



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**ISAAC ORLANDO OVANI**

**ATENDIMENTO A IDOSOS EM UNIDADES DE  
EMERGÊNCIA: UM OLHAR DIFERENCIADO**

ARIQUEMES - RO

2014

**Isaac Orlando Ovani**

**ATENDIMENTO A IDOSOS EM UNIDADES DE  
EMERGÊNCIA: UM OLHAR DIFERENCIADO**

Monografia apresentada ao Curso de  
Graduação em Enfermagem, da Faculdade  
de Educação e Meio Ambiente como  
requisito parcial à obtenção do grau de  
Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Helena Meika  
Uesugui

Ariquemes - RO

2014

**Isaac Orlando Ovani**

## **ATENDIMENTO A IDOSOS EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA: UM OLHAR DIFERENCIADO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial a obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Helena Meika Uesugui

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof. Dr.<sup>a</sup>. Helena Meika Uesugui  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

---

Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

---

Prof. Esp. Thays Dutra Chiarato Veríssimo  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Ariquemes, 03 de Dezembro de 2014

A Deus, por me sustentar todos os dias com seu braço forte e amor infinito, por me animar e inspirar, por me ajudar a vencer os tempos difíceis e me ensinar a transformar eles em oportunidades de superação e crescimento.

## **AGRADECIMENTO**

Aos meus pais, Antônio Luiz Ovani e Ana Olga de Souza Ovani pelo apoio sempre presente na minha formação, por me ensinarem os valores e princípios dos quais sei ser necessários para se ter uma vida digna, correta e honesta.

À minha esposa Elineide Alves de Sá e meu filho Pedro Henrique A. Ovani, que nos momentos mais difíceis estiveram ao meu lado, dando-me forças e esperança para a minha vida.

Aos meus irmãos em especial ao primeiro, por me ensinar que o caminho para a transformação e realização pessoal é a educação.

Aos meus tios, Silvio Bissoli e Ana Maria Ovani Bissoli, por me acolherem nesta cidade sem medir esforços para que eu pudesse chegar ao meu objetivo.

À Prof. Doutora Helena Meika Uesugui por me apaziguar a mente em tantos momentos de tempestade, e por me ensinar que por mais dura que seja a caminhada, seguindo com a verdade e determinação a vitória sempre será conquistada.

Aos meus colegas do Curso que foram grandes exemplos pra mim, obrigado pelo partilhar das experiências, pelo acolhimento e pelas vivências, guardarei para sempre os momentos preciosos que tivemos juntos.

*“Porque só nos ama pra ficar até o fim aquele que, depois da  
nossa utilidade, descobriu o nosso significado”.  
É por isso que sempre rezo para envelhecer ao lado de quem  
me ama.  
Para “poder ter a tranquilidade de não ser útil, mas ao mesmo  
tempo não perder o valor”.*

**Padre Fábio de Melo**

## RESUMO

Atualmente o envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial. O envelhecer pressupõe maior vulnerabilidade à diversas patologias, acarretando demandas crescentes de atendimento a idosos nas unidades de saúde incluindo as de emergência. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, objetivando destacar a importância da atuação dos profissionais de enfermagem no atendimento a idosos nas unidades de emergências. As estratégias de busca utilizadas foram as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Google Acadêmico. Assistir o idoso em unidades de emergência requer habilidades e competências específicas, senso de responsabilidade e compromisso ético como forma de garantir uma assistência holística a esta parcela da população.

**Palavras-Chave:** Idoso, assistência integral a saúde do idoso, atendimento de emergência, enfermagem.

## ABSTRACT

Currently the population aging is considered a worldwide phenomenon. The aging implies increased vulnerability to various diseases, causing increasing demands of eldercare in health facilities including emergency. This is a bibliographic research, aiming to highlight the importance of the role of nursing in the care of the elderly in emergency units. The search strategies were used databases: Virtual Health Library (VHL), SciELO and Google Scholar. Assisting the elderly in emergency requires specific skills and competencies, sense of responsibility and ethical commitment in order to ensure a holistic care to that population.

**Keywords:** Elderly, comprehensive care to elderly health, emergency care, nursing.



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....                                      | 10 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....                                     | 12 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....                                     | 12 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                              | 12 |
| <b>3 METODOLOGIA</b> .....                                   | 13 |
| <b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....                         | 14 |
| 4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....                        | 14 |
| 4.2 APECTOS FISIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO .....             | 16 |
| 4.3 LEGISLAÇÃO DO IDOSO NO BRASIL .....                      | 20 |
| 4.4 ATENDIMENTO EM UNIDADES DE EMERGENCIA .....              | 22 |
| 4.4.1 PRINCIPAIS AGRAVOS DECORRENTES DA IDADE AVANÇADA ..... | 23 |
| 4.5 ACOLHIMENTO DO IDOSO EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA .....     | 25 |
| 4.6 PLANO DE CUIDADOS AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE RISCO .....    | 27 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                            | 33 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....                                     | 34 |

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o perfil demográfico brasileiro modificou-se, com o aumento da longevidade ocasionada pela redução das taxas de mortalidade e fecundidade. Estamos deixando de ser uma sociedade predominantemente jovem, com um aumento gradativo da população idosa, o que sugere a necessidade de investimentos em políticas públicas direcionadas ao envelhecimento. Em muitos países, o número de crianças que nascem é menor em relação ao número de pessoas que atingem a terceira idade, acarretando um conjunto de situações que alteram a estrutura de gastos em diversas áreas. (FILHO; NETTO, 2000).

A expectativa de vida do brasileiro aumentou rapidamente. Na década de 70 a média de vida oscilava entre 52 e 65 anos, já em 2001 subiu para 67,8 anos. Conforme dados do IBGE a população geriátrica brasileira alcançará um contingente de 20 milhões em aproximadamente 40 anos, com um acréscimo de 650 mil novos idosos à estatística do país a cada ano. Segundo projeções, em 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar em número de idosos. (IBGE, 2010 apud UESUGUI, 2011).

Atualmente, vive-se mais e com melhores condições de vida, sendo natural, o desejo de se adiar a morte. Com o aumento da expectativa de vida, estamos mais susceptíveis às doenças cuja prevalência é maior com o avançar da idade tornando-nos assim, grandes consumidores dos serviços de saúde. (LIMA et al., 2010,).

A ocorrência de doenças resultado da vulnerabilidade do processo de envelhecimento acarreta um aumento no número de internações e necessidade de auxílio para realização de atividades que envolvem o autocuidado. (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

Conquistas importantes no cenário nacional foram alcançadas, a exemplo do Estatuto do Idoso, avanços da medicina e farmacologia, que propiciaram melhores condições para o enfrentamento do processo de envelhecimento. (LIMA et al., 2010,).

Apesar dos avanços significativos, o sistema de saúde encontra-se deficiente e despreparado para receber, assistir e cuidar da população idosa, evidenciando que as conquistas citadas, não foram suficientes para o atendimento das demandas desta parcela da população. (LOURENÇO et al., 2005).

