na Constituição Federal Brasileira, bem como leis infraconstitucionais que protegem o idoso, as barreiras burocráticas e políticas prejudicaram o desenvolvimento de ações voltadas às necessidades específicas da população (Weise, Reche; 2015).

Para os profissionais de saúde, estabelecer a prioridade de atendimento diante dos diferentes perfis de idosos com condições de saúde, sociais e econômicas diversas, sem amparo ético, legal ou clínico não é uma situação cômoda, devido à obrigação ética fundamental de agir sem causar danos ou prejuízos ao paciente. Segundo Garcia (2004), “a decisão sobre priorizar recursos é de natureza ética, sendo necessário considerar fatos, princípios, valores, emoções, ideias e crenças, tendo em conta que a incerteza é intrínseca aos deveres morais concretos”. Assim, em uma sociedade com múltiplos valores morais, é necessário que as tomadas de decisões sejam bem avaliadas e transparentes para que as pessoas tenham confiança nos serviços e nos profissionais de saúde (Fortes, 2012).

A identificação dos idosos mais vulneráveis deve ser diferenciada, orientando o atendimento, de acordo com as necessidades dessa população combinada com recursos e tecnologias que garantam a segurança, o cuidado efetivo e a alocação adequada de recursos para uma melhor assistência aos idosos (Perez, 2008). O cuidado necessário não deve ocorrer apenas em situações graves envolvendo risco de morte ou em estágios mais avançados de determinadas doenças. A percepção das

características de cada demanda pode ser redefinida, oferecendo atendimentos mais funcionais e efetivos, podendo também justificar eticamente as decisões clínicas, administrativas e judiciais, principalmente em serviços que atendam preponderantemente ou unicamente idosos.

A identificação de critérios de prioridade junto à população idosa é uma forma também de efetivar e fortalecer a proteção ao direito fundamental à saúde, sem ignorar as contingências e limitações da realidade dessa população. Dessa forma, será possível remediar significativamente o tempo de progressão e início do desenvolvimento de incapacidades e fragilidades para os idosos.

Quando uma população não é estratificada por riscos, pode-se sub-ofertar os cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobre-ofertar a portadores de condições de menores riscos, produzindo, assim, uma atenção inefetiva e ineficiente.

3. OBJETIVO

OBJETIVO

- Mapear, na literatura, os critérios relacionados à priorização de atendimento para a pessoa idosa nos serviços de saúde.

4. MÉTODO

MÉTODO

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de exploratório descritivo por meio de revisão da literatura. Neste estudo, foram utilizados critérios para seleção dos artigos baseados no guia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses (PRISMA).

Atualmente, várias metodologias orientam as revisões da literatura, o que resultou em uma ampla terminologia para descrever abordagens que, apesar dos nomes diferentes, compartilham certas características essenciais, ou seja, a avaliação e a apresentação disponível de evidências de pesquisa, tais como revisão sistemática; meta-análise; avaliação rápida; (tradicional) revisão da literatura; revisão narrativa, síntese da investigação e avaliação estruturada.

A pesquisa bibliográfica a partir de mapeamento exploratório da produção científica para identificar o universo de informações a respeito de uma determinada temática e conhecimento prévio acerca de um problema o qual se procura uma resposta baseado nos trabalhos existentes (Cervo, Bervian, 1993).

4.2. Pergunta norteadora

A pergunta de orientação para a busca foi abrangente, permitindo ampliar a busca de estudos com uma visão panorâmica da produção de conhecimento na área. Para este trabalho, a pergunta norteadora foi formulada utilizando a estratégia PICO para separar e organizar a construção de uma indagação de pesquisa e busca de evidências, sendo “P” a população do estudo (*population*), “I” para o fenômeno de interesse (*phenomenum of interest*) e “Co” para o contexto (*context*) (Arksey, O'malley, 2005). Com isso, para a presente pesquisa estabeleceu-se a seguinte questão:

**Quais critérios devem nortear a priorização
do atendimento de uma pessoa idosa na área de saúde?**

4.3. Período de Estudo

Buscou-se a literatura pertinente publicada no período de janeiro de 2012 a setembro de 2017. Esse período foi escolhido devido à elaboração do PL 3.575/2012, que estabelece “a prioridade especial das pessoas maiores de 80 (oitenta) anos. Em

todo atendimento de saúde, os maiores de 80 (oitenta) anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência”.

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

4.4.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos trabalhos em inglês, português ou espanhol que abordaram o objetivo desse trabalho. Permitiu-se a inclusão de Estudos primários (Relato de caso; Estudo de casos e Estudo de casos-controles; Detecção de casos (*screening*); Estudo de coorte; Ensaio clínico controlado randomizado) e Estudos secundários (Revisões: Revisões sistemáticas ou não, Metanálise, Guias (*Guidelines*), Análises de decisão e econômicas).

4.4.2. População

Assume-se que uma pessoa é considerada idosa, conforme os critérios internacionalmente estabelecidos: pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (preconizado em países em desenvolvimento) ou a 65 anos (estabelecido em países desenvolvidos). Esse critério é válido para indivíduos de ambos os sexos.

4.4.3. Fenômeno de Interesse

Identificação de critérios de priorização de atendimento em contexto biológico, ético, etário e clínico.

4.4.4. Contexto

Foram considerados estudos que abordavam atendimentos nos diversos serviços e contextos de cuidado em saúde, tanto hospitais, ambulatorios, unidades básicas e clínicas.

4.4.5. Critérios de Exclusão

Foram excluídos estudos que não atendiam às especificações referentes aos critérios de inclusão.

Publicações com inconsistências na redação, em desenhos e apresentação dos resultados serão excluídos. Esse trabalho contou com dois revisores até a finalização da pesquisa.

4.5. Fontes de Dados

Para a coleta de dados foram utilizadas as bases de dados LILACS, CINAHL, EMBASE e PubMed (tabela 1).

Bases de Dados	Características	Área de Abrangência
CINAHL	Base de dados que contém registros desde 1940. Avaliada pelo EBSCOhost, oferece cobertura de periódicos, livros, monografias, dissertações, teses e Unidade de educação Continuada e ciências afins. Acesso: web.a-ebscohost-com.ez67.periodicos.capes.gov.br	Enfermagem e literatura associada à Saúde.
EMBASE	Banco de dados disponível desde 1947, possui registros indexados na literatura biomédica internacional em artigos, anais de congressos, editoriais, cartas, revisões e pesquisas. Acesso: www.embase.com	Literatura biomédica e farmacológica.
LILACS	Base de dados que compreende referências bibliográficas em ciências da saúde produzidas por autores latino-americanos e do Caribe desde 1982. Apresenta 605 revistas da área da saúde, abrangendo mais de 290 mil registros. São incluídos teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos, publicações governamentais e artigos extraídos da análise corrente de aproximadamente 400 títulos de periódicos na área. Acesso: http://regional.bvsalud.org/php/index.php	Literatura relativa às Ciências da Saúde.

Bases de Dados	Características	Área de Abrangência
PubMed	<p>Base de dados livre criada pela U.S. National Library of Medicine, cujo principal conteúdo é o MEDLINE, mas inclui também publicações prévias a 1966, citações em processo de indexação no MEDLINE, artigos fora do escopo médico publicados em literatura biomédica, manuscritos de autores com projetos financiados pelo NIH dos EUA e periódicos em processo de indexação no MEDLINE. Mantida pelo Centro Nacional de Informação em Biotecnologia (National Center for Biotechnology – NCBI), apresenta mais de 21 milhões de citações da área de medicina, enfermagem, odontologia, medicina veterinária, sistemas de saúde e outros publicados nos EUA e em mais de 70 países, apresentando-se em 37 idiomas.</p> <p>Esta base permite acesso livre, com <i>links</i> para a obtenção de artigos em texto integral.</p> <p>Acesso: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.</p>	Medicina enfermagem, odontologia, medicina veterinária, ciências da saúde e ciências pré-clínicas.

Tabela 1. Características das Bases de Dados Bibliográficos

Fonte: Sistema de Biblioteca Integradas da Universidade de São Paulo.

Disponível em: <http://www.sibi.usp.br/bases-dados/>

4.6. Estratégias de Busca

Foram definidos seis descritores em português e sete em inglês para a realização dessa pesquisa após identificação no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (acrônimo para *Medical Subject Headings Section*) nas bases definidas conforme apresentado na tabela 2.

Termos em português e inglês	Descrição
Idoso/ <i>Aged/Elderly</i>	Pessoa acima de 65 anos (países desenvolvidos) e 60 (países subdesenvolvidos).
Triagem/ <i>Triage</i>	A separação e classificação de pacientes ou casualidades para determinar prioridade de necessidades e tratamento em local apropriado. Seleção e classificação de vítimas através da aplicação de critérios que determinam sua probabilidade de sobrevivência
Classificação/ <i>Classification</i>	O arranjo sistemático de entidades em qualquer campo em classes de categorias baseado em características comuns com propriedades, morfologia, assunto ou tema.
Seleção de pacientes/ <i>Patient selection</i>	Critérios e padrões usados para determinar a conveniência de incluir pacientes com doenças específicas em propostas de planos de tratamento e os critérios para a inclusão dos indivíduos em vários ensaios clínicos e outros protocolos de pesquisas.
Prioridades/ <i>Health priorities</i>	Programas, procedimentos, atividades ou serviços que têm preferência numa escala hierárquica, considerando um universo definido de possibilidades que compõem o campo da saúde em uma unidade de saúde, região, município, Estado, país ou continente.
Serviços de Saúde/ <i>Health services</i>	Constituem um sistema organizado para a provisão de cuidados de saúde num país. A gama de serviços varia de acordo com o país e inclui desde serviços preventivos até cuidados a pacientes internados ou não.

Tabela 2. Descrição dos termos utilizados.

Fonte: DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (acrônimo para Medical Subject Headings Section), 2017.

Foram realizadas dez estratégias de busca com o uso da expressão booleana “AND” a fim de serem localizados os registros onde ocorressem simultaneamente os descritores referidos. A associação entre os descritores está apresentada na tabela 3.

Número da estratégia	Descritores
1	idoso AND triagem AND serviços de saúde
2	idoso AND seleção de pacientes AND serviços de saúde
3	idoso AND classificação AND serviços de saúde
4	idoso AND prioridades AND serviços de saúde
5	aged OR elderly AND triage AND classification
6	aged OR elderly AND classification
7	aged OR elderly AND triage AND health services
8	aged OR elderly AND classification AND health services
9	Aged OR elderly AND patient selection
10	Aged OR elderly AND priorities health

Tabela 3. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados.

4.7. Seleção do Material

As buscas para revisão seguiram as seguintes etapas:

- Primeira Etapa: identificação dos artigos nas bases de dados;
- Segunda Etapa: exclusão dos artigos duplicados;
- Terceira Etapa: análise por resumo;
- Quarta Etapa: análise do texto na íntegra.

Para o armazenamento dos estudos utilizou-se o programa gerenciador de referências denominado EndNote, plataforma adquirida junto ao *website* [<https://www.myendnoteweb.com>].

4.8. Variáveis estudadas

Para a sistematização e análise dos dados será utilizada fichas contendo:

- Periódico – título, volume, número e ano;
- País de origem;
- Título do artigo;
- Autor;
- Origem – tese, dissertação, monografia, artigos;
- Objetivo;

- Método – tipo de pesquisa, amostra, participantes, cenário;
- Resultados: critérios de prioridades encontrados,
- Conclusões.

4.9. Coleta de Dados

Nesta coleta de dados sobre critérios de priorização de atendimento, foram encontrados, respectivamente: 39 artigos na primeira estratégia de busca, 1 na segunda, 26 na terceira, 32 na quarta, 153 na quinta, 612 na sexta, 44 na sétima, 61 na oitava, 932 na nona e 73 na décima. Dessa forma, totalizaram-se 1.973 artigos. Em relação a essas referências, a maior quantidade foi localizada na base PubMed com 1.509 artigos (76,48%), acompanhada pela base Embase com 214 artigos (10,85%), CINAHL com 152 artigos (7,70%), e, Lilacs com 98 artigos (4,97%), conforme a distribuição ilustrada no gráfico1.

Gráfico1. Distribuição total de artigos localizados nas bases de dados.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Dentre os artigos localizados, foram retirados 249 artigos duplicados, finalizando em 1.724 artigos para análise de títulos. Com base nos títulos foram retirados 1.612 artigos, resultando em 112 artigos para análise de resumos.

Gráfico 2. Descrição dos artigos excluídos por título.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Após a análise de resumo, foram retirados 78 artigos, totalizando 34 para análise dos textos na íntegra.

Gráfico 3. Descrição dos artigos excluídos por resumo.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Após a retirada de 23 artigos, o total de trabalhos utilizados para esse estudo foi de 11 artigos.

Gráfico 4. Descrição dos artigos excluídos por leitura do texto na íntegra.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Após uma revisão detalhada, 11 artigos foram incluídos na síntese qualitativa.

Figura 4. Fluxograma para seleção de artigos baseado no modelo PRISMA.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Dos onze artigos, dez foram realizados na Europa (Dinamarca, Espanha, França, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Itália, Suécia, Polônia) e dois foram realizados na América do Norte (Estados Unidos), conforme ilustrado no gráfico 5.