Outro aspecto diz respeito à deficiência em educação continuada, na formação de novos profissionais de saúde para atender esse segmento que cresce rapidamente. É fundamental que novas concepções de assistência à saúde do idoso sejam formuladas e colocadas em prática englobando as diferentes condições de saúde, respeitando suas peculiaridades e características. (LOURENÇO et al., 2005).

Baseado a isso, este trabalho tem como ênfase destacar a importância do atendimento diferenciado a idosos nas unidades de emergências.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar a importância do atendimento diferenciado a idosos nas unidades de emergências.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre o Envelhecimento Populacional.
- Elencar aspectos legais pertinentes aos idosos no Brasil.
- Descrever a fisiologia do idoso.
- Discorrer sobre o acolhimento aos idosos em unidades de emergência.
- Citar a classificação de risco para atendimento em unidades de emergência.
- Conhecer elementos que devem nortear um plano de cuidados ao idoso em situação de risco.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo. O delineamento da pesquisa foi realizado de agosto de 2013 a abril de 2014. Os periódicos consultados foram publicados entre 1999 e 2011.

As estratégias de busca foram às bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, Manuais do Ministério da Saúde e acervo da Biblioteca Júlio Bordignon que estavam relacionados ao tema abordado e aos objetivos pretendidos. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Saúde do idoso, idoso em emergência, cuidados de Enfermagem.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Nas últimas décadas os países chamados de terceiro mundo vem apresentando um progressivo declínio nas taxa de mortalidade e fecundidade. Esses dois fatores agregados geram a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações, com menor escala nos países desenvolvidos. A principal característica desse processo experimentado pelos países de terceiro mundo ocorre em relação ao acelerado envelhecimento populacional, sem que tenha havido uma real melhoria das condições de vida de grande parcela dessas populações. (RAMOS; VERAS; KALACHE, 2009).

Outro fator importante para o envelhecimento observado no cenário mundial é a redução de incapacidades entre os idosos o qual é explicado, segundo estudos recentes, pela efetividade nas políticas de promoção e prevenção da saúde, tornando a população geriátrica menos vulnerável no que diz respeito às consequências trazidas pelo envelhecimento, como a necessidade frequente de atendimento em serviços de saúde e o aumento das doenças crônicas, permitindo com que o idoso alcance idades mais avançadas. (VERAS, 2009).

Dentre os anos de 2000 e 2020, aproximadamente 38 milhões de pessoas serão acrescidas à população total do Brasil. Apesar desse aumento da população, taxas de crescimento negativas entre jovens e certos segmentos da população adulta prevalecerão. Neste período a população com idade inferior a 25 anos deverá declinar cerca de 5 milhões. Ao mesmo tempo, o grupo de 15 a 35 anos incluindo as mulheres responsáveis por mais de 90% dos nascimentos, enfrentará taxas negativas de crescimento por todo o período 2010-2050, acentuando a redução do número de nascimentos, já observada anteriormente. (BRASIL, 2013).

A população brasileira está enfrentando um processo de mudança na conformação de sua pirâmide etária, resultado da redução da taxa de fecundidade e mortalidade. A população idosa correspondia a 15 milhões no ano 2000, representando 8,6%. Para 2020 estima-se que ultrapasse 30 milhões, o equivalente a 13% do total. (MENDES et al., 2005).

Os avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde proporcionaram melhor qualidade na assistência à saúde infantil e adulta, elevando a expectativa de vida. Em países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu de forma gradativa o que permitiu solucionar em grande parte as demandas de saúde geradas. Já, nos países em desenvolvimento a exemplo do Brasil, a população está envelhecendo rapidamente, dificultando o atendimento as suas necessidades. (LIMA; CAMPOS, 2011).

Essa mudança vem provocando profundas alterações na sociedade brasileira, o qual já pode ser sentido no mercado de trabalho, nas relações familiares, na economia e no sistema de saúde. Na medida em que a transição demográfica no país evolui o impacto já pode ser observado, principalmente nos serviços de atendimentos à saúde. (BÓS, 2004).

Simultaneamente rápidas e profundas transformações demográficas estão ocorrendo na sociedade. O processo de envelhecimento populacional prematuro está transformando países em desenvolvimento, com mudanças sociais e culturais simultâneas. No Brasil, em meados da década de 70, grande parte da população vivia em zona rural. Atualmente grande parte desses habitantes vive em aglomerados urbanos, atraídos por melhores oportunidades no mercado de trabalho fruto da industrialização. Assim, os valores culturais que eram passados de uma geração a outra foram gradativamente sendo substituída por conhecimentos técnicos, necessários a permanência no mercado de trabalho. A família antes numerosa ajustou-se as oportunidades e mudanças dos espaços urbanos o que favoreceu o decréscimo da natalidade. (VERAS, 2009).

Atualmente, alcançar a terceira idade é uma realidade mesmo nos países subdesenvolvidos, apesar da desigualdade social, pobreza e defasagem na assistência a saúde. Envelhecer não é mais considerado um privilégio de poucos. (VERAS,2009).

Desde o início da civilização, o processo de envelhecimento vem trazendo preocupações para a humanidade. Com o crescente número de idosos faz-se necessário buscar alternativas objetivando propiciar melhor qualidade de vida para esta parcela da população.

## 4.2 APECTOS FISIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento ocorre gradativamente durante o decorrer da vida influenciado por características genéticas, fatores ambientais e estilo de vida. Intrinsecamente o organismo é geneticamente programado, sendo o envelhecimento fisiológico inevitável e universal para qualquer espécie. (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Para a teoria biológica a grande transformação responsável pelo envelhecimento ocorre a nível celular, podendo ser comparado a uma máquina que com o passar do tempo necessita de ajustes e reposição das partes funcionais. Assim também são as células do organismo que em determinado tempo não tem o mesmo desempenho, perdendo a capacidade de reconhecer e atacar os invasores do organismo. (POTTER; PERRY, 2005).

A universalidade é o critério fundamental empregado para diferenciar o envelhecimento fisiológico das alterações patológicas relacionado às doenças. No entanto, as pessoas envelhecem de forma diferente e em velocidades distintas. A poluição do ar, exposição excessiva aos raios solares são exemplos de fatores extrínsecos que aceleram o processo de envelhecimento. As alterações celulares e extracelulares durante a velhice causam uma alteração na aparência física e no declínio na função. O envelhecimento celular reduz gradativamente a capacidade do organismo manter a homeostase e os sistemas orgânicos podem deixar de funcionar com eficiência plena. (PAPALEO; BORGONOV, 1999).