Gráfico 5. Número de artigos publicados por região.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Nº	Periódico	Autores	Título	País
P1	The American Geriatrics Society, 2016. V.64, p.1779–1788.	Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans MJ, Dam HT, Zuithoff NPA, Numans ME and Wit NJ.	Effectiveness of a Proactive Primary Care Program on Preserving Daily Functioning of Older People: A Cluster Randomized Controlled Trial	Holanda
P2	BMJ Open, 2015. V.5, n.10, p. e008457	Soong J, Poots AJ, Scott S, Donald K, Bell D.	Developing and validating a risk prediction model for acute care based on frailty syndromes	Inglaterra
P3	Journal Of Emergency Nursing. 2015. V.41, n.6, p.489-95	Smith DT, Snyder A, Hollen PJ, Anderson JG, Caterino JM.	Analyzing the usability of the 5-level Canadian triage and acuity scale by paramedics in the prehospital environment	Estados Unidos
P4	Polski Przegląd Chirurgiczny, 2014. V.86, n.3, p.126–131	Kenig J, Richter P, Żychiewicz B, Olszewska U	Vulnerable Elderly Survey 13 as a screening method for frailty in Polish elderly surgical patient—prospective study.	Polônia
P5	Ann Ig 2014. V.26, p.409-417	Fusco M, Furlan ABP, Casale P, Marcolongo A, Baldovin T, Bertencello C, Baldo V	Older adults in Emergency Department: management by clinical severity at triage	Itália
P6	Dan Med J, 2013. V.61, n.5, p.A4828.	Rosted E, Schultz M, Dynesen H, Dahl M, Sorensen M and Sanders S.	The identification of seniors at risk screening tool is useful for predicting acute readmissions	Dinamarca
P7	BMC Geriatrics, 2013. V.13, n.62.	Spoorenberg SLW, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer BPH, Reijneveld SA and Wynia K.	Embrace, a model for integrated elderly care: Study 50rotocol of a randomizade controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, servisse use, costs and quality of care.	Holanda
P8	The Journal of Emergency Medicine, 2013. V.45, n.5, p. 739–745.	Beauchet O, Launay CP, Fantino B, Lerolle N, Maunoury F, Annweiler C.	Screening for elderly patients admitted to the emergency department requiring specialized geriatric care	Estados Unidos
P9	Geriatr Gerontol Int 2012. V.13, n.2, p.497-504.	Romero-Ortuno R.	The Frailty Instrument for primary care of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe predicts mortality similarly to a frailty index based on comprehensive geriatric assessment	Irlanda
P10	Ver Esp Geriatr Gerontol. 2012. V.47, n.5, p.205–209	Cortés JJB, Astiz MTV, López-Dóriga P, Cruz-Jentoft AJ, Torregrosa RP, Gregorio PG y Rexach JAS.	Which patients benefit the most from hospital geriatric care in the opinion of the geriatricians?	Espanha
P11	Praxis 2012; V.101, n.3, p. 169–174	Graf CE, Chevalley T.	Identification of patients at risk for adverse outcomes in emergency department: which screening tools?	França

Tabela 4. Características dos artigos incluídos na Revisão Bibliográfica (RB) sobre critérios de priorização de atendimentos, segundo periódico autores, título e país.

Fonte: Pubmed (elaborado pela autora), 2017.

Artigo	Cenário	Participantes	Amostra	Tipo de Pesquisa
P01	Serviços da Atenção Primária	Pacientes acima de 60 anos	3.092 idosos	Qualitativo/ Quantitativo
P02	Setor de Emergência	Pacientes acima de 60 anos	2.099.252 idosos	Qualitativo/ Quantitativo
P03	Pré Hospitalar	Este estudo foi uma análise secundária de um recém-criado banco de dados de pacientes despachado pelo SEM	2.222 pacientes (faixa de 15 a 89 anos) e 360 paramédicos	Qualitativo/ Quantitativo
P04	Hospital	Pacientes acima de 65 anos, submetidos a cirurgia abdominal eletiva sob anestesia geral	106 idosos	Qualitativo/ Quantitativo
P05	Serviços da área de Saúde Pública Local	Pacientes com 65 anos ou mais residentes	18 648 idosos	Qualitativo/ Quantitativo
P06	Hospital, Unidade médica aguda e setor de Emergência	Pacientes maiores de 65 anos admitidos em 3 serviços	198 pacientes	Qualitativo/ Quantitativo
P07	Médicos de 3 municípios e idosos que moram na própria casa ou em Instituições de Longa Permanência	Médicos e idosos acima de 75 anos	2.178 idosos	Qualitativo/ Quantitativo
P08	Setor de Emergência	Idosos acima de 75 anos com admissão não planejada no setor de emergência	424 idosos	Qualitativo/ Quantitativo
P09	Atenção Primária	Homens, mulheres e uma amostra de 12 países europeus acima de 50 anos	15.578 mulheres, 12.783 homens	Qualitativo/ Quantitativo
P10	Hospitais e Emergência	57 especialistas em geriatria que trabalham em diferentes Hospitais do Serviço de Saúde da cidade	83 pesquisas recebidas.	Qualitativo
P11	Setor de Emergência dos Hospitais	Sem participantes	Cinco ferramentas de triagem para pacientes idosos.	Qualitativo

Tabela 5. Características da metodologia dos artigos incluídos no RB.

Fonte: Pubmed (elaborado pela autora), 2017.

Artigo	Objetivo	Resultados	Conclusão
P01	Determinar a eficácia de um programa de atenção primária sobre o atendimento diário de pessoas mais velhas em cuidados primários.	O grupo de seleção e cuidados com enfermeiros teve uma melhora estatisticamente significativa no acompanhamento diário. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em relação à qualidade de vida, satisfação com cuidado, número de internações hospitalares e visitas à emergência.	A eficácia de um modelo de cuidados geriátricos para idosos frágeis em atenção primária avaliada demonstrou um pequeno efeito de intervenção após 18 meses de seguimento. Participantes em ambos os grupos de intervenção tiveram menos declínio do que aqueles no grupo controle.
P02	Desenvolver uma ferramenta de avaliação das síndromes da fragilidade com a associação do índice de comorbidade de Charlson.	Os modelos de síndrome da fragilidade exibiram pontuações de 0,624-0,659 para mortalidade hospitalar, 0,63-0,654 para institucionalização e 0,57-0,63 para 30 dias readmissão de emergência.	Os modelos de síndrome da fragilidade são preditores válidos e relevantes para avaliação dos cuidados agudos. O poder preditivo está de acordo com outras pontuações na literatura e é potencialmente mais aceito para uso em cuidados agudos.
P03	Avaliar se a pontuação de triagem <i>Canadian Triage and Acuity Scale</i> (CTA) realizada por paramédicos era associada à pontuação da triagem <i>Emergency Severity Index</i> (ESI) realizada pelas enfermeiras de emergência.	Os dados CTAS e ESI mostram taxas de admissão variáveis dependendo da categoria de triagem. As triagens por CTA possuem sucesso limitado, mas com resultados semelhantes ao ESI baseada na admissão.	Houve falta de convergência entre os dois instrumentos de triagem utilizados e algumas diferenças notáveis nos parâmetros de avaliação. São necessários mais estudos para avaliar o impacto que essas diferenças podem ter na identificação, necessidade de recursos e, conseqüentemente, em seus resultados.
P04	Avaliar a precisão <i>Vulnerable Elders Survey-13</i> (VES-13) para prever a síndrome da fragilidade com base em no <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> (CGA) em pacientes cirúrgicos poloneses.	Prevalência de fragilidade por CGA foi de 59,4% (63 pacientes) ($p > 0,05$). Houve significativamente maior número de pacientes frágeis no grupo oncológico. A prevalência de fragilidade pelo VES-13 foi de 45,3% (48 pacientes).	A ferramenta de triagem VES-13 para idosos não pode substituir a CGA, devido ao poder discriminativo insuficiente. Não pode identificar com precisão deficiências em outros domínios geriátricos tais como humor, estado nutricional ou cognitivo nível.
P05	Identificar o padrão de atendimento a pacientes de 65 anos ou mais, em um setor de	18.648 visitas: 38% dos pacientes idosos representam uma grande proporção de todas as visitas ao setor de emergência e a maioria dessas	Idosos têm altas taxas de emergência para condições não urgentes, especialmente para traumas menores ou para solicitar exames

	emergência.	visitas não era urgente.	especializados.
P06	Examinar a capacidade do <i>Identification Senior Risk</i> (ISAR) de prever resultados adversos.	68% tinham um escore ISAR de 2 ou mais. Readmissão em pacientes com pontuação de 0-1 (15%) em comparação com aquelas pontuações 2-6 (30%). Os pacientes dispensados sem internação tiveram um escore ISAR inferior ao dos pacientes admitidos, pacientes readmitidos e pacientes que morreram.	Estudos recomendam a avaliação como parte dos procedimentos, como medida de precaução de segurança do paciente e para evitar complicações desnecessárias.
P07	Investigar se o Embrace melhora os resultados dos pacientes e a qualidade dos cuidados para todos os idosos que vivem na comunidade.	Os participantes foram estratificados em um dos três estratos: (A) robusto (64%); (B) frágil (16%); e (C) necessidades complexas de cuidado (20%). A complexidade das necessidades de cuidados foi avaliada usando o IM-E-AS (22 itens, divididos em quatro domínios: biológico, psicológico e necessidades sociais e cuidados de saúde). Dessa forma, os participantes do grupo de controle recebem cuidados e aconselhamento mais proativos e preventivos.	Este estudo forneceu evidências para a eficácia, embora possua alguns possíveis vieses de seleção. Idosos com um estado de saúde ruim podem ser menos propensos a decidir participar, como também o <i>status</i> socioeconômico relativamente baixo e alfabetização nos municípios participantes.
P08	Examinar se o instrumento <i>Brief Geriatric Assessment</i> (BGA) aplicado em pacientes idosos admitidos no setor de emergência pode prever o risco de uma longa internação no hospital geriátrico.	Os resultados mostraram que o BGA de seis itens foi significativamente associado ao tempo de permanência dos idosos no setor. O conhecimento sobre a combinação dos itens BGA de grupos finais pode fornecer uma alocação mais proposital dos padrões recomendados de cuidados entre pacientes admitidos no setor.	A combinação de uma história de quedas, gênero masculino, deficiência cognitiva e idade abaixo de 85 anos foram identificados nos idosos.
P09	Comparar o desempenho das ferramentas SHARE Fix e SHARE Fit para classificar e prever a mortalidade da amostra.	A correlação bivariada entre o Fit e o Fix para os dois sexos foi altamente significativo. Comparado o Fix com a avaliação geriátrica de 40 itens, foi observado que a previsão de mortalidade é muito semelhante.	SHARE Fit é uma avaliação fácil de usar, acessível <i>on-line</i> gratuitamente. Com isso, pode-se contribuir para a qualidade no serviço primário priorizando acesso aos recursos.

P10	Identificar os critérios sociodemográficos, clínicos e funcionais e transtornos mentais que deveriam ser incluídos na definição de idoso frágil na opinião dos profissionais atualmente envolvidos em seu cuidado.	Foram considerados como prioridade alta: idade de 85 anos e mais, fratura do quadril, a presença de comprometimento funcional ou cognitivo agudo, fragilidade ou deterioração inexplicada do estado de saúde (85% dos entrevistados); idade entre 80 e 84 anos, e a deterioração comprometimento funcional ou cognitivo antes da admissão (mais de 60% dos entrevistados).	A diversidade de opiniões em relação à utilidade e a prioridade de certos critérios ocorrem de acordo com o tipo do local de trabalho. Em relação à fragilidade, as respostas foram variadas e refletem a falta de consenso para uma avaliação intra-hospitalar.
P11	Descrever ferramentas de triagem desenvolvidas no contexto de emergências e avaliação eficácia e utilidade	<p>SHERPA (declínio funcional): tem a necessidade de realizar o Exame Mini-Mental, o que dificulta para ser aplicado em emergências.</p> <p>RUNCIMAN (Readmissão – trauma): a pouca precisão da avaliação pós-traumática dificulta aplicação em pacientes da sala de emergência</p> <p>ROWLAND (Readmissão – emergência): mau desempenho do teste em termos de sensibilidade (85%) e especificidade (28%) com pouca utilidade para a prática.</p> <p>TRST (Readmissão – emergência): Os resultados não foram significativos para prever a readmissão para emergências, hospitalização ou institucionalização.</p> <p>ISAR (morte, alta, declínio funcional e readmissão): permitiu prever risco de morte, institucionalização ou perda de autonomia em 6 meses, sendo útil para excluir pacientes que não se beneficiariam de uma segunda avaliação mais ampla.</p>	<p>De todas essas ferramentas, o ISAR possui o melhor desempenho geral para detectar pacientes em risco de desenvolver condições desfavoráveis, é fácil de usar e tem a vantagem de ser validado em estudos de intervenções.</p> <p>Os pacientes identificados em risco devem ser encaminhados para uma avaliação geriátrica com recomendação para acompanhamento em um atendimento ambulatorial</p>

Tabela 6. Características dos artigos incluídos no Rb, segundo objetivo, resultado e conclusão . Fonte: Pubmed (elaborado pela autora), 2017.

5. RESULTADOS

RESULTADOS

Todos os estudos analisados nesse trabalho se relacionaram diretamente com aspectos clínicos da população idosa. Dos onze artigos analisados, oito trabalhos foram realizados em hospitais, sendo que cinco destes são realizados especificamente no setor de emergência.

Gráfico 6. Distribuição dos artigos incluídos nos serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Gráfico 7. Distribuição dos artigos incluídos nos setores hospitalares.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Os trabalhos encontrados apresentaram-se de forma heterogênea em relação aos objetivos e metodologias utilizadas diante de diferentes formas de classificação, hierarquização e seleção de idosos, de acordo com os riscos de gravidade, declínio ou

morte nos respectivos países e locais realizados. Porém, não foram encontrados estudos relacionados diretamente a critérios etários e à de natureza Bioética.

Após análise dos artigos incluídos, estes foram divididos em três categorias, de acordo com os resultados identificados segundo os critérios de priorização de atendimentos em idosos na saúde utilizados.

Crítérios de priorização em atendimentos identificados	Nº de artigos encontrados
Fragilidade	5
Readmissão após a alta e/ou longa internação	3
Risco de morte e/ ou complicação clínica	2
Condições clínicas e sociais	1

Tabela 7. Critérios de priorização utilizados nos artigos incluídos.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

5.1. Critérios baseados no conceito de fragilidade

Para determinar a efetividade de um programa proativo de cuidados primários para pessoas mais velhas sob tais cuidados, o estudo de Bleijenbergh et al. (2016) analisou a realização de duas intervenções, que utilizaram diferentes critérios para a triagem de fragilidade. Em uma das intervenções, a triagem de fragilidade utilizou dados prontamente disponíveis em registros médicos eletrônicos de cuidados de rotina. Foram considerados indivíduos em situação de risco de fragilidade (utilizando um índice de fragilidade baseado no modelo de acúmulo de déficits) aqueles que estivessem expostos à polifarmácia (definido no estudo com o uso crônico de 5 ou mais farmacoterapêuticos) ou não houvessem visitado um clínico geral nos últimos 3 anos (para detectar indivíduos que evitam visitas ao médico). Já na outra intervenção, a triagem de fragilidade utilizou o questionário *Groningen Frailty Indicator* (anexo 1) e o instrumento *Intermed Self-Assessment* (IMESA), que avalia as necessidades de cuidados biopsicossociais para idosos. Após essa intervenção, os profissionais acompanharam com maior atenção os indivíduos cuja pontuação no GFI foi de 4 ou mais pontos. Ao comparar os grupos que realizaram a triagem e o acompanhamento com o outro grupo que não realizou esse processo, foram observadas pequenas diferenças em relação a um menor declínio no funcionamento diário no grupo

acompanhado, mas com relevância clínica é incerta (P01).

Com dados estatísticos de hospitais, o estudo de Soong et al. (2015) verificou a utilidade de síndromes de fragilidade como modelo para previsão de riscos para idosos em situação de cuidados graves. Esse trabalho utilizou os campos relacionados aos diagnósticos de cada paciente para agrupá-los em síndromes de fragilidade. Isso permitiu que o estudo verificasse se era possível, por meio dessas síndromes, prever resultados como mortalidade, a transferência para nível de cuidado superior e as readmissões de emergência. Em sua conclusão, o estudo diz que as síndromes de fragilidade podem ser usadas de forma válida para previsão de resultados em uma situação de cuidados agudos (P02).

No trabalho de Spoorenberg et al. (2013), realizou-se a estratificação de pessoas idosas que vivem na comunidade. Os instrumentos foram adaptados para o cenário holandês e para a população idosa que vive na comunidade. As pessoas idosas elegíveis têm mais de 75 anos e estão matriculadas em uma das práticas de médicos de clínica geral participantes. No instrumento de triagem fazem parte a auto-avaliação *INTERMED for the Elderly Self Assessment* (IM-E-SA) (anexo 2) e o *Groningen Frailty Indicator* (GFI) (anexo 1), e os participantes serão estratificados em um dos três estratos: (A) robusto; (B) frágil; e (C) necessidades complexas de cuidados. No primeiro nível, o suporte à autogestão é oferecido a pacientes com risco relativamente baixo de cuidados de saúde e necessidades. Os pacientes no segundo nível aumentaram os níveis de risco para necessidades mais complexas de cuidados e foram avaliados para receber tratamento das doenças ou gerenciamento de cuidados. O terceiro nível consiste em pacientes de alta complexidade, que recebem casos intensivos de cuidado. (figura 5) O cuidado preventivo é fornecido nos três níveis (P07):

	Perfil robusto	Perfil frágil	Perfil de necessidade de cuidados complexos
Estrato	A	B	C
Nível de cuidado e suporte	Baixa intensidade	Alta intensidade	Alta intensidade
Coordenação de cuidado e suporte	Equipe de cuidado	Equipe de cuidado, gestor do caso	Equipe de cuidado, gestor do caso
Contatos (nº)	Por iniciativa do paciente ou iniciado pela equipe de cuidado	Estruturados: $\pm$ 1/mês	Estruturados: $\pm$ 2/mês
Duração de cuidado e suporte individual	Não se aplica	De 6 a 12 meses	De 6 a 12 meses
Abordagem	Por grupo	Individual	Individual
Foco	Auto-gestão	Psicossocial	Cuidado de saúde

Figura 5. Características dos perfis de cuidado do Embrace. Fonte: Spoorenberg et al., 2013.

Para elaborar um instrumento simplificado de detecção de fragilidade em idosos, com o intuito de fornecer aos serviços de saúde com um foco clínico para direcionar recursos a serem usados nessa população, foi desenvolvido o Instrumento de Fragilidade baseado na Pesquisa de Saúde, Envelhecimento e Aposentadoria na Europa (SHARE-Fit). Este instrumento é composto por cinco itens (força de preensão, nível de fadiga, perda de apetite, dificuldade em andar/subir escadas e baixo nível de atividade física), no qual se comparou a previsão de mortalidade dada por um Índice de Fragilidade mais tradicional, de quarenta itens, também baseado na Pesquisa de Saúde, Envelhecimento e Aposentadoria na Europa. Nessa comparação, o estudo identificou uma significativa correspondência entre os resultados, comprovando que o simplificado Instrumento de Fragilidade possui efetividade similar ao Índice de Fragilidade, porém é muito mais fácil de ser utilizado por médicos de família e de comunidades. O SHARE-Fit inclui duas calculadoras localizadas na *web* (para cada sexo), que são acessíveis gratuitamente em *BMC Geriatrics Calculators*:

- Feminina: [12877_2010_346_MOESM1_ESM.ZIP](#) SHARE Frailty Instrument calculator;
- Masculina: [12877_2010_346_MOESM2_ESM.ZIP](#) SHARE Frailty Instrument calculator (P09).

O estudo de Kening et al. (2014) visou a validar a precisão do método de análise VES-13 (anexo 3), que se trata de um teste simplificado (com 13 itens), para prever síndromes de fragilidade em pacientes que receberiam cirurgia, em comparação com a *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA), que é um teste mais completo (com 80 itens). O resultado das análises realizadas mostrou que o VES-13 não poderia servir como substituto do CGA; no entanto, visto que restou demonstrado que esse teste mais simples não possui poder discriminativo suficiente (seu valor de previsão foi considerado “moderado”) para selecionar os pacientes que necessitariam de maiores análises, apesar de poder ser um teste útil em um ambiente onde não existam profissionais treinados para aplicar o CGA (P04).

5. 2 Critérios baseados na readmissão após a alta e longa internação

Em um pequeno hospital na capital da Dinamarca, foi realizado um estudo com pacientes idosos para identificar aqueles que precisavam da intervenção mais completa através da ferramenta *Identification of Seniors at Risk* (ISAR) (figura 6) e,

consequentemente, diminuir a readmissão após a alta. Foi observado que quanto maior a pontuação, maior era o risco de readmissão dentro de um e três meses.

Perguntas de triagem do ISAR	
1. Antes da doença ou ferimento que o trouxe ao Departamento de Emergência, você precisava da ajuda de alguém de forma regular?	Sim/Não
2. Desde contrair a doença ou sofrer o ferimento que o trouxe ao Departamento de Emergência, você tem precisado de mais ajuda que o normal para cuidar de si mesmo?	Sim/Não
3. Você ficou hospitalizado por uma ou mais noites durante os último seis meses (exceto por uma estadia no Departamento de Emergência)?	Sim/Não
4. Em geral, você enxerga bem?	Sim/Não
5. Em geral, você tem problemas sérios com sua memória?	Sim/Não
6. Você toma mais de três medicamentos diferentes todos os dias?	Sim/Não

Uma pontuação maior ou igual a 2 pode indicar risco aumentado.

Figura 6. Questionário da ferramenta ISAR. Fonte: Ellis G, Marshall T, Richie C; 2014.

Em relação aos problemas de saúde, constataram que 50% dos pacientes referiram dor, 34% relataram tontura ou quedas, 22% possuíam algum problema emocional, 18% tiveram algum problema nutricional e 16% déficits cognitivos. Todos tiveram pontuação no ISAR ≥ 2 . Em pacientes com pontuação de 0-1, 15% dos pacientes foram readmitidos, enquanto aqueles com pontuações de 2-6 o valor subiu para 30%. O número dos problemas de saúde para cada paciente também foi correlacionado com uma pontuação maior no ISAR. Pacientes com problemas emocionais pontuaram 3 no ISAR, assim como os pacientes com problemas nutricionais e que relataram algum episódio de queda. Pacientes com dor tinham uma pontuação ISAR de 2. Os pacientes categorizados com algum déficit cognitivo possuíam uma pontuação no ISAR de 3 (P06).

Na avaliação de cinco escalas para triagem, o instrumento melhor avaliado foi o ISAR, pois permitiu, além de identificar risco de morte, hospitalização, institucionalização ou perda de autonomia em 6 meses, a orientação dos cuidados domiciliários, ambulatoriais e detecção para cuidados agudos. Se o paciente for considerado em risco, pode ser realizada uma avaliação dos problemas, sendo complementado pela implementação de uma gestão de atenção ambulatorial nas deficiências identificadas com essa avaliação. Durante esse estudo de Graf e Chevalley (2012), foi observado que pacientes mais velhos correm o risco de readmissão, perda de autonomia e mortes após uma emergência. Com isso, uma

avaliação geriátrica com intervenção personalizada permite uma redução desse risco (P11).

Ferramentas de triagem	Itens	Pontos	Cortes	Performances	Problemas
SHERPA [7]	Histórico de quedas (1 ano) Problemas cognitivos (MMSE <15/21) Auto percepção do estado de saúde Idade (<75; 75-84; >84) IADL (Lawton) (≤2; 3-4; 5; 6-7)	2 2 1,5 0 – 1,5 – 3 0 – 1 – 2 – 3	Médios: ≥3,5/11,5 Moderados: ≥5/11,5 Altos: ≥7/11,5	Se 85%; Sp 45% Se 68%; Sp 71% Se 45%; Sp 87% AUC: 0,734	Declínio funcional (3 meses)
RUNCIMAN [10]	Trauma recente 1 ADL (vestir-se) 2 IADLs (transporte, tarefas) Tomando diuréticos/Incontinência Auxiliar de caminhada 1 pergunta sobre a memória episódica verbal	2 2 1 1 1 1	≥2/8	Se 86%; Sp 38%	Readmissão (28 dias)
ROWLAND [11]	3 IADLs (refeição; tarefas; pagamentos) 1 ADL (vestir-se) Ajuda doméstica Auxiliar de caminhada/ajuda para transitar Hospital-dia	3 1 1 1 1	≥4/7	Se 85%; Sp 28%	Readmissão (14 dias)
TRST [19]	Presença de problemas cognitivos Problemas ao andar/transitar >5 medicamentos Histórico de hospitalização <3 meses ou SU <1 mês Vive sozinho "Ansiedade" enfermagem	1 1 1 1 1 1 1	≥2/6	Se 64%; Sp 63% Se 55%; Sp 66%	Readmissão ou casa (30 dias) (120 dias)
ISAR [14]	Ajuda doméstica Mais ajuda desde os sintomas Problemas de vista Presença de problemas cognitivos Histórico de hospitalização <6 meses >3 medicamentos	1 1 1 1 1 1	≥2/6	Se 75%; Sp 58% Se 69%; Sp 57%	Morte ou casa ou declínio funcional (6 meses) Readmissão (6 meses)

Se: sensibilidade. Sp: especificidade. ADL: atividades base da vida cotidiana. IADL: atividades instrumentais da vida cotidiana. MMSE: Mini-mental State. SHERPA: Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie. TRST: Triage Risk Stratification Tool. ISAR: Identification of a Senior at Risk.

Figura 7. Ferramentas de triagem para pacientes idosos em risco de resultados adversos após uma visita ao departamento de emergência. Fonte: Graf and Chevalley, 2012.

A aplicação da ferramenta *Brief Geriatric Assessment* (BGA) para pacientes idosos em departamentos de emergência pode prever o risco de uma longa estada em unidade de cuidados severos do hospital. A breve avaliação geriátrica era composta pelos seguintes itens: idade, gênero, nº de medicamentos tomados diariamente, histórico de quedas dos últimos 6 meses, o resultado do *Mini-Mental State Examination* e o dado sobre o paciente viver sozinho, sem ajuda ou não. O estudo concluiu que esse instrumento de avaliação estava significativamente associado ao tempo de permanência dos pacientes, e que pacientes do sexo masculino, com histórico de quedas, declínio cognitivo e com idade abaixo de 85 anos estavam mais sujeitos a terem uma longa permanência em um hospital (P08).