Com o envelhecimento ocorrem alterações que afetam a função da pele, incluindo proteção, regulação da temperatura, sensações e excreção. Há uma diminuição da proliferação epidérmica, e a derme torna-se mais fina. As fibras elásticas são reduzidas e o colágeno torna-se rígido. O tecido adiposo subcutâneo diminui principalmente nos membros. A quantidade reduzida de capilares resulta em suprimento sanguíneo diminuído. Essas alterações provocam perda da maleabilidade, enrugamento e arqueamento da pele tornando-a mais susceptível a queimaduras, lesões e infecções. Essas mudanças no tegumento reduzem a tolerância aos extremos de temperatura e à exposição ao sol. (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Os órgãos sensoriais ou órgãos dos sentidos constituem as funções que permitem o relacionamento do indivíduo com o meio em que vive, seja ele familiar,



laboral ou social. Através dos sentidos, o corpo percebe diversas situações que o rodeiam, contribuindo para a sua integração com o ambiente. Em relação às alterações dos órgãos sensoriais, ocorrem várias modificações. Na visão, há um acúmulo de lipídeos na extremidade externa da córnea, aparecendo como um anel cinzento circundando a íris, denominado arco senil considerada uma alteração decorrente da despigmentação da íris. (BRUNER, 2006).

Com o avançar da idade a pupila torna-se menor, o que contribui para a perda da acuidade visual. Aos 60 anos, a pupila apresenta apenas dois terços do tamanho da pupila de um adulto jovem, há diminuição da visão periférica e noturna e aumento da sensibilidade à luz forte. (RIBEIRO; ALVES; MEIRA, 2009).

Os problemas auditivos aumentam significativamente com a idade. São relatados em aproximadamente 55% dos idosos com mais de 65 anos e em 66% das pessoas com mais de 80 anos, sendo mais frequentes nos homens do que em mulheres. Não obstante, a perda às vezes é causada por alterações não relacionadas à idade, tais como exposição a ruídos ou um efeito adverso de medicamentos (RIBEIRO; ALVES; MEIRA, 2009).

Entre as alterações que acompanham o processo de envelhecimento a presbiacusia é considerada uma das mais incapacitantes. Está relacionada a deficiência auditiva ou diminuição de sua função que pode manifestar-se de três formas. A condutiva, na qual a orelha média apresenta o tímpano mais fino, menos vascularizado, mais rígido e menos elástico e, os ossículos apresentam alterações degenerativas das articulações, o que leva à calcificação e aumento da rigidez da cadeia tímpano-ossicular. A neurosensorial, decorrente da perda das células ciliadas do Órgão de Corti, perda de neurônios, atrofia da estria vascular e alterações mecânicas na membrana basilar. Finalmente, a mista, que é a associação das duas formas, e também a mais frequente entre os idosos. Além da diminuição da acuidade auditiva essas alterações levam a mudanças na percepção da fala. (BRUNER, 2006).

O olfato permite a detecção de odores e depende da estimulação dos pequenos trechos de células olfativas na mucosa nasal que estão conectados ao cérebro pelo nervo olfativo. Finalmente, a detecção de odores pode ficar comprometida devido a alterações neurológicas ou de natureza extrínseca a exemplo da exposição ao tabaco, utilização de medicamentos e deficiência de vitamina B12. (RIBEIRO; ALVES; MEIRA, 2009).

Outras alterações associada a idade avançada incluem esclerose do endocárdio, fibrose das válvulas, atrofia das fibras musculares, rigidez e força reduzida do miocárdio. Conseqüentemente, as válvulas cardíacas tornam-se mais espessas, ocasionando a perda da elasticidade do músculo cardíaco e artérias. Deve-se considerar ainda que o sistema cardiovascular de uma pessoa idosa é menos eficiente sob condições de estresse e exercício (PAPALEO; BORGONNOVI,1999).

Em geral, os idosos saudáveis e não fumantes mostram pequeno declínio da função respiratória, contudo existem variações individuais. A eficiência respiratória diminuída e a redução das forças inspiratórias e expiratórias podem ocorrer como consequência da calcificação e enfraquecimento dos músculos da parede torácica. Os alvéolos dentro dos pulmões aumentam e tornam-se mais delgados, aumentando o espaço morto anatômico. As condições de estresse decorrentes de doenças podem aumentar a demanda de oxigênio afetando a função global de outros sistemas. (CARDOSO, 2009).

Os idosos podem ajustar-se às alterações relacionadas com a idade, porém, com frequência podem apresentar dificuldades em adquirir, preparar e apreciar suas refeições. Com o olfato comprometido, a capacidade de reconhecer alimentos doces, amargos, azedos ou salgados diminui gradativamente, alterando o paladar. O fluxo salivar não diminui totalmente, porém, alguns idosos podem apresentar secura na boca em consequência da utilização de medicamentos e algumas patologias. A secreção diminuída de ácido gástrico e pepsina, aparentemente resultante de condições patológicas, reduzem a absorção de ferro, cálcio e vitamina B<sub>12</sub>. A absorção de nutrientes no intestino delgado, principalmente de Cálcio e vitamina D diminui com a idade. (PAPALEO; BORGONNOVI, 1999).

A função do fígado, vesícula biliar e pâncreas geralmente são mantidos, embora a absorção e a intolerância a gordura possam diminuir. As incidências de cálculos na vesícula biliar e de cálculos no ducto biliar aumentam progressivamente com o avançar da idade. Destaca-se também a dificuldade de deglutição, podendo ocorrer aspiração de alimento ou líquido. A constipação é uma condição patológica comum que afeta grande parte da população idosa. Os sintomas de constipação branda são desconforto abdominal e flatulência; a constipação mais grave leva à impactação fecal, podendo desencadear a ocorrência de diarreia, incontinência fecal e obstrução. Os fatores predisponentes para a constipação englobam a falta de

massa na dieta, uso prolongado de laxativos e alguns medicamentos, inatividade, ingestão insuficiente de líquidos e excesso de gordura na dieta. (BRUNER, 2006).

O sistema geniturinário continua a funcionar de maneira adequada nos idosos, embora exista um declínio da massa renal, principalmente em decorrência da perda de nefros. As alterações da função renal podem ser uma combinação do envelhecimento e condições patológicas, como a hipertensão. As mais comuns incluem, taxa de filtrado glomerular reduzida, com menor eficiência na reabsorção e concentração da urina, além de uma restauração mais lenta do equilíbrio ácido-base em resposta ao estresse. (STOFFEL, 2008).

A incontinência urinária erroneamente é visualizada como uma consequência normal do envelhecimento. Ela é dispendiosa e embaraçosa, devendo ser cuidadosamente avaliada, pois, na maioria dos casos, é reversível e pode ser tratada. Vários fatores podem estar ligados à incontinência, tais como, hiperplasia benigna da próstata, câncer de próstata, câncer de rins e bexiga. Sabe-se que o tabagismo é um fator primário desses carcinomas. (BRUNER, 2006).

A produção ovariana de estrogênio e progesterona cessa com a menopausa. A alteração que acontece no sistema reprodutor feminino inclui o adelgaçamento da parede vaginal, juntamente com um estreitamento no tamanho e uma perda de elasticidade, secreção vaginal diminuída resultando em ressecamento vaginal. Acidez diminuída, atrofia de útero e ovários, e tônus do músculo pubo coccígeo diminuído, que resultam em um períneo e vagina relaxados. Sem o uso de lubrificantes hidrossolúveis essas alterações podem contribuir para o sangramento vaginal e a relação sexual torna-se dolorosa. Nos homens o pênis e os testículos diminuem e a próstata aumenta de tamanho, assim como os níveis de androgênios. O libido diminui e a disfunção erétil pode desenvolver-se. (STOFFEL, 2008).

O sistema musculoesquelético e neurológico íntegro é essencial para a manutenção da própria mobilidade e para o desempenho de atividades, o que permite que os idosos permaneçam independentes. As alterações que afetam a mobilidade incluem as alterações na remodelação óssea, com redução da densidade óssea, perda da massa muscular, deterioração das fibras musculares e degeneração da função das articulações. A doença articular degenerativa é encontrada na maior parte dos idosos com mais de setenta anos e a dor na sustentação de peso e lombar constitui uma queixa comum. (CARVALHO; SOARES, 2004).

### 4.3 LEGISLAÇÃO DO IDOSO NO BRASIL

Aprovado por unanimidade pela câmara dos deputados e pelo senado federal em primeiro de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso assume um papel fundamental na sociedade brasileira, pois resgata a pessoa idosa como cidadãos de direitos, com suas características próprias, que demandam proteção, serviços e benefícios especiais. Considera-se um marco histórico, sendo um registro de significativas mudanças em relação à pessoa idosa e aos espaços sociais destinados a esse público. (JUSTO; ROZENDO, 2010).

Entre as conquistas, destaca-se a obrigatoriedade da família, sociedade e poder público em garantir com prioridade o direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, convivência familiar e comunitária, atendimento preferencial imediato e individualizado junto a órgãos públicos e privado. (BRASIL, 2009).

Outro artigo prevê que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e a todo transgressão aos seus direitos, por ação ou omissão está prevista punição legal. (BRASIL, 2009).

É assegurado ao idoso o direito a atenção integral à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe acesso universal e igualitário, promovendo a proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Inclui ainda que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso devem ser realizadas por meio de unidades geriátricas de referência, com equipe especializada nas áreas de geriatria e gerontologia social. (BRASIL, 2003).

O idoso em observação ou internado tem direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde lhe proporcionar condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico. Cabe ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder a autorização para o acompanhamento do idoso e, caso seja negado, deverá ser apresentada uma justificativa por escrito. (BRASIL, 2003).

As instituições deverão promover capacitação e treinamento aos profissionais, e orientações a cuidadores familiares e grupos de autoajuda no intuito de atender as necessidades do idoso. (BRASIL, 2003).

Aprovada no Rio de Janeiro em 03 de fevereiro de 2004, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEM 288/2004 dispõe sobre ações relativas ao atendimento de idosos em unidades de emergência e hospitalares.

Artigo 3º – Os casos em que houver suspeita, ou confirmação de maus tratos contra idosos, devem obrigatoriamente, ser comunicados pelos Profissionais de Enfermagem ao COREN que jurisdiciona a área onde ocorrer o fato, (COFEN, 2004).

Artigo 4º – O Profissional de Enfermagem que deixar de comunicar ao COREN, os casos de crimes contra idosos, de que tiver conhecimento, será passível de punição em consonância com o art. 18, incisos I a V, da Lei 5.905/73, além de multa de R\$500,00 a R\$3000,00, aplicada em dobro, em caso de reincidência, (COFEN, 2004).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, instituída em dezembro de 1999, enfatiza como principal problema que afeta o idoso, o comprometimento de sua capacidade funcional, prejudicando a agilidade física e mental que são indispensáveis para a prática das atividades de vida diária. (SILVESTRE; NETO, 2003).

Estudos realizados apontam que 85% dos idosos apresentam uma doença crônica e 10% cinco delas, o que não significa que mesmo sendo portadores de patologias não sejam capazes de preservar sua autonomia e desenvolver suas atividades. Os mesmos estudos revelam que 40% dos idosos com 65 anos ou mais são dependentes de algum tipo de assistência em suas atividades de vida diária, como preparar a alimentação, cuidar das finanças e do lar, (RAMOS et al., 1993).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta “como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade”, (BRASIL, 2002).

Em suas diretrizes a Política Nacional de Saúde do Idoso preconiza o apoio a estudos e pesquisas; capacitação de recursos humanos especializados; reabilitação da capacidade funcional comprometida; manutenção da capacidade funcional; promoção do envelhecimento saudável e a assistência às necessidades de saúde do idoso. (BRASIL, 2003).

#### 4.4 ATENDIMENTO EM UNIDADES DE EMERGENCIA

Nos Estados Unidos, na década de 70, ocorreram investimentos no aperfeiçoamento dos profissionais que trabalhavam nos serviços de emergência. No Brasil, esse processo ocorreu posteriormente com o objetivo de qualificar os enfermeiros que trabalhavam no serviço de trauma, visando diminuir as taxas de mortalidade e sequelas temporárias ou permanentes. (WEHBE, 2001).

Segundo Wehbe (2001) a unidade de emergência deve garantir recursos mínimos de estrutura para atendimento, com pessoal capacitado e funcionamento contínuo, assegurando todos os requisitos necessários que assegurem a vida.

Segundo Santos (2008), conceitua-se emergência como uma ocorrência imprevista de danos a saúde, onde existe risco iminente de morte sendo necessário atendimento médico imediato, a exemplo de poli traumatismo, queimaduras extensas, parada cardiorrespiratória, hemorragias de grande porte, ferimento por arma de fogo e arma branca, estado de choque, dor torácica acompanhada de desconforto respiratório. Já a urgência pode ser definida como uma ocorrência imprevista de danos à saúde, em que não existe risco iminente de morte e que o indivíduo necessita de atendimento médico mediato como em casos de fraturas sem sinais de choque, vômito e diarreia, dor torácica sem complicações respiratórias, sangramento e ferimentos leves a moderados.

Em uma unidade de emergência o enfermeiro é responsável em gerenciar a equipe de enfermagem, buscando alternativas para o direcionamento do cuidado, considerando o paciente como um todo, harmonizando todas as ações para de melhor atender seu cliente. É de suma importância que a equipe de enfermagem tenha conhecimento não apenas da queixa principal, mas de todas as situações que possam favorecer um atendimento satisfatório ao paciente e a familiares. (MARQUES; LIMA, 2007).

Os cuidados em uma unidade de emergência podem ser definidos como cuidados ministrados ao paciente com lesões, enfermidades graves ou com potencial risco de vida. Uma abordagem sistemática é essencial para avaliação de um cliente, pois a queixa ou lesão evidente muitas vezes, pode não se manifestar como o principal agravante. (SANTOS, 2008).

A avaliação primária tem por finalidade identificar problemas potencialmente fatais. É uma avaliação rápida de vias aéreas, respiração, circulação e alterações neurológicas. São necessárias intervenções apropriadas antes de seguir para avaliação secundária caso as alterações estejam relacionadas à ameaça imediata à vida.