5. 3. Critérios baseados em risco de morte e/ou complicação clínica

No trabalho de Fusco et al. (2014) realizado em Veneto (região nordeste da Itália), foram analisados os registros de frequência à Emergência por pacientes com 65 anos ou mais, residentes dentro da área da Saúde Pública Local. As ferramentas utilizadas se basearam na seguinte classificação: etiqueta branca – Wt (condições não urgentes); etiqueta verde – Gt (condição menos urgente/baixa prioridade); amarelo – Yt (condição de emergência urgente, potencialmente fatal); etiqueta vermelha – Rt (condição de emergência muito crítica, imediatamente ameaçadora de vida). O conjunto de dados contém informações sobre os motivos do acesso à Emergência, classificados em 11 grupos de sintomas ou problemas: coma ou choque, sintomas neurológicos, abdominais, cardiovasculares, respiratório e musculoesqueléticos, perda de sangue, lesão ou envenenamento, febre, alergia, reação e consulta especializada. De acordo com a análise do padrão atendimento, foram identificadas as cinco maiores razões de visitas à Emergência de idosos pela triagem, apresentadas na figura 8.

Faixa vermelha (Red tag - Rt)	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas respiratórios (52,9%) • Coma ou choque (32,56%) • Sintomas neuropsiquiátricos (8,14%) • Sintomas cardiovasculares (3,20%) • Ferimentos ou envenenamento (2,03%)
Faixa amarela (Yellow tag - Yt)	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas respiratórios (37,95%) • Sintomas cardiovasculares (35,96%) • Sintomas neuropsiquiátricos (11,64%) • Ferimentos ou envenenamento (4,99%) • Coma ou choque (4,18%)
Faixa verde (Green tag - Gt)	<ul style="list-style-type: none"> • Ferimentos ou envenenamento (34,97%) • Sintomas abdominais (22,68%) • Perda de sangue (9,27%) • Visita a especialista (8,53%) • Sintomas neuropsiquiátricos (8,32%)
Faixa branca (White tag - Wt)	<ul style="list-style-type: none"> • Ferimentos ou envenenamento (44,72%) • Visita a especialista (35,64%) • Sintomas musculoesqueléticos (8,06%) • Sintomas abdominais (4,71%) • Febre (2,50%)

Figura 8. Cinco principais motivos para o acesso a emergência por gravidade clínica na triagem.
Fonte: Fusco et al., 2014.

Quando os grupos de triagem foram comparados em termos de demanda em recursos na Emergência, percebe-se que os pacientes com Wt tendiam a realizar menos procedimentos (radiológicos, laboratoriais e procedimentos eletrofisiológicos), mas realizavam mais visitas especializadas do que os demais grupos de triagem. Para pessoas idosas que visitaram a emergência, mostraram que a maioria dessas visitas não era urgente (38, 6%), ressaltando a tendência comum dos pacientes irem diretamente para esses locais sem consultar o cuidado da atenção primária, como relatado em outros estudos na literatura. A mortalidade e as taxas de hospitalização foram significativamente maior para os grupos de pacientes considerados mais urgentes na triagem (Rt e Yt), mas a taxa de hospitalização para pacientes com Wt foi bastante alto (7%). Esse dado sugeriu a ocorrência de subestimação da gravidade na triagem, sendo a maioria destes casos reclassificados como Gt posteriormente (P05).

Para desenvolver um instrumento de triagem válido e confiável a ser utilizado por paramédicos, o estudo de Smith et al. (2015) verifica se existe associação entre a pontuação de pacientes no momento da triagem por paramédicos, utilizando o *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS), e no momento da triagem pelas enfermeiras de emergência, que usam o ESI. O estudo observou que o método de triagem utilizado pelas enfermeiras de emergência foi muito mais preciso para prever quais pacientes seriam hospitalizados, mas que a ferramenta usada pelos paramédicos poderia ser aprimorada para melhorar seus resultados (P03).

Figura 9. Níveis de classificação de Emergência CTAS. Fonte: Unhasuta, 2015

5. 4. Critérios baseados em condições clínicas e sociais

O estudo desenvolvido por Cortéz et al. (2012), junto à elaboração do Plano Estratégico de Geriatria da Comunidade de Madri, foi realizado devido à necessidade de definir critérios para idosos mais frágeis com prioridade para atendimento nos diferentes serviços da região, segundo profissionais envolvidos em seus cuidados. Com isso, foi submetido um instrumento aos hospitais para médicos da área de geriatria de serviços de urgência e de hospitais de média e longa estadia. Nesse instrumento foram inseridos os seguintes critérios: idade, declínio funcional, mobilidade, declínio cognitivo, condições clínicas e condições sociais. Todos os critérios propostos foram considerados individualmente como prioridades ou alta prioridade na seleção de pacientes por mais do que a metade dos entrevistados.

Foram considerados critérios de alta prioridade para a população-alvo ter idade superior ou igual a 85 anos ou mais; a ocorrência de fratura do quadril; a presença de declínio funcional ou cognitiva; a fragilidade ou a piora inexplicável do estado de saúde, por mais de 85% dos entrevistados. Mais de 60% dos entrevistados também consideraram critérios de “alta prioridade” a idade entre 80 e 84 anos, e o comprometimento funcional ou cognitivo antes da admissão. Mais de 40% dos entrevistados consideraram ser necessário pouco ou nenhuma intervenção sobre os pacientes mais velhos com independência para mobilidade ao ar livre ou ausência de declínio cognitivo antes da admissão, bem como na presença de grave comprometimento funcional ou mental ou imobilidade estabelecida antes da admissão.

Todos os entrevistados concordaram que pacientes com maior prioridade da intervenção geriátrica são os idosos mais velhos, os mais vulneráveis e aqueles que exigem uma abordagem clínica e de cuidados mais complexa. Em relação às características sociais pesquisadas, os idosos que vivem sozinhos eram considerados com maior vulnerabilidade do que pacientes que não possuíam filhos ou eram institucionalizados. As opções de seleção de especialistas que trabalham em hospitais de unidades agudas, mas sem unidades geriátricas estruturadas, foram concordantes com as dos outros profissionais, como prioridade para idosos mais longevos, com fratura de quadril ou aguda deficiência funcional e mental; embora fossem mais propensos a priorizar pacientes com multimorbidade, doença avançada ou em

condição terminal, podendo sugerir a percepção importante da vulnerabilidade à hospitalização deste grupo de pacientes, alta complexidade clínica necessitando de uma abordagem integral.

Essa diversidade de opiniões em relação ao estabelecimento de critérios de prioridade ocorreu de acordo com os locais de trabalho, sugerindo uma reflexão sobre a necessidade de adaptação de especialistas geriátricos para atender às necessidades dos idosos com base nos recursos disponíveis (P10).

6. DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Nos serviços de Saúde, a priorização no atendimento da população costuma se basear em critérios clínicos ou biomédicos. Sete dos onze trabalhos identificados utilizaram diversos instrumentos ou escalas padronizadas para melhor identificação das necessidades e desfechos. Além disso, seis desses estudos têm o objetivo de avaliar instrumentos que atendem aspectos de efetividade e praticidade para as rotinas dos profissionais de saúde.

Os trabalhos de Soong et al. (2017), Spoorenberg et al. (2013) e Romero-Oturno (2012) foram desenvolvidos com base em instrumentos que avaliam as síndromes da fragilidade, classificando os idosos em três níveis (não frágil, pré-frágil e frágil). Enquanto o SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) – Fit (*Frailty Instrument*), analisado por Soong, utiliza cinco itens para avaliação de fragilidade fenotípica de forma adaptada (força de preensão, nível de fadiga, perda de apetite, dificuldade em andar/subir escadas e baixo nível de atividade física, o estudo holandês de Spoorenberg et al. (2013) utiliza os instrumentos INTERMED *for the Elderly Self Assessment* (IMEAS) e o *Groningen Frailty Index* (GFI). O GFI é composto por 15 itens para determinar o nível de fragilidade por meio de perdas funcionais e de recursos em quatro domínios: físico (funções de mobilidade, múltiplos problemas de saúde, fadiga física, visão, audição), cognitivo (disfunção cognitiva), social (isolamento emocional), e psicológico (humor deprimido e sentimentos de ansiedade). O IMEAS conta com 16 perguntas relacionadas aos parâmetros biológico/médico, psicológico, social e cuidados da saúde (adaptação do instrumento IME – INTERMED *for Elderly*). Diferente dos outros dois estudos, o trabalho de Soong et al. (2015) buscou desenvolver um modelo de avaliação de condições adversas de saúde baseada na identificação da fragilidade em pessoas idosas dentro de um serviço para cuidados agudos usando dados rotineiramente disponíveis coletados, com base em estatísticas de episódios hospitalares. Os resultados desses três trabalhos indicaram que tais instrumentos são capazes de identificar a complexidade dos casos e as necessidades de cuidados de saúde dos idosos, orientando os profissionais nas suas decisões de alocação nos seus diferentes locais de trabalho.

No estudo de Wild et al. (2011), foram utilizadas as pontuações do instrumento original (IME) para categorizar, em cores, o tempo de espera e a atenção que deverá ser realizada de acordo com a classificação obtida. Assim, a pontuação de zero

corresponde à cor verde e indica que não é necessário cuidado imediato ou adaptações nos cuidados; já uma pontuação de três indica a cor vermelha que significa necessidade imediata o cuidado (figura 10).

Pontos	Características
(0)	sem vulnerabilidade e necessidade
(1)	vulnerabilidade leve com necessidade de monitoramento ou prevenção
(2)	vulnerabilidade moderada com necessidade de tratamento ou inclusão no plano de tratamento
(3)	vulnerabilidade grave com necessidade de uso imediato ou intensivo tratamento

Figura 10. Classificação de acordo com Instrumento IME. Fonte: Wild et al., 2011.

No estudo de Bleijenberg et al. (2016), o GFI foi utilizado pelas enfermeiras após uma triagem rápida por meio das informações dos pacientes no banco de dados para risco de fragilidade ou efeitos adversos em idosos, e foi seguido por uma intervenção de cuidados com enfermeiros, mas não teve um claro e convincente efeito sobre os idosos após um ano de seguimento. Os autores sugeriram que possivelmente, os fatores relacionados a esse resultado são devido ao seguimento e acompanhamento no cuidado após a triagem, como a intervenção elaborada, podem não ter sido implementados conforme planejado, ou a população estudada era muito frágil para realizar os cuidados no serviço primário.

Idosos frágeis possuem um tempo de permanência em internações mais elevado, e Beauchet et al. (2013) avaliaram se o instrumento *Brief Geriatric Assessment* (BGA) seria capaz de prever o risco de uma longa internação em pacientes idosos admitidos na emergência. O *Brief Geriatric Assessment* (BGA) é composto pelos seguintes seis itens, associados separadamente com a hospitalização prolongada: idade, gênero, número de medicamentos tomados diariamente, histórico de quedas nos últimos 6 meses, resultado do Mini-exame de estado mental (MMSE), e não uso de serviços de cuidados em casa (para idosos que moram sozinhos). Os resultados mostraram que o BGA de seis itens podia prever o risco de uma longa internação (> 13 dias) em pacientes idosos admitidos na emergência. A prevalência de gênero masculino, idade abaixo de 85 anos, história de quedas, polifarmácia e comprometimento cognitivo de moderado a grave foram maiores entre pacientes com

risco de elevado tempo de internação em comparação com aqueles com tempo intermediário. Esse estudo corrobora com a errônea definição exclusivamente etária para definição da necessidade de cuidado para esse grupo etário, pois avalia que os idosos mais longevos não apresentam necessariamente condições de saúde mais graves.

O estudo concluiu que o período de permanência está associado ao grau de fragilidade, considerando tal período como um substituto da medida de estado de saúde e estado funcional em idosos pacientes internados, uma vez que a hospitalização prolongada foi identificada como uma consequência causada pelos resultados adversos para a saúde.

O risco de um maior período de internação dependia da combinação, principalmente, do histórico de quedas combinado a outros fatores de risco. Por exemplo, homens com história de quedas recentes, mas nenhum comprometimento cognitivo de moderado a grave, e sem apresentar polifarmácia tiveram um baixo risco para uma longa estadia hospitalar (embora não significativo). Aqueles que não caíram, mas apresentaram comprometimento cognitivo, polifarmácia ou algum isolamento social apresentaram um risco maior e significativo para uma longa estadia hospitalar.

A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, sendo muito comum no envelhecimento, devido à prevalência de doenças crônicas. O aumento do risco de eventos adversos relacionados aos medicamentos é maior nesta faixa etária, sendo diretamente relacionada à complexidade da terapia e à doença. Com isso, pode ocorrer um maior número de consultas com especialistas, atendimento de emergência e de internação hospitalar, aumentando os custos assistenciais tanto para o idoso como para os serviços (Secoli, 2010).