Tabela 1: Avaliação Primária

| Avaliação Primária |   |
|--------------------|---|
| Vias aéreas        | O paciente apresenta vias aéreas permeáveis? Consegue verbalizar?<br>Observar se as vias aéreas não estão obstruídas como, por exemplo, com dente solto, vômitos, secreções ou objetos estranhos.<br>Mediatamente retirar tudo que comprometa as vias aéreas.   |
| Respiração         | O paciente está respirando?<br>Observar se há simetria em relação à parede torácica (verificar ausculta pulmonar bilateral), uso de músculos acessórios, frequência e padrão respiratório, cianose de extremidades e coloração da pele. Verificar oximetria de pulso/administrar oxigênio se necessário.      |
| Circulação         | Ocorre risco imediato em relação à circulação?<br>Verificar e apalpar o pulso observando a qualidade, se esta forte, fraco, lento ou rápido. Observar também a coloração da pele, se esta aquecida, seca, úmida ou fria. Caso há suspeita de traumatismo torácico, aferir a pressão arterial nos dois braços. |
| Incapacidade       | Avaliar as pupilas e o nível de consciência, estando atendo se o paciente está em alerta e responde a comandos verbais, dolorosos ou se ele não responde a nenhum destes comandos.  |

Fonte: SANTOS, 2008

#### 4.4.1 PRINCIPAIS AGRAVOS DECORRENTES DA IDADE AVANÇADA

Desde o início das civilizações o processo de envelhecimento e suas consequências naturais preocupam a humanidade. Os países em desenvolvimento incluindo o Brasil, estão enfrentando um crescimento muito rápido da população idosa (LIMA; CAMPOS, 2011).

Os idosos estão mais vulneráveis a períodos de dependência ao cuidado, devido ao processo natural das alterações morfológicas e fisiológicas dos órgãos, diminuindo sua capacidade funcional. (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

No Brasil, estudos mostram maior mortalidade observada entre crianças menores de um ano e idosos, sendo maior entre os idosos. As doenças cardiovasculares classificam-se como a principal causa de incapacidade e morte de idosos no mundo. Projeções indicam que em meados de 2020, os países em desenvolvimento terão um percentual em torno de 34% dos óbitos devido as doenças cardiovasculares. (LIMA; PEIXOTO; GIATTI, 2004).

Outro fato observado é o aumento na incidência de neoplasias, tendo em vista que a doença acomete com maior frequência pacientes com idade superior a 50 anos, aumentando progressivamente com o avançar da idade. Segundo estudos realizados no ano de 2009 as neoplasias mais que dobrou em 30 anos, com um total de aproximadamente 12,4 milhões de novos casos em todo o mundo, com 7,6 milhões de óbitos. Os mais incidentes foram o câncer de pulmão, mama, cólon, reto, estômago e fígado. (ASSIS et al., 2011).

As patologias do aparelho respiratório aparecem como terceira causa de óbitos em idosos, com maior incidência para as doenças pulmonares obstrutivas crônicas – DPOCs, sendo esta uma importante causa do desenvolvimento de infecções virais e bacterianas, além de ser responsável pela maioria das internações. Sua prevalência é maior em países onde o consumo do tabaco é acentuado. Configura-se como uma das principais doenças que geram uma sobrecarga aos serviços de saúde de atenção básica e às unidades de emergências e terapia intensiva. (MAIA, 2006).

Em relação às patologias do aparelho respiratório, a DPOC ocupa a quarta principal causa de mortalidade, sendo a quinta causa principal em redução da idade associado a incapacidades no mundo. Projeções indicam que em 2020 será uma das mais prevalentes, paralelamente às doenças cardíacas, depressão grave, acidentes de trânsito e doenças cerebrovasculares. (INSTITUTOS NACIONAIS DA SAÚDE, 1998).

Outra doença relacionada ao sistema respiratório que afeta principalmente a população idosa, é a pneumonia. Sua incidência aumenta durante os surtos de gripe, tornando-se a segunda causa de internação hospitalar. O uso dos antibióticos profiláticos pode causar a resistência bacteriana tornando o tratamento menos



eficaz, aumentando a permanência do idoso em unidades hospitalares. (LIMA; CAMPOS, 2011).

Compondo a quinta causa de mortalidade entre a população idosa, o trauma é considerada uma lesão ocorrida de uma força contrária, podendo ser acidental, resultado de violência física, ou auto imposta que atinge vários sistemas e que requer intervenção imediata. As causas mais comuns encontradas como causa de traumas são: acidentes de trânsito, queimaduras e quedas. (CAMPOS et al., 2007).

Na população idosa as principais causas de quedas estão relacionadas às próprias mudanças fisiológicas do envelhecimento. A maior preocupação decorrente de quedas é o comprometimento da autonomia que pode restringir a realização de atividades básicas, considerada uma das principais causas de óbitos na senilidade. (CAMPOS et al., 2007).

#### 4.5 ACOLHIMENTO DO IDOSO EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA

O verbo acolher encontra-se intimamente ligado a concepção de conceder “boas vindas”, “receber com agrado”. Diz respeito ao momento em que alguém se depara com um primeiro contato e uma realidade nova e desconhecida. É muito mais que um simples ato de admissão, tornando-se um cuidado com ênfase em algumas particularidades técnicas e de reciprocidade. Em especial, a forma de acolher uma pessoa idosa deve ser criteriosa, tendo em vista que o idoso é um ser com corpo, mente, alma, capacidades e limitações que requer uma atenção especial tanto para si próprio, quanto para sua família. (DUTRA, 2011).

Acompanhando a crise global o sistema de saúde brasileiro observa-se uma grande deficiência na assistência ao idoso, quanto a demanda contida nos atendimentos ambulatoriais que geram uma crescente dificuldade em identificar idosos com maior risco de adoecer ou morrer rapidamente. Além disso, a reduzida quantidade de profissionais especializados na área de gerontologia dificulta ainda mais o tratamento adequado a esses pacientes. Por outro lado, o sistema não está estruturado para atender a crescente demanda desse grupo etário, que oneram os serviços de saúde, ocupando por maior tempo os leitos hospitalares (GORDILHO et al., 2000).

A escassez de serviços domiciliares e ambulatoriais especializados resulta em casos onde o estágio avançado da doença no primeiro atendimento na unidade de emergência seja frequente, com elevação de custos e óbitos que poderiam ser evitados. (SILVESTRE; RAMOS; VERA, 1998).

O processo de envelhecimento se faz acompanhar por uma situação de enfermidade que em algum momento eleva a probabilidade da prestação de cuidados de enfermagem, portanto, o acolhimento e a assistência devem ser fundamentados no princípio da humanização. (DUTRA, 2011).

A principal essência do trabalho da enfermagem é o cuidado. A arte de cuidar é a ciência que engloba um conjunto de conhecimentos teóricos e científicos, que visa garantir uma assistência integral, responsável e competente frente ao paciente. Engloba um conjunto de normas éticas com capacidade de prestar um cuidado humanizado e adaptado a cada ser assistido. Para promover o cuidado deve-se ter atitude, generosidade, paciência, responsabilidade e comprometimento. (VILA; ROSSI, 2002).