Esta relação pode ser explicada em parte pelo fato de que a queda em adultos mais velhos é um marcador de morbidades cujas consequências são alterações na marcha e no equilíbrio, levando a um risco de perda de independência ou até morte. Os fatores de risco mais identificados para quedas são intrínsecos e geralmente incluem polifarmácia, medicamentos psicoativos, fraqueza muscular, déficits sensoriais e declínio cognitivo. Esse histórico é, portanto, caracterizado por um efeito cumulativo de doenças crônicas, se tornando mais importantes e diversos com a idade, contribuindo para a fragilidade e aumento do risco de dependência.

Os artigos de Graf, Chevalley (2012) e Rosted et al. (2014) avaliaram a eficácia

e a efetividade do instrumento *Identification of Seniors at Risk* (ISAR), composto de seis perguntas que fazem referência à necessidade de ajuda nas atividades diárias antes de procurar o serviço de emergência, número de hospitalizações nos últimos seis meses, problemas visuais, memória, número de medicações em uso diário e necessidade de ajuda após alta hospitalar. Esta ferramenta visa a prever o declínio funcional e outros desfechos adversos depois de uma internação. Quanto maior a pontuação do paciente, maior o risco de sua readmissão, perda de funcionalidade ou morte. Os dois estudos concluíram que o ISAR é a ferramenta mais prática e efetiva na rotina da emergência para identificar possíveis riscos desfavoráveis após a alta como readmissão, institucionalização ou perda autonomia.

Pontuação ISAR	Estadia base no hospital		1 mês			3 meses		
	dias no hospital, média (DP)	problemas de saúde, nº, média (DP)	não readmitidos, nº (%)	readmitidos, nº (%)	mortos, nº (%)	não readmitidos, nº (%)	readmitidos, nº (%)	mortos, nº (%)
0	0,0	1,7 (1,0)	22 (92)	2 (8)	0	22 (92)	2 (8)	0
1	1,2 (2,3)	4,1 (2,0)	33 (85)	6 (15)	0	30 (77)	8 (21)	1 (2)
2	3,5 (6,1)	4,1 (2,2)	30 (69)	12 (30)	1 (1)	28 (65)	14 (33)	1 (2)
3	6,9 (6,8)	6,1 (2,4)	31 (65)	13 (27)	4 (8)	22 (46)	19 (40)	7 (14)
4	6,4 (5,7)	6,5 (2,5)	19 (68)	7 (25)	2 (7)	13 (46)	12 (43)	3 (11)
5	15,5 (11,1)	6,5 (2,3)	7 (58)	4 (33)	1 (8)	3 (25)	8 (67)	1 (8)
6	3,3 (1,5)	7,5 (1,3)	1 (25)	3 (75)	0	0	3 (75)	1 (25)

ISAR = Identification of Seniors at Risk screening tool; DP = desvio padrão.

a) Pearson's $r = 0,36$; $p = 0,00$; b) Pearson's $r = 0,55$; $p = 0,00$; c) $\gamma = 0,32$; $p = 0,02$; d) $\gamma = 0,51$; $p = 0,00$.

Figura 11. Correlação entre a identificação de idosos em pontuação de risco de acordo com dias de em hospital, problemas de saúde, readmissões e morte. Fonte: Rosted et al., 2014.

Outras ferramentas, citadas no estudo de Smith et al. (2015), foram utilizadas nos Estados Unidos em ambientes pré-hospitalares para orientar a identificação ou classificação de pacientes e avaliar a necessidade de recursos, como a *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTA) e o *Emergency Severity Index* (ESI). As duas apresentam a mesma classificação em níveis de emergência (figura 12), com uma amostra que variou de 15 a 80 anos.

Nível I	Ressuscitação	ver o paciente imediatamente
Nível II	Emergência	dentro de 15 minutos
Nível III	Urgência	dentro de 30 minutos
Nível IV	Menos Urgência	dentro de 60 minutos
Nível V	Não Urgente	dentro de 120 minutos

Figura 12. Classificação dos níveis de emergência dos instrumentos CTAS e ESI.

Fonte: Smith et al., 2015.

O ESI tem uma correlação significativa com taxa de mortalidade hospitalar e utilização de recursos, com preocupações em relação ao crescente número de comorbidades e as queixas atípicas dos idosos. Em contraste com a sua estrutura, a CTA, utilizada por paramédicos, possui uma extensa lista de queixas clínicas, sintomas e modificadores, em momentos estratégicos, para direcionar usuários em direção a uma classificação com forte confiabilidade e validade entre populações pediátricas e adultas, além de mostrar uma forte correlação com a necessidade de recursos entre idosos. Com algumas divergências, a CTA mostrou sucesso limitado, prevendo a admissão em comparação ao ESI. A principal causa de admissão pelos paramédicos foram doenças gerais (11,8%), mas este também foi o maior motivo para altas (13,6%). Consecutivamente, dores no peito (8,7%), distúrbios respiratórios (6,8%) e dores abdominais (6,1%) foram, respectivamente, a segunda, terceira e quarta maiores causas de admissão.

	nº	Altas, % (nº)	Admissões, % (nº)	Transfer., % (nº)	Mortes, % (nº)	LWBS, LAMA e evasões, % (nº)	Observação de ED, % (nº)
Doenças em geral	284	13,6% (169)	11,8% (97)	3% (1)	0	29,4% (5)	14,3% (12)
Dor abdominal	151	7,3% (91)	6,1% (50)	3% (1)	0	22,7% (4)	6% (5)
Dor no peito	139	4,6% (57)	8,7% (72)	0	0	17,8% (3)	8,3% (7)
Sintomas de gripe/resfriado	92	4% (50)	4,4% (36)	0	0	22,7% (3)	3,6% (3)
Dor nas costas	87	5% (62)	2,2% (18)	0	0	38,5% (6)	1,2% (1)
Dor nas pernas	70	4,1% (51)	1,6% (13)	0	0	20,3% (3)	3,6% (3)
Incômodos respiratórios	66	0,8% (10)	6,8% (56)	0	0	0	0
Fraqueza	64	1% (13)	57% (47)	0	0	0	4,8% (4)
Ansiedade	64	3,5% (43)	1,6% (13)	9,1% (3)	0	20,3% (4)	1,2% (1)
Abuso de álcool	57	3,5% (43)	1,6% (13)	0	0	4,5% (1)	0
Corte	57	3,6% (45)	1% (8)	6,1% (2)	0	4,5% (1)	1,2% (1)
Total	51% (1.131)	28,5% (634)	19% (423)	<1% (8)	0 (0)	1% (30)	<1% (37)

Figura 13. Diagnósticos mais avaliados por paramédicos. Fonte: Smith et al., 2015.

Um dos resultados indicou que, no primeiro bloco de análise da CTAS, a idade do paciente foi significativa e explicou 14,7% da variância em probabilidade de admissão. Assim, a probabilidade de admissão diminuiu 3,3% para cada aumento de um ano na idade do paciente. No segundo bloco, a pontuação CTAS determinada pelos paramédicos na chegada ao hospital foi significativa, explicando 12,3% adicionais da variância de admissão. Os dados do ESI foram notavelmente diferentes. Nenhuma de suas categorias foram previsoras significativas de admissão.

Em relação aos dados da primeira análise da CTAS, não foi possível entender o motivo desse resultado e saber qual seria o motivo de a idade ser um fator significativo. Seria necessário saber qual o número ou a proporção de idosos da amostra, que varia de 15 a 89 anos, pois há a probabilidade de constituir um grupo pequeno devido à idade média dos pacientes ser de 48,97 anos em um total de 2.222 pacientes incluídos no estudo. Essa situação, reforça também a necessidade de identificação dos sinais e sintomas atípicos dos idosos por meio de avaliações efetivas e diferenciadas da população adulta.

Foi possível observar os resultados do uso dessas ferramentas de classificação de emergência similar ao SCMR, no estudo de Fusco M et al. (2014) com um modelo dividido em quatro níveis:

Cores	Características
Faixa Branca [<i>White tag</i> – Wt]	condições não urgentes
Faixa verde [<i>Green tag</i> – Gt]	condição menos urgente / baixa prioridade
Faixa Amarela [<i>Yellow tag</i> – Yt]	urgente: potencialmente fatal condição de emergência
Faixa vermelha [<i>Red tag</i> – Rt]	muito crítico: imediatamente ameaçador de vida condições de emergência

Figura 14. Classificação dos níveis de atendimento em emergências. Fonte: Fusco et al., 2014.

As condições clínicas mais frequentes de acordo com a classificação foram:

Cores	Condições Clínicas
Faixa Branca [<i>White tag</i> – Wt]	Lesão ou envenenamento (44,72%) e visitas a especialistas (33,64%).
Faixa verde [<i>Green tag</i> – Gt]	Lesão ou envenenamento (34,97%) e sintomas abdominais (22,68%).
Faixa Amarela [<i>Yellow tag</i> – Yt]	Sintomas respiratórios (37,95%) e cardiovasculares (35,96%).
Faixa vermelha [<i>Red tag</i> – Rt]	Choque (32,56%) e sintomas respiratórios (52,9%).

Figura 15. Principais sintomas relacionados com os níveis de classificação. Fonte: Fusco et al., 2014.

A maioria dessas visitas não era urgente (38,6%), e o maior diagnóstico foi de trauma, sendo que estas visitas à emergência não eram adequadas para acesso a maiores cuidados hospitalares (Não urgentes – Wt).

A mortalidade e as taxas de hospitalização foram maiores para os pacientes considerados mais urgente na triagem (Rt e Yt). Porém, a taxa de hospitalização para pacientes com Wt foi bastante alta (7%), sugerindo uma possível subestimação de gravidade na triagem ou não avaliações de características específicas do idoso. Segundo os autores, a fragilidade nos idosos, problemas cognitivos, deficiências, questões não clínicas ou falta de apoio familiar também podem induzir médicos a hospitalizar alguns pacientes.

Uma importante observação a ser realizada nos dados indicados quanto às principais razões de acesso à emergência é que a febre apresenta um dos menores percentuais desse acesso, sendo que todos os idosos identificados como febris foram classificados na Wt. Porém, os idosos tendem a apresentar temperaturas corporais menores comparativamente a crianças, jovens e adultos, e muitas situações e doenças não apresentam febre, mas sim outros sinais e sintomas, sendo necessário que o profissional investigue e devidamente identifique todas as queixas dos idosos. Com isso, podemos avaliar que alguns casos podem não ter recebido a devida avaliação, expondo esses idosos ao risco de internação ou mesmo de morte.

O próprio estudo afirma que cerca de 20% dos pacientes classificados como Wt foram inicialmente sub-triados, e a maioria destes casos foram reclassificados como Gt. No entanto, segundo os autores, os pacientes dessa faixa também incluem pacientes com pouco ou nenhum risco e provavelmente terão resultados bastante semelhantes aos pacientes classificados como Wt. Considera-se que 22% do grupo Yt foram sobre-triados, resultado consistente com os objetivos do sistema de codificação de triagem, que tende a superestimar qualquer condição potencialmente fatal.

Uma grande proporção de idosos mais velhos (≥ 85 anos) foram classificadas na Rt. Das 37,6% visitas totais, 93,9% foram classificadas na faixa vermelha e 16,5% na branca, sendo estas transportadas por ambulância para o setor de emergência. Já 55,4% das visitas gerais e 64,7% do faixa branco foram autorreferenciadas (figura 16).

	Faixa vermelha, nº (%)	Faixa amarela, nº (%)	Faixa verde, nº (%)	Faixa branca, nº (%)	Total, nº (%)	p
Resultados						
Morte	34 (7,61)	21 (0,37)	5 (0,37)	2 (0,03)	62 (0,33)	<0,001
Alta	7 (1,57)	448 (7,94)	1.109 (21,06)	1.406 (19,60)	2.970 (16,03)	
Hospitalização	344 (76,96)	2.660 (47,13)	1.637 (31,09)	541 (7,54)	5.182 (27,97)	
Transferência	16 (3,58)	33 (0,58)	55 (1,04)	5 (0,07)	109 (0,59)	
Retirada	1 (0,22)	101 (1,79)	152 (2,89)	837 (11,67)	1.091 (5,89)	
Encaminhamento para Ambulatório	45 (10,07)	2.307 (43,82)	2.307 (43,82)	4.382 (61,09)	9.115 (49,19)	
Condições sensíveis a tratamento ambulatorial						
Sim	104 (22,96)	1.102 (19,42)	399 (7,57)	436 (6,08)	2.041 (10,99)	<0,001
Ativação da unidade de observação do Departamento de Emergência						
Sim	41 (9,05)	1.022 (18,01)	517 (9,81)	200 (2,79)	1.780 (9,59)	<0,001
Tempo de estadia (LOS) média (DP) hrs	5,96 (9,02)	9,99 (14,50)	6,95 (14,90)	3,85 (12,29)	6,65 (13,93)	<0,001
Concordância entre triagem da enfermagem e triagem médica %						
Sobre triagem	15,89	21,94	2,60	-	-	-
Sub triagem	-	1,00	2,81	19,16	-	-

Figura 16. Resultados das visitas à emergência por nível de urgência na triagem. Fonte: Fusco et al., 2014.