O cuidado de enfermagem deve estar como um todo, direcionado a pessoa idosa em seu contexto de vida, sendo o cuidar um processo dinâmico que depende do respeito, da interação, de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e de sua família. Faz parte do cuidado a preservação da relação entre enfermagem, idoso e família, respeitando suas crenças e costumes, direcionando as ações para resolução de problemas imediatos nos momentos em que ocorrem situações de emergência. (SALGADO et al., 2013).

O cuidado deve ser parte de um referencial teórico, ético e filosófico, com o foco voltado para a pessoa idosa, considerando o idoso como um ser único que faz parte de uma família, cultura e sociedade, vinculadas a experiências de vida pregressa somada ao momento presente com esperanças futuras que dão sentido ao viver. O processo de cuidar deve ser promovido favorecendo o atendimento as reais necessidades do idoso. (FREITAS, 2007).

Em situação de emergência o paciente idoso deve ter seus direitos de saúde garantidos de forma profissional, ética e humana, respeitando seus hábitos de vida, sua história, suas vontades próprias e da família, atendendo em especial as necessidades mais urgentes, sem desprezar outras queixas, promovendo privacidade, conforto, de forma a envolver toda a equipe respeitando os preceitos da interdisciplinaridade. (BRASIL, 2008).

O atendimento ao idoso em unidades de emergência deve ser prioritário, buscando atender todas as necessidades em questão, utilizando todas as ferramentas disponíveis para o cuidado generalizado ao idoso gravemente enfermo, cabendo ao profissional de enfermagem que atua na emergência oferecer um cuidado multidimensional. (BIF, 2012).

#### 4.6 PLANO DE CUIDADOS AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE RISCO

Devido a circunstâncias de vulnerabilidade, normalmente os idosos são portadores de patologias crônicas que demandam cuidados e assistência buscando promover a preservação e recuperação da capacidade funcional, tendo em vista que o risco de fragilização deve ser devidamente monitorado independente do quadro de complexidade. (BRASIL, 2012).

Considerando a maior probabilidade de idosos com capacidade funcional reduzida adoecerem agudamente, surgiu a necessidade de criar categorias para classificação de risco, possibilitando a triagem entre aqueles com maior ou menor risco que necessitam de uma intervenção imediata. A fragilidade do idoso é considerada um estado ou condição de alto risco o qual prevê uma gama de problemas adversos de saúde, sendo ela um importante conceito para avaliar a saúde do idoso. (ANS, 2012).

Conforme Salgado et al. (2013), nas unidades de urgência, idosos com quadro de complicações representam a maior parte dos atendimentos. A maioria dos diagnósticos de enfermagem realizados são diagnósticos reais que descrevem a resposta presente no paciente, sendo o risco, a resposta que podem desenvolver, ou seja, representa fatores que contribuem para vulnerabilidade a infecções. Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem em unidades de emergência devem ser voltados para recuperação do paciente, sendo evidenciado pela maioria dos diagnósticos como reais, contudo, os diagnósticos de riscos por sua vez indicam que os cuidados prestados pela equipe está voltada para prevenção dos riscos os quais estão sujeitos.

Segundo O Ministério da Saúde (2008), a classificação de risco nas unidades de urgência/emergência visa organizar e melhorar o fluxo de atendimento

a pacientes que procuram este tipo de atendimento garantindo qualidade, resolutividade e humanização aos cuidados prestados àqueles em situação de sofrimento agudo ou crônico independente da natureza. A equipe de atendimento deve ser multiprofissional composta por: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

A classificação de risco é feita pelo enfermeiro e auxiliar de enfermagem que utilizam a coleta de informações qualificada e tomada de sinais vitais, baseando-se no protocolo que classifica o usuário em:

VERMELHO, denominado como PRIORIDADE, indica a necessidade de atendimento imediato na sala de emergência, onde receberá cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe ainda, um subgrupo para classificação desses pacientes sendo o vermelho considerado PRIORIDADE I, situação em que toda a equipe deve estar alerta para identificar e encaminhar o paciente a sala de emergência, acionando o sinal sonoro.

O AMARELO indica quadro de urgência, devendo aguardar na sala de espera priorizada ou leito da sala de observação, onde estarão sob supervisão contínua de toda equipe da unidade, sendo reavaliados a cada 30 minutos.

A cor VERDE referencia paciente sem risco de morte imediata. Condição que permite aguardar o atendimento na sala de espera. Devem ser orientados que o atendimento será realizado após os pacientes classificados como vermelho ou amarelo. Em casos de alteração do quadro clínico são reavaliados, e dependendo do resultado, podem ser encaminhados para a unidade básica de referência pelo serviço social.

Já o AZUL é indicativo de paciente sem sofrimento agudo ou caso social devendo ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou ao serviço social.

Em relação à saúde do idoso o modelo de assistência à saúde deve buscar reestabelecer e conservar a capacidade funcional, pois se pressupõe que todos os idosos devem ser acompanhados e monitorados em todos os níveis de complexidade devido ao risco de fragilização. Idosos com quadro de saúde mais fragilizado e capacidade funcional reduzida tem maior probabilidade de adoecer, por isso surge à necessidade de buscar uma forma de identificar não só os idosos fragilizados ou que estejam em risco, mas criar categorias de risco proporcionando a

triagem entre aqueles de menor e maior risco com a necessidade de uma imediata intervenção. (GODILHO et al., 2000 apud ANS 2012).

Em vista disso a identificação de riscos é uma prioridade para a população idosa, classificados como idosos com idade igual ou superior a 80 anos; com mais de 60 anos apresentando uma ou mais características: polipatologias, polifarmácia, imobilidade parcial ou total, instabilidade postural, incontinência urinária ou fecal ou incapacidade cognitiva; idosos com histórico de internações frequentes e/ou pós-alta hospitalar; dependentes nas atividades básicas diárias; sem suporte familiar e que esteja em situação de vulnerabilidade social. (VERAS, 2009 apud ANS 2012).

O sistema de saúde brasileiro tanto público como privado é determinado, histórico e socialmente, por implicações consideráveis sobre sua eficácia e custos gerados. Em vista disso, fatores ligados à organização e ao funcionamento desse sistema tem merecido destaque em discussões sobre a formulação de questões para os modelos assistenciais. (PINHEIRO; SILVA Jr., 2009 apud ANS 2012).

Desde a última década, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem investindo em medidas para a mudança do modelo assistencial vigente, adotando um modelo voltado ao cuidado integral e promoção da saúde de seus beneficiários. (ANS, 2012).