	Faixa vermelha 453 (2,44%) nº (%)	Faixa amarela 5.675 (30,56%) nº (%)	Faixa verde 5.268 (28,37%) nº (%)	Faixa branca 7.173 (38,63%) nº (%)	Total 18.569 nº (%)	p
Gênero						
Masculino	193 (42,60)	2.607 (45,94)	2.246 (42,63)	3.175 (44,26)	8.221 (44,27)	<,001
Idade						
≥ 85 anos	201 (44,37)	1.580 (27,84)	1.399 (26,56)	1.217 (16,97)	4.397 (23,68)	<,001
Fora do horário de atendimento						
Feriados	61 (13,47)	695 (12,25)	587 (11,14)	672 (11,14)	2.015 (10,85)	<,001
À noite (das 22h até as 6h)	81 (17,88)	779 (13,73)	569 (10,80)	342 (4,77)	1.771 (9,54)	<,001
Modo de chegada						
Ambulância	417 (93,92)	2.753 (55,60)	1.814 (38,82)	946 (16,52)	5.930 (37,55)	<,001
Grupos de encaminhamento						
Clinico geral	13 (3,24)	722 (14,49)	549 (11,75)	1.256 (20,57)	2.540 (15,71)	<,001
Fora do horário de atendimento	22 (5,49)	363 (7,28)	283 (6,06)	402 (6,58)	1.070 (6,62)	
Casa de repouso	27 (6,73)	75 (1,50)	74 (1,58)	54 (0,88)	230 (1,42)	
Serviços 118	236 (58,85)	1.620 (32,50)	1.072 (22,94)	442 (7,24)	3.370 (20,85)	
Auto encaminhamento	103 (25,69)	2.204 (44,22)	2.695 (57,67)	3.952 (64,72)	8.954 (55,39)	

Figura 17. Características dos idosos por nível de urgência. Fonte: Fusco et al., 2014.

Segundo os autores, os pacientes autorreferidos com problemas não urgentes provavelmente preferiram ir à emergência por contarem com uma disponibilidade pronta de testes e consultas especializadas em um só lugar, em vez de ter que aguardar por muito tempo para obter uma consulta agendada com um especialista. Porém, tal situação pode causar um aumento de custos para o serviço.

Encaminhamentos realizados por médicos foram muito altos (1 em 5 pacientes não urgentes), sugerindo que mais pesquisas nesses serviços devem ser realizadas para avaliar se essa situação é relacionada à falta de vias diagnósticas estabelecidas entre hospitais e instituições de atenção primária ou falta de gerenciamento na atenção primária.

Este estudo nos mostra uma situação bem parecida com a do Brasil, cujo modelo assistencial é tradicionalmente baseado na atuação de múltiplos especialistas, no uso intensivo de exames complementares e na estrutura hospitalar. Assim, como sugerido no estudo, a população possui uma maior credibilidade nos serviços hospitalares frente aos atendimentos de média e baixa complexidade, levando a uma superlotação dos serviços e ao aumento dos tempos de espera. Com isso, são necessárias mudanças nesse modelo, centrado na demanda espontânea, na doença, principalmente em doenças agudas e agudizações das crônicas, por meio da reorganização e intersectorialidade entre serviços para o adequado atendimento de acordo com a necessidade da população, como também maior divulgação de ações e da importância de acompanhamentos em níveis primário e secundário, os quais incluem cuidados de prevenção de doenças e promoção à saúde (Brasil, 2013).

Uma das áreas fundamentais na elaboração das estratégias públicas de combate e prevenção às patologias que acometem a sociedade brasileira é a epidemiologia. Definida pela própria etimologia da palavra, a epidemiologia é o estudo da ocorrência e distribuição de problemas de saúde na população humana através de métodos quantitativos, com o uso de determinantes geofísicos, fatores biológicos, genéticos, físicos, comportamentais, sociais, culturais, econômicos e políticos que influenciam a saúde. Esta ciência preocupa-se não apenas com a evolução, desfecho, incapacidades, doença ou morte, mas também em auxiliar a elaboração de indicadores para a prevenção de agravos, promoção e reestabelecimento da saúde

por meio de vigilância, observação, testes de hipótese e grupos de indivíduos afetados (Bonita, Beaglehole, Kjellstron, 2013).

Os dados que a epidemiologia oferece ao Sistema Único de Saúde (SUS) são de extrema importância, uma vez que as estatísticas locais permitem identificar populações, fatores de risco e combatê-los de maneira mais efetiva, além de oferecer informações sobre o potencial dos serviços e recursos de saúde e sua utilização pelo usuário, visando a uma melhor resolutividade das ações nesses locais (Kleba, Krauser, Vendruscolo, 2011).

De acordo com um estudo italiano, a temática sobre “tempos de espera” em serviços de saúde é algo muito importante e debatido no país. Em 2006, foi firmado um acordo entre o Governo, as Regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano para reduzir os tempos de espera no período entre os anos de 2006 e 2008, conforme o Plano Nacional de Contenção de Listas de Espera, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população. Esse plano visa a adequar o controle das listas de espera através de critérios estritos que garantam a prestação de cuidados de emergência e a transparência desse sistema em todos os níveis, criando sinergia em todos os níveis institucionais.

O monitoramento é realizado pela Agência dos Serviços de Saúde Regionais, e o controle das listas era realizado através de classificação de pacientes (três categorias com tempos de espera diferentes) ou por estabelecimento de prazos estritos para certos tipos de atendimentos (visitas a especialistas, exames de diagnóstico e intervenções) (Italia, 2006). Em 2010-2012 e 2016-2018 foram elaborados novos planos, com inclusão de novas categorias e ampliação dos atendimentos. Por meio destes planos, também ficou enfatizada a necessidade de desenvolver um novo modelo organizacional em relação à atenção primária para o desenvolvimento de um melhor acompanhamento e continuidade de cuidado aos pacientes.

O artigo identificado que se relaciona diretamente com critérios de priorização de atendimentos em idosos é o estudo de Cortez et al. (2012), por meio de uma pesquisa em que foram categorizados alguns critérios sociodemográficos, clínicos, funcionais e transtornos mentais utilizados em cuidados aos idosos. A idade de 85 anos e mais a fratura do quadril, a presença de declínio funcional ou cognitiva, a fragilidade ou a piora inexplicada do estado de saúde foram consideradas como

sendo, individualmente, critérios de alta prioridade em mais de 85% dos entrevistados. Os resultados finais indicaram que os critérios de maior prioridade, conforme considerados pelos geriatras, são: idade muito avançada (> 85 anos), necessidade de ajuda, fratura de quadril ou declínio cognitivo agudo, declínio cognitivo leve e moderado, funcional agudo e deterioração inexplicada da saúde e viver sozinho. Já condições não consideradas prioritárias são: declínio funcional grave, totalmente dependente, declínio cognitivo prévio grave ou ausente, pacientes em condições terminais (figura 18).

Condição	Muito prioritária	Prioritária	Pouco prioritária	Nada prioritária
<i>Idade:</i>				
75-80 anos	15,9	63,4	19,5	1,2
80-85 anos	60,2	38,6	1,2	
≥85 anos	85,5	13,3	1,2	
<i>Prejuízo funcional prévio:</i>				
Ausente	29,3	41,5	29,3	
Leve-moderado	68,3	31,7		
Grave	23,2	35,4	38,6	4,9
<i>Mobilidade:</i>				
Independente	24,4	32,9	37,8	4,9
Independente somente em casa	64,6	32,9	2,4	
Com ajuda de uma pessoa	70,7	26,8	2,4	
Incapaz de se mover	22,2	37	34,6	6,2
<i>Prejuízo cognitivo prévio:</i>				
Ausente	22	34,1	39	4,9
Leve	70,7	25,6	3,7	
Moderado	67,1	29,3	3,7	
Grave	26,8	34,1	34,1	4,9
<i>Condições clínicas:</i>				
Multimorbidades (> 2 enfermidades crônicas relevantes)	54,9	37,8	6,1	1,2
Enfermidade crônica avançada	47,6	40,2	11	1,2
Enfermidade em situação terminal	31,7	45,1	17,1	6,1
Ingresso por fratura de quadril	87,9	12		
Ingresso por derrame	58,5	36,6	3,7	1,2
Prejuízo funcional agudo	96,4	2,4	1,2	
Prejuízo cognitivo agudo	92,8	6	1,2	
Prejuízo não explicado do estado de saúde	90,4	9,6		
Fragilidade	84,6	12,8	2,6	
<i>Condições sociais:</i>				
Previamente institucionalizado	24,4	47,6	25,6	2,4
Vive sozinho	43,8	45	11,3	
Não possui filhos	30	46,3	23,8	

Figura 18. Critérios de prioridades estabelecidos entre os profissionais do estudo. Fonte: Cortez et al., 2012.

No envelhecimento, o declínio das capacidades, tanto físicas como cognitivas, pode ser relacionado a fatores genéticos, estilo de vida e características de vida dos

idosos. Os declínios cognitivos e funcionais interferem na realização de atividades sociais e ocupacionais, evoluindo para a perda das capacidades funcionais, levando à maior dependência, de acordo com o estágio da doença e o tipo de morbidade.

A escolha desses critérios, segundo os autores, reflete a certeza embasada pelos profissionais no conhecimento científico de que essas características e problemas clínicos são marcadores de risco de deficiência funcional, institucionalização e morte, cuja incidência pode ser reduzida se a abordagem de assistência for adequada. Assim, esse estudo poderia ser um ponto de partida para selecionar pacientes com maiores chances de se beneficiar de uma intervenção hospitalar especializada, caso os recursos sejam limitados.

As fraturas de quadril são lesões traumáticas comuns dos idosos, sendo associadas, como a fratura do fêmur, à mortalidade e morbidade. Essas fraturas podem se originar de eventos incapacitantes dessa faixa etária, como ocorrência de quedas ou em consequência da osteoporose. Na maioria dos casos, em conjunto com esse evento há pelo menos duas doenças crônicas associadas, sujeitando o idoso a complicações no pós-operatório, tanto imediato quanto tardio, e risco de morte. Após esse evento, muitos idosos que eram independentes previamente tornam-se parcialmente dependentes ou totalmente dependentes, afetando suas funções físicas, psicológicas e sociais em diferentes graus e, conseqüentemente, piorando a qualidade de vida dos mesmos (Navega, Faganello, Oishi, 2008).

Em relação aos critérios sociais, muitos idosos que vivem sozinhos na comunidade são acometidos por sérios comprometimentos funcionais, mas mesmo apresentando algum tipo de incapacidade, preferem viver sozinhos ou na comunidade em vez de morar em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Esses idosos que moram sozinhos, em muitos casos, não sobreviveriam na comunidade se não recebessem ajuda de seus familiares e de sua rede de suporte informal. Sem esse suporte, esses idosos acabarão negligenciados, sendo necessária sua mudança para uma ILPI, o que aumentaria a sobrecarga de financiamento de programas assistenciais. Um idoso que mora com o cônjuge ou com os filhos e netos tende a apresentar maiores chances de receber cuidado informal (Duarte et al., 2010).

Para muitos estudiosos, os fatores sociais, como renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social no envelhecimento, podem agravar a fisiopatologia da síndrome da fragilidade. A relação entre pobreza e condição crônica

pode ocorrer de modo bidirecional, tanto para complicações como para a reversibilidade dessa síndrome. Com isso, determinada condição clínica pode levar à alteração da situação financeira com a diminuição da renda, devido a custos com tratamento, podendo levar à marginalização e iniquidades sociais (Morley, 2002; Woo, 2000; Markle-Reid, 2003). Assim, além de inúmeros instrumentos multidimensionais e estudos para avaliação do grau de capacidade funcional e identificação da fragilidade, há também estudos para a identificação de idosos vulneráveis.

Kening et al. (2014) realizou a comparação entre o VES-13 e o *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA), com o objetivo de identificar idosos frágeis e selecionar os idosos vulneráveis que deveriam receber uma avaliação geriátrica completa. Os resultados mostraram que a nota VES-13 tinha sensibilidade e especificidade muito alta para a identificação de idosos vulneráveis, principalmente pacientes oncológicos, porém não pode identificar com precisão deficiências em outros domínios geriátricos, como humor, estado nutricional ou nível cognitivo, embora todos esses domínios sejam de alguma forma conectados entre si.

A idade mais elevada apresentou uma sensibilidade mais significativa, provavelmente devido a estar conectada com o número de domínios prejudicados, que são observados em idosos mais velhos e com uma maior possibilidade de fragilidade.

A recente lei aprovada, referente à prioridade de idosos acima de 80 anos, levanta muitas questões. De acordo com ela, idosos dessa faixa etária terão preferência em relação aos demais, não apenas em serviços de saúde, mas também no pagamento de precatórios, como no atendimento em órgãos públicos e no recebimento da restituição do Imposto de Renda, por exemplo.

O Brasil é um país muito heterogêneo, onde diferentes condições sociais, econômicas, culturais e ambientais influenciam na vida dessa população, e onde, na saúde, apresentamos uma situação de tripla carga de doenças, com dificuldades no controle de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada. Todos esses fatores resultam na existência de uma multiplicidade das formas de envelhecer.

Apesar de muitos estudos de fragilidade no mundo indicarem que as pessoas

mais frágeis pertencem aos grupos etários mais elevados, há idosos de 80 anos que podem estar fisicamente melhores do que os idosos mais novos. Assim, a seleção unicamente por faixa etária para fornecimento de cuidados não considera as individualidades dos idosos, com o risco de proporcionar atendimentos inadequados, potencializando as iniquidades em saúde.