A fragilidade no idoso é um conceito que deve ser avaliado, tendo como definição a diminuição da reserva funcional trazendo prejuízos na capacidade adaptativa do idoso. Na velhice o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas é a própria idade, contudo uma doença crônica não o impede de administrar sua própria vida e de realizar suas atividades de vida diária a menos que não tenha capacidade de manter suas habilidades físicas e mentais que são necessárias para uma vida independente. (GODILHO et al., 2000 apud ANS 2012).

Sob um olhar clínico, a avaliação funcional é básica para um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento para um planejamento assistencial efetivo. Na prática médica a diminuição da capacidade funcional do idoso é o que fará dependente de uma assistência mais elevada e complexa, tornando o conceito de capacidade funcional o elemento central para o manejo de uma nova política de cuidado ao idoso. (ANS, 2012).

No entanto, sob a visão do sistema de saúde, a capacidade funcional tem como conceito de saúde mais adequado para reger e instrumentar uma política de atenção à saúde do idoso, tendo como ações, promoção da saúde, assistenciais e

de reabilitação em saúde buscando melhorar a capacidade funcional, ou pelo menos manter ou sempre que possível recuperar a capacidade funcional que foi perdida pelo idoso, objetivando melhorias na sua qualidade de vida. (VERAS, 2009 apud ANS, 2012).

A partir da avaliação da capacidade funcional do idoso, são sugeridas três linhas de cuidado: idosos entre 60 – 80 anos que sejam independentes; idosos entre 60-80 anos com algum grau de dependência e os idosos com idade superior a 80 anos. O grupo de idosos considerados entre 60-80 anos pode ainda ser subdividido em grupo com e sem patologias ou com patologias controladas e não controladas. (ANS, 2012).

A atenção à saúde do idoso necessita de um modelo que possui um fluxo de ações educativas e que estimule a promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias e intervenção precoce na reabilitação de agravos. Este processo deve ocorrer de maneira simultânea e em todos os níveis de atenção. (VERAS, 2011apud ANS, 2012).

Para sua eficácia e eficiência a linha de cuidados ao idoso deve incluir uma rede lógica e articulada e que esteja referenciada com o sistema único de saúde, definindo um modelo hierárquico desde o acolhimento do idoso cadastrado no sistema até os cuidados atenuantes na fase terminal. Os três primeiros níveis de um total de sete, merecem atenção especial, por se tratar dos níveis onde se encontram a maior parte dos idosos. (VERAS, 2011apud ANS, 2012):

1. Entrada do sistema - acolhimento, triagem breve, cadastramento e informações do modelo assistencial.
2. Centro de convivência - local destinado a práticas de promoção de educação em saúde, informações sobre hábitos saudáveis e ações preventivas e realização da Avaliação Geriátrica Ampla – AGA.
3. Ambulatórios- um de “complexidade 1” e outro de “complexidade 2”.
4. Centro dia e Hospital dia - assistência domiciliar, incluindo assistência, procedimentos e internação domiciliar.
5. Hospital de curta permanência – destinado a tratamento da fase de agudização das doenças crônicas.
6. Instituição de longa permanência
7. Instituição hospitalar - cuidados paliativos na fase terminal.

Manter a máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece por um período prolongado é o objetivo primordial da política de saúde do idoso, o qual valoriza a autodeterminação e a manutenção da independência física e mental considerado fatores de risco para mortalidade, superando os índices das doenças que determinam sua dependência.

Em 31 de março de 2013, o Ministério da saúde juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o conselho nacional de Secretários Municipais de Saúde pactuaram sete premissas norteadoras para definição do processo de pactuação de indicadores. Foram definidas de forma tripartite as diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013 – 2015 com vistas a implementação do contrato organizativo de ação pública de saúde (COAP) e fortalecimento do planejamento integrado do Sistema Único de Saúde. Em relação à saúde de idoso destaca-se as diretrizes a seguir. (BRASIL,2013).

Tabela 2: Objetivos, Metas e Indicadores de 2013-2015

|  |   |
|--|---|
| Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção. |   |
| Metas para 2013 – 2015   | Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências. |
|  | Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.   |
|  | Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).   |
|  | Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).  |

|  |   |
|--|---|
|  | Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU –192).   |
| Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. |   |
| Metas para 2013 – 2015   | Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTS (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). |

Fonte: BRASIL, 2013



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Decorrente da queda da taxa de fecundidade e mortalidade, a expectativa de vida aumentou, aumentando assim a procura por serviços de saúde. A pessoa idosa precisa de cuidados como um todo, sendo o cuidado um processo dinâmico que depende do respeito, da interação e ações planejadas, devendo ser praticado com solidariedade e dignidade. Em uma unidade de emergência o paciente idoso deve ter seus direitos garantidos, de forma profissional, ética e humana, respeitando seus hábitos de vida, sua história, a vontade da família e sua vontade própria.

Na assistência de enfermagem, o cuidado é a essência do trabalho, portanto, é necessário o aprimoramento de conhecimentos técnicos e científicos, para que possa garantir uma assistência integral, responsável e competente.

No Brasil existe um déficit muito grande em relação a estudos que avaliam o perfil dos idosos em unidades de emergências, incluindo pesquisas direcionadas em compreender melhor este estágio da vida e as complicações ocorridas neste percurso. As maiorias dos estudos estão voltadas para a atenção primária com ênfase aos idosos internados em unidades hospitalares por agravos patológicos, agudos ou crônicos.

Pesquisas envolvendo esta temática podem contribuir para a formulação de políticas públicas buscando melhoria da assistência prestada aos idosos em unidades de emergência, permitindo redução de custos e conseqüente melhoria da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Ministério da saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_cuidado\\_idosos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf)>. Acesso em: 24 maio. 2014.

ALMEIDA, A. B. A.; AGUIAR, M. G. G. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. **Revista Bioética** Vol. 19, No 1, 2011. Disponível em: <[http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/615/](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/615/)>. Acesso em: 17 abr. 2014.

ASSIS, C. M. R. B. et al. **Oncologia geriátrica: conceitos, tendências e desafios**. Geriatrics & Gerontology. artigo de revisão. 2011. p. 106. Disponível: <[http://scholar.google.com.br/scholar?start=10&q=neoplasias+geriatricas&hl=pt-BR&as\\_sdt=0,5](http://scholar.google.com.br/scholar?start=10&q=neoplasias+geriatricas&hl=pt-BR&as_sdt=0,5)>. Acesso em: 19 out. 2014.

BIF, M. W. **Os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência**. Criciúma, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/838/M%C3%B4nica%20Wusnieski%20Bif.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 de nov. de 2013.