Mesmo com a Política de Saúde da Nacional do Idoso (PSNI) e o Estatuto do Idoso possuindo diversos artigos que estabelecem normas programáticas, que visam a regular os direitos assegurados com o princípio da proteção integral dessa população, na prática observa-se que isso tudo ainda é insuficiente, devido às barreiras burocráticas e políticas que prejudicam o desenvolvimento de ações e efetivação de políticas públicas voltadas às necessidades específicas e crescentes desta população.

A presença de doenças crônicas requer maior acompanhamento e controle de tal condição, levando à maior procura de serviços de saúde, maior necessidade de acompanhamento e reorganização desses serviços, que devem garantir o acesso de forma eficiente, permitindo o efetivo cuidado. A dificuldade de acesso ao tratamento nessa faixa etária é confirmada pela elevada proporção de mortes sem assistência médica e é associada com a renda, escolaridade, sexo e morbidade dessa população (Louvison et al., 2008).

Em 2013, as quatro principais causas de morte de idosos jovens (de 60 a 69 anos) no Brasil foram doenças isquêmicas do coração (sendo que 81% dessas foram por infarto agudo do miocárdio), doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus e neoplasias de mama/próstata e de trato respiratório/cavidade oral. Para idosos mais velhos (80 anos ou mais), as causas foram, respectivamente, doenças circulatórias, doenças respiratórias, doenças cerebrovasculares e causas mal definidas. A pneumonia foi a segunda maior causa de morte dos octogenários no Brasil (10% do total de mortes). As causas mal definidas ficaram em quarta posição nesse segmento, sendo que 7,6 mil idosos não receberam assistência médica. A taxa de insuficiência renal do seguimento de idosos mais velhos foram semelhantes às doenças isquêmicas do coração em idosos jovens, enquanto a septicemia causou a morte em um número 11 vezes maior de octogenários comparados aos demais idosos. As taxas de mortalidade em octogenários são bem mais elevadas devido à presença de comorbidades, polifarmácia, iatrogenias e manifestações clínicas atípicas,

modificando o quadro clínico e, conseqüentemente, o retardo do diagnóstico (Chaimowicz, 2016).

Em idosos, a maioria das mortes ocorre com complicação de doenças cuja prevenção e controle tem custo relativamente baixo. Assim, essas mortes são consideradas “evitáveis” e representam 2/3 dos óbitos de idosos de 60 a 70 anos, diminuindo em 20% a expectativa de vida dessa população. Com isso, a identificação precoce dessas doenças deveria ocorrer em estágios ainda suscetíveis à cura ou com baixo risco de reações adversas para promover uma melhor qualidade de vida aos idosos (Kanso et al., 2013).

A mortalidade mais elevada em homens se deve tanto às questões genéticas ainda pouco conhecidas, ligadas ao cromossomo, quanto à maior prevalência de hábitos de vida deletérios, como tabagismo e alcoolismo, maiores riscos de ocorrer acidentes no trabalho e no trânsito, e menor frequência em serviços de saúde (Chaimowicz, 2016).

Assim, os dados de mortalidade e morbidade devem ser utilizados para a identificação de prioridades com base nos danos, riscos, necessidades e determinantes de vida e saúde, refletindo na definição de ações mais adequadas. A epidemiologia é um importante instrumento para orientar a microlocalização dos problemas de saúde na intervenção em âmbito populacional pautada (Teixeira, Paim, Vilasboas, 1998).

Neste trabalho, foi encontrado apenas um estudo diretamente relacionado aos critérios de priorização para a população idosa, e houve um predomínio de estudos que trabalharam aspectos clínicos da população idosa. Os outros artigos trabalharam com sinais, sintomas ou condições clínicas que podem levar a um maior risco de mortalidade e fragilidade para os idosos em diversos serviços de saúde. Sete dos onze trabalhos identificados utilizaram instrumentos ou escalas padronizadas para melhor identificação das necessidades e desfechos.

Dessa forma, podemos considerar que os pacientes com maior prioridade são os que necessitam de uma maior urgência de cuidados. A priorização dos cuidados de saúde deve ser embasada em fatores que mais impactam essa população e critérios que destaquem os idosos mais suscetíveis a riscos, mediante escolhas hierarquizadas entre alternativas de cuidados disponíveis, e não de forma subjetiva pelos profissionais de saúde, dentro dos limites de recursos do sistema, sem que haja restrições orientadas, em um primeiro momento, para aqueles que, apesar de não

serem categorizados como prioritários, se beneficiarem de um cuidado efetivo no tempo necessário.

Os principais motivos e critérios referidos pelos artigos incluídos para selecionar e classificar pacientes, prevendo riscos adversos, ou priorizar o atendimento de pessoas idosas com maior demanda ou necessidade de cuidado foram: idosos acima de 85 anos, homens, medicação (polifarmácia), isolamento social, necessidade de ajuda para realizar as atividades cotidianas, comprometimento cognitivo, problema respiratório.

A tomada de decisões e o gerenciamento de cuidados de forma adequada devem melhorar a saúde e o estado funcional dos idosos, bem como impedir a piora de condições clínicas preexistentes, reduzindo a taxa de mortalidade e os gastos com cuidados de saúde nesses pacientes com alto risco de resultados adversos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho visou a abordar e discutir, por meio de questões clínicas, bioéticas e etárias, os critérios relacionados à priorização no atendimento de idosos em diferentes serviços de saúde.

Diante dos estudos encontrados, observou-se que, na Europa e nos Estados Unidos, há iniciativas voltadas para identificação do risco de morte ou fragilidade para atender e prever as demandas dos idosos. Para avaliação desses riscos, há diversos instrumentos, tanto autoreferidos quanto aplicados por profissionais, desenvolvidos para identificar idosos vulneráveis e prever condições adversas para priorizar aqueles com maior necessidade de cuidado. A partir disso, esses trabalhos foram organizados para realizar a ordenação das prioridades de atendimento, e apenas um foi elaborado com o objetivo de identificar e definir diretamente critérios de priorização para idosos. Estes estudos apresentaram resultados muito significantes, porém desenvolvidos em países com perfis sociais, econômicos, de saúde e com formação de profissionais da área bem divergentes do nosso.

No Brasil, apesar de não ter sido encontrado nenhum estudo que abordasse diretamente essa temática, houve uma ação recente realizada para a priorização de idosos por meio da promulgação da Lei nº 13.466/2017, que define que idosos acima de 80 anos têm prioridade perante os demais. Porém, a questão unicamente etária não é suficiente para definir a prioridade para essa população, uma vez que o Brasil possui desigualdades sociais e econômicas para acesso à saúde e educação que podem impactar no envelhecimento, influenciando as condições de saúde e desenvolvimento de doenças.

A partir dos artigos identificados, observou-se que poucos se relacionam diretamente com critérios de priorização em idosos. São necessários estudos que repensem a organização do fluxo de atendimentos nos serviços de saúde para melhor atender às necessidades dessa população tão diversificada, pois os quesitos abordados e desfechos ainda não foram suficientes para medir e orientar a prioridade no atendimento. Assim, para promover a equidade dos grupos vulneráveis e a redução ou eliminação de barreiras no acesso dentro dos serviços, é necessário identificar e avaliar as principais demandas para atender efetivamente os idosos com maior necessidade de cuidado, promovendo uma melhor qualidade de vida para essa população e uma mudança do modelo de cuidado. Com isso, seria importante a

realização de um consenso entre os principais profissionais que trabalham diretamente com os idosos, para definir os critérios mais adequados para a priorização do atendimento dos idosos.

8. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: towards a methodological framework. *Internacional Journal of Social Research Methodology*. 8(1) 19-32. 2005.

Barchifontaine CP. Vulnerabilidade e Cuidados. In: Barchifontaine CP; Zoboli, ELCP organizadores. *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2007.

Beauchet O, Launay CP, Fantino B, Lerolle N, Maunoury F, Annweiler C. Screening for elderly patients admitted to the emergency department requiring specialized geriatric care. *The Journal of Emergency Medicine*. 45 (5): 739–745. 2013.

Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans MJ, Dam HT, Zuithoff NPA, Numans ME and Wit NJ. Effectiveness of a proactive primary care program on preserving daily functioning of older people: a cluster randomized controlled trial. *The American Geriatrics Society*. 64:1779–1788. 2016

Brasil. 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. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. / Figueiredo AH, organizadora. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia. p.435. 2016.

Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia Básica. 2ed. 2 reimpr. São Paulo: Santos: 2013.

Chaimowicz, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4 ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. p. 66-77, 2016.

Cortés JJB, Astiz MTV, López-Dóriga P, Cruz-Jentoft AJ, Torregrosa RP, Gregorio PG y Rexach JAS. Which patients benefit the most from hospital geriatric care in the opinion of the geriatricians?. Rev Esp Geriatr Gerontol. 47(5): 205–209. 2012.

Cortina A, Martínez E. Ética. 2 ed. Madrid. Akal. 1998.

Duarte YAO, Nunes DP, Corona LP, Lebrão ML. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). p.123-144. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? / Ana Amélia Camarano (Organizadora). Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

Farias, N, Buchalla, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev Bras Epidemiol. 8(2): 187-93. 2005.

Fortes PAC. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. Rev Assoc Med Bras. 48(2):129-34. 2002.

Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. Cadernos Saúde Pública 24(3): 696-701. 2008.

Fortes PAC. O dilema ético de priorizar recursos escassos. Rede Câncer. (14): 34-35. 2011.

Fortes PAC, Pereira PCA. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética, Rev Assoc Med Bras 2012; 58(3):335-340.

Freitas EECF, Schramm FR. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. Rev. bioét. (Impr.). 21 (2): 318-27: 2013.

Fusco M, Furlan ABP, Casale P, Marcolongo A, Baldovin T, Bertoncello C, Baldo V. Older adults in Emergency Department: management. Ann Ig. 26: 409-417. 2014.

Garrafa V, Porte D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. Bioética: Poder e Injustiça Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola. P. 35-44. São Paulo, 2003.

Graf CE, Chevalley T. Identification of patients at risk for adverse outcomes in emergency department: which screening tools?. Praxis. 101 (3): 169–174. 2012.

Itália. Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266.

Junges, JR. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: Barchifontaine, CP; Zoboli, ELCP organizadores. Bioética. Vulnerabilidade e saúde. Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2007.

Kanso S, Romero DE, Leite IC, Marques A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: Análise das principais causas de morte. Cad. Saúde Pública. 29 (4): 735-48. 2013.

Kenig J, Richter P, Żychiewicz B, Olszewska U. Vulnerable Elderly Survey 13 as a screening method for frailty in Polish elderly surgical patient-prospective study. Polski Przegląd Chirurgiczny. 86 (3):126–13. 2014

Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. Texto contexto – enfermagem, Florianópolis. 20 (1). 2011.

Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores. Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.1-44. 2005.

London. Fit for Frailty – consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings – a report from the British Geriatrics Society. 2014.

Lyndon H, Stevens G. NHS. Toolkit for general practice in supporting older people with frailty and achieving the requirements of the Unplanned Admissions Enhanced Service. 2014.

Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Belo Horizonte. 2010.

Maia FOM. Vulnerabilidade e envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo – Estudo SABE [dissertação]. 2011.

Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. Revista Escola Enfermagem USP. 46:116-22. 2012.

Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco (2.ed.). Belo Horizonte, Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010.

Morley J, Perry H, Miller D. Something about frailty. J Gerontology. 57 A (11): 698-704. 2002.

Navega MT, Faganello FR, Oishi J. Comparação da qualidade de vida entre mulheres com osteoporose acometidas ou não por fratura de Quadril. Fisioter. Mov.21(3):101-108. 2008.

Oliveira, LM. Princípio da universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo. Boletim do Instituto de Saúde. 12 (3). 2010.

Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde-Brasília, 2003.

Perez, M. A população idosa e o uso de serviços de saúde. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro. 7(1). 2008.

Pontes CAA, Schramm FR. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1319-1327. 2004.

Ruggiero, R. Instituições de Direito Civil, São Paulo – Brasil: Saraiva. 1, p. 27. 1971.

Romero-Ortuno R. The Frailty Instrument for primary care of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe predicts mortality similarly to a frailty index based on comprehensive geriatric assessment. Geriatr Gerontol Int. 13 (2): 497-504. 2012.

Rosted E, Schultz M, Dynesen H, Dahl M, Sorensen M and Sanders S. The identification of seniors at risk screening tool is useful for predicting acute readmissions. Dan Med J. 61(5). pA4828. 2013.

Rumrill PD, Fitzgerald AM; Merchant WR. Using scoping literatures reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. Speaking of Research. 35: 399-404. 2010.

Salmazo-Silva H, Lima-Silva TB, Barros TC, Oliveira EM, Ordonez TN, Carvalho G, Almeida EB. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. Revista Temática Kairós Gerontologia, 15 (6): 97-116. 2012.

Santos IL, Shimizu HE, Garrafa V. Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. Rev. Bioética. (Impr.). 22 (2): 271-81. 2014.

Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M. Bioética: Riscos e Proteção organizadores. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz. 2005.

Scharmm FR. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética. 16 (1): 11- 23. 2008.

Scharmm FR. A Bioética da proteção é pertinente e legítima? Rev Bioética. 19 (3): 713-724. 2011.

Secoli S. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 136-40.

Smith DT, Snyder A, Hollen PJ, Anderson JG, Caterino JM. Analyzing the usability of the 5-level Canadian triage and acuity scale by paramedics in the prehospital environment. Journal of Emergency Nursing. 41(6):489-95. 2015.

Soong J, Poots AJ, Scott S, Donald K, Bell D. Developing and validating a risk prediction model for acute care based on frailty syndromes. BMJ Open. 5 (10): e008457. 2015.

Spoorenberg SLW, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer BPH, Reijneveld SA and Wynia K. Embrace, a model for integrated elderly care: Study protocolo of a randomizade controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, servisse use, costs and quality of care. BMC Geriatrics. 13 (62). 2013.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 7 (2). 1998.

Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública. São Paulo. 43 (3). 2009.

Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC, Cardoso AS, Dias RG, Balbé GP. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. *Ciências Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 17 (1). 2012.

Weise T, Reche PM, Borges PKO, Cabral LPA. Características sociodemográficas e de acesso de longevos aos serviços de saúde. *Ciências dos Cuidados de Saúde*. 14 (4): 1505-1512, 2015.

Wild B, Lechner S, Herzog W, Maatouk I, Wesche D, Raum E, Müller H, Brenner H, Slaets J, Huyse F, Söllner W. Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: The INTERMED for the Elderly (IM-E). *Journal of Psychosomatic Research* 70: 169–178. 2011.

Wilkins S, LAW M, LETS L. Assessment of functional performance. IN: Bonder, BR; Wagner, MB. *Functional performance on older adults*. Philadelphia: FA Davis. p. 236-51, 2001.

Zoboli ELCP. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. *Ética e Bioética: Desafios para a enfermagem e a saúde*- Barueri, SP: Manole. p.111-135. 2006.

Zoboli ELCP. Limiares da vida na Atenção à saúde. *Cogitare Enferm* 2007 Out/Dez; 12(4): 508-12.

9. ANEXOS

Anexo A – INTERMED Elderly Self Assessment (English version 1.0.0)

BIOLOGICAL

1a Chronicity

For how long do you experience any restrictions due to physical complaints (multiple answers allowed)?

- I do not experience any restrictions or I have experienced restrictions for a period shorter than 3 months (item 1.1)
- I have experienced restrictions for a period longer than 3 months of in the past 5 years
I have experienced several short periods with restrictions (item 1.2)

Do you suffer from one or more long-lasting or chronic diseases (such as diabetes, high blood pressure, rheumatoid arthritis, lung disease or cancer)

- I don't have a long-lasting or chronic disease (item 1.3)
- I suffer one long-lasting or chronic disease (item 1.4)
- I suffer several long-lasting or chronic diseases (item 1.5)

Calculate score of item 1a "chronicity" with items above:

0 Item 1.1 and item 1.3

1 Item 1.2 and item 1.3

2 Item 1.1 and item 1.4

2 Item 1.2 and item 1.4

3 Item 1.1 and item 1.5

3 Item 1.2 and item 1.5

1b Diagnostic dilemma

How difficult has it been in the past 5 years to diagnose the physical problems you experience?

0. I did not suffer of any physical problem in the past 5 years
1. The reason for my problems was immediately clear
2. After a lot of investigations the reason for my problems was identified
3. Even though a series of investigations have been taken into effect, the origins of my problems were never diagnosed

1c Severity of problems

How much are your daily activities restricted by physical problems?

0. My daily activities are not influenced by physical problems
1. My daily activities are mildly influenced by physical problems
2. My daily activities are moderately influenced by physical problems
3. My daily activities are severely influenced by physical problems

1d diagnostic problems

Do you understand the origin of your physical complaints and restrictions?

0. I do not have any physical complaints and restrictions
0. I understand exactly the origin of my physical complaints and restrictions
1. I understand the origin of my physical complaints and restrictions but have some questions
2. I understand the origin of my physical complaints and restrictions but have a lot of questions
3. I don't understand the origin of my physical complaints and restrictions at all

1e Complications and life treat in the next 6 months, do you expect your physical health to change? [Try to make the best estimate]

0. In the next 6 months I expect my physical complaints or restrictions will be the same or in the next 6 months I still have no physical complaints or restrictions
1. In the next 6 months I expect my physical complaints or restrictions to get better

2. In the next 6 months I expect a slight worsening of my physical complaints or restrictions
3. In the next 6 months I expect a considerable worsening of my physical complaints or restrictions

PSYCHOLOGICAL

2a Restrictions in coping

In the past 5 years, how did you cope with stressful, difficult situations?

0. Generally speaking, I have always been able to cope with stressful, difficult situations
1. Sometimes I had difficulties in coping with stressful, difficult situations, which sometimes resulted in tensions and problems with my partner, family or health care professionals.
2. I often experienced difficulties with stressful, difficult situations, which often led to tensions and problems with my partner, family or health care professionals
3. I always experience difficulties with stressful, difficult situations. They upset me and make me tense

2b Psychiatric dysfunction

Did you ever have psychological problems, such as being tense, anxious, down/blue or confused?

0. No, almost never
1. Yes, however without clear influence on my daily life
2. Yes and it influenced my daily life
3. Yes and these problems have had or still have a long-lasting effect on my daily life

2c Resistance to treatment

Do you think it is difficult to follow your health caregivers' recommendations (i.e. diet, physical activity, life style, medication intake)?

0. No, I don't think this is difficult
1. Yes, I think this is difficult, but I manage
2. Yes, I think this is difficult, sometimes I manage, sometimes I don't
3. Yes, I think this is too difficult, most of the times I don't manage

2d Psychiatric symptoms

At present, are you experiencing psychological problems, such as being tense, anxious, down/blue or confused?

0. No, no psychological problems
1. Yes, one or more psychological problems
2. Yes, some psychological problems
3. Yes, a lot of psychological problems

2e Mental health threat

In the next 6 months, do you expect your psychological complaints to change? [Try to make the best estimate]

0. In the next 6 months I expect my psychological complaints will be the same or in the next 6 months I still have no psychological complaints
1. In the next 6 months I expect my psychological complaints to get better
2. In the next 6 months I expect only a slight worsening of my psychological complaints
3. In the next 6 months I expect a considerable worsening of my psychological complaints

SOCIAL

3a Restrictions in social integration

The next question is about activities with you come into contact with other people. You can think about (volunteers)work, study/training, shopping, sports, visiting people or receive visitors

0. I have several activities per week that I come into contact with many people
1. I have a different activity every week that I come into contact with quite a few people

2. I almost always the same activity that I get in contact with the same people
3. I have (almost) no activities that I come into contact with other people

3b Social dysfunction

How do you generally relate to other people?

0. I have a sufficient amount of contacts with others and socialize well
1. I have contacts with others, though every now and then it might become tense
2. It is difficult for me to initiate or maintain contacts or friendships with others
3. Contacts or friendships often deteriorate into quarrels and conflicts

3c Residential instability

Is your home living situation satisfactory? Or are adjustments needed, such as home modifications, receiving home care, or going to live somewhere else?

0. At this moment no adjustments are needed, I can manage my home situation
1. At this moment no adjustments are needed, as there is enough support and care by others or I stay in a nursing home
2. Adjustments are needed, however not immediately
3. Immediate adjustments are needed

3d Restrictions in network

What do you think of the support given by your spouse, family, co-workers or friends?

0. I receive sufficient support
1. I need some more support
2. I need more support
3. I receive far too little support

3e Social vulnerability In the next 6 months do you expect that a change will be needed in the way you are currently living? [Try to make the best estimate]

0. In the next 6 months there is no need to change the way I am currently living
1. In the next 6 months I am able to stay or return to my current living situation. However homecare is required
2. In the next 6 months a temporarily change to another living situation will be needed
3. In the next 6 months a permanent change to another living situation will be needed

HEALTH CARE

4a Intensity of treatment How often have you been in contact with health care in the last five years? (Multiple answers allowed)

0. I have had less than four times a year contact with a GP
1. I have had four times a year or more contact with a GP
1. I have one or more times been in contact with the same medical specialist
2. I have had contact with several medical specialists
2. I have been hospitalized
3. I have been hospitalized several times
3. I was more than 7 days admitted to an intensive care unit
3. I was more than 6 weeks admitted to a rehabilitation center or nursing home

4b Treatment experiences

How did you experience your contacts with doctors and healthcare providers in the last 5 years?

0. I never had problems with doctors and healthcare providers
1. I (or someone close to me) had negative experience(s) with doctors and healthcare providers
2. I have changed doctors and healthcare providers as a result of a negative experience
3. I frequently have changed doctors and healthcare providers because of negative experiences or lack of trust or I was admitted against my will

4c Complexity of care

To what extent do your practitioners and healthcare providers work together?

- 0. I do not receive care or just one healthcare worker provides my care
- 0. My doctors and healthcare providers work together well
- 1. My doctors and healthcare providers work together, however sometimes more communication is needed
- 2. My doctors and healthcare providers do not work together quite well, leading to problems every now and then
- 3. My doctors and healthcare providers do not work together

4d Appropriateness of care

Do you think you are receiving enough and the appropriate care from your practitioners and health care providers?

- 0. I do not need any care
- 0. I am receiving the care I need
- 1. I am not receiving any care, but have needs
- 1. I need more of the care I am already receiving
- 2. I need a different type of care
- 3. I need a lot more care or a totally different kind of care

4e In the next 6 months, do you expect that you will be in need of more help and support? [Try to make the best estimate]

- 0. I expect in the next 6 months that no care is needed or I expect in the next 6 months that my need of care will remain the same
- 1. I expect in the next 6 months that my need of care will become less
- 1. I expect in the next 6 months that my need of care will increase
- 2. I expect in the next 6 months that my need of care will increase and that more coordination is needed
- 3. I expect in the next 6 months that my need of care will increase very much and that much more coordination is needed

Anexo B – Groningen Frailty Index (GFI)

GFI (Groningen Frailty Index)

Circle the appropriate answer and add scores

	YES	NO	
Mobility.			
Can the patient perform the following tasks without assistance from another person (walking aids such as a can or a wheelchair are allowed)			
1. Grocery shopping	0	1	
2. Walk outside house (around house or to neighbour)	0	1	
3. Getting (un)dressed	0	1	
4. Visiting restroom	0	1	
Vision			
5. Does the patient encounter problems in daily life because of impaired vision?	1	0	
Hearing			
6. Does the patient encounter problems in daily life because of impaired hearing?	1	0	
Nutrition			
7. Has the patient unintentionally lost a lot of weight in the past 6 months (6kg in 6 months or 3kg in 3 months)?	1	0	
Co-morbidity			
8. Does the patient use 4 or more different types of medication?	1	0	
	YES	NO	SOMETIMES
Cognition			
9. Does the patient have any complaints on his/her memory (or diagnosed with dementia)?	1	0	0
Psychosocial			
10. Does the patient ever experience emptiness around him? <i>e.g. You feel so sad that you have no interest in your surroundings. Or if someone you love no longer love you, how do you feel?</i>	1	0	1
11. Does the patient ever miss the presence of other people around him? <i>Or do you miss anyone you love?</i>	1	0	1
12. Does the patient ever feel left alone? <i>e.g. You wish there is someone to go with you for something important.</i>	1	0	1
13. Has the patient been feeling down or depressed lately?	1	0	1
14. Has the patient felt nervous or anxious lately?	1	0	1
Physical Fitness			
15. How would the patient rate his/her own physical fitness? (0-10 ; 0 is very bad, 10 is very good) 0 – 6 = 1 7 – 10 = 0	1	0	
TOTAL SCORE GFI			

Appendix 6 – PS (Performance Status)

0	Normal activity without restriction.
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out light work.
2	Ambulatory and capable for all self-care, unable to carry out any work and about >50% of waking hours.
3	Capable only limited self-care, confined to bed or chair and about <50% of waking hours.
4	Completely disabled, cannot carry on any self-care, totally confined to bed or chair.

Anexo C – Adaptação transcultural do *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13)

1. Idade _____

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA IDADE 75-84
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

Ruim* (1 PONTO)
Regular* (1 PONTO)
Boa
Muito Boa ou
Excelente

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA REGULAR ou RUIM

3. Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	()	()	()	()*	()*
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	()	()	()	()*	()*
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	()	()	()	()*	()*
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	()	()	()	()*	()*
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	()	()	()	()*	()*
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	()	()	()	()*	()*

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE*" OU "INCAPAZ DE FAZER*" NAS QUESTÕES 3a ATÉ 3f. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 3 PONTOS.

4. Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:

a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)

() SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO COMPRAS → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?

() SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO LIDO COM DINHEIRO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

c. atravessar o quarto andando? É PERMITIDO O USO DE BENGALA OU ANDADOR.

() SIM → Você recebe ajuda para andar?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO ANDO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?

() SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

e. tomar banho de chuveiro ou banheira?

() SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

PONTUAÇÃO: CONSIDERAR 4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM*" NAS QUESTÕES 4a ATÉ 4e

CLASSIFICAÇÃO FINAL:
NÃO VULNERÁVEL = pontuação ≤ 3
VULNERÁVEL = pontuação ≥ 3