BÓS, A. M. G.; BÓS, Â. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saúde Pública**, Porto Alegre, ano 02, vol. 38, nº 01, p 113-120, 2004. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=+Determinantes+na+escolha+entre+atendimento+de+sa%C3%BAde+privada+e+p%C3%BAblica+por+idosos&btnG=&lr=>>. Acesso em: 30 de out. de 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=Perfil+dos+idosos+respons%C3%A1veis+pelos+domic%C3%ADlios+no+Brasil&btnG=&lr=>> Acesso em: 02 de nov. de 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060**; Unidades da Federação 2000-2030, Rio de Janeiro –29 de Agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/-presidencia-/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf>>. Acesso em: 14 março 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**: série E. Legislação da Saúde. Brasília:Ministério-da-Saúde2003.-Disponível-em:< Acesso em: 17 de set.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do. Ministério da Saúde, 2009. 70 p. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf)>. Acesso em: 21 outubro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério-da-Saúde,-2002.-Disponível-em:<<http://-scholar.google.com.br/-scholar?hl=-pt-BR&q=Redes+Estaduais+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+Sa%C3%BAde+do+Idoso&btnG=&lr=>>.Acesso em: 27 de ago. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015**,. Vol.1. Brasília - DF,2013.-Disponível- em:< [https://www.google.com.br/?gws\\_rd=ssl#q=Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde.+>Cade rno+de+Diretrizes%2C+Objetivos%2C+Metas+e+Indicadores+2013-2015](https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde.+>Cade rno+de+Diretrizes%2C+Objetivos%2C+Metas+e+Indicadores+2013-2015) Acesso em: 08 de nov. de 2013.

BRASIL. Secretaria municipal de saúde. **Acolhimento com classificação de risco**. Prefeitura de Belo Horizonte, 2008. Disponível em: < <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscod asUpasdeBH.pdf>>. Acesso em: 25 maio. 2014.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed.; vol. 3 Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2006.

CAMPOS, Janaína F.S. et al. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. São José do Rio Preto, SP, 2007. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-4/ID214.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID214.pdf)>. Acesso em 12 de Março de 2013.

CARDOSO, A. F. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital Buenos Aires**, Buenos Aires, ano 04, v. 13, n. 130, p. 9, Mar. 2009. Disponível em:< <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Particularidades+dos+idosos%3A+uma+revis%C3%A3o+sobre+a+fisiologia+do+envelhecimento&btnG=&lr=>>.Acesso em:23 de jun. de 2013.

CARVALHO, J.; SOARES, J. M. C. Envelhecimento e força muscular: Breve Revisão. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Portugal, ano 04, v. 4, n. 3, p. 79-93, 2004. Disponível em:< <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt>

BR&q=Envelhecimento+e+for%C3%A7a+muscular%3A+Breve+Revis%C3%A3o&btnG=&lr=>. Acesso em: 23 de jun. de 2013.

COFEN, **Resolução nº 288/2004 03 de fevereiro de 2004 que dispõe sobre Ações relativas ao atendimento de idosos e outros.** Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2882004\\_4324.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2882004_4324.html)>. Acesso em: 04 de março de 2014.

DUTRA, R.A. **Acolhimento de Enfermagem:** Vivências do idoso. [Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem] Ponta Delgada: Escola de ensino superior de-Viana-do-Castelo;-2011.-Disponível-em:< <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=-Acolhimento+de+Enfermagem-%3A+Viv%C3%A7%C3%A3o+do+idoso&btnG=&lr=>>. Acesso em: 13 de set de 1014.

FILHO, E.T.C.; NETTO, M. P. **Geriatría:** fundamentos, clínica e terapêutica. 2º Ed. São Paulo: Atheneu, 2000. 447 p.

FREITAS, G. F. **Uma Contribuição Acerca Da Fenomenologia e dos Cuidados de Enfermagem.** Cultura de los Cuidados. n.º 21. 2007 . Disponível em:<<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Uma+-Contribui%C3%A7%C3%A3o+Acerca+Da+Fenomenologia+e+dos+Cuidados+de+Enfermagem&btnG=&lr=>>>. Acesso em: 19 out.2014.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. Disponível-em:<<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=-Desafios+a+serem+enfrentados+no+terceiro+mil%C3%AAnio+pelo+setor+sa%C3%BAde+na+aten%C3%A7%C3%A3o+integral+ao+idoso&btnG=&lr=>>>. Acesso em:28 de ag. de 2014

INSTITUTOS NACIONAIS DA SAÚDE. **Iniciativa global para a doença pulmonar obstrutiva crônica:** estratégia global para o diagnóstico, a conduta e a prevenção da doença pulmonar obstrutiva crônica. [s.l.]: Astra Zeneca; 1998. Disponível em:<[https://www.google.com.br/?gws\\_rd=ssl#q=Institutos+Nacionais+da+Sa%C3%BAde.+Iniciativa+global+para+a+doen%C3%A7a+pulmonar+obstrutiva+cr%C3%B4nica:+estrat%C3%A9gia+global+para+o+diagn%C3%B3stico+e+conduta+e+preven%C3%A7%C3%A3o+da+doen%C3%A7a+pulmonar+obstrutiva+cr%C3%B4nica](https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=Institutos+Nacionais+da+Sa%C3%BAde.+Iniciativa+global+para+a+doen%C3%A7a+pulmonar+obstrutiva+cr%C3%B4nica:+estrat%C3%A9gia+global+para+o+diagn%C3%B3stico+e+conduta+e+preven%C3%A7%C3%A3o+da+doen%C3%A7a+pulmonar+obstrutiva+cr%C3%B4nica)>. Acesso em: 19 out.2014.

JUSTO, J.S.; ROZENDO, A. S. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, São Paulo, ano 09, v. 10, n. 2, p. 471-489, nov. 2010. Disponível-em:<[http://scholar.google.com.br/scholar?q=A+velhice+no+Estatuto+do+Idoso&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=A+velhice+no+Estatuto+do+Idoso&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 16 out. 2014.

LIMA, M. L. C. et al. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 10, Vol.15,-nº.-6,-set.-2010.-Disponível-em:<[http://scholar.google.com.br/scholar?q=Na%C3%A1lise+dos+servi%C3%A7os+hospitalares+cl%C3%ADnicos+aos+idosos+v%C3%ADtimas+de+acidentes+e+viol%C3%A2ncias&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=Na%C3%A1lise+dos+servi%C3%A7os+hospitalares+cl%C3%ADnicos+aos+idosos+v%C3%ADtimas+de+acidentes+e+viol%C3%A2ncias&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 09 de abr. de 2013.

LIMA, R. S.; CAMPOS, M. L. P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. 2011. **Rev esc enferm USP**, 45(3), 659-64. Disponível em: <[http://scholar.google.com.br/scholar?q=causas+de+idosos+em+emergencia&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1](http://scholar.google.com.br/scholar?q=causas+de+idosos+em+emergencia&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_vis=1)>. Acesso em: 15 out. 2014.

LIMA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 13, n. 4, p. 217-228, 2004. Disponível-em:<<https://www.google.com.br/?=Perfil+epidemiol%-C3%B3gico+dos+idosos+atendidos+na+emerg%C3%A2ncia+de+um+hospital+escola>>. Acesso em: 17 out. 2014.

LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, ano 03, vol. 39, nº 05, p. 311-318, ago.-2005.-Disponível-em:<[http://scholar.google.com.br/scholar?q=Assist%-C3%A2ncia+ambulatorial+geri%C3%A1trica%3A+hierarquiza%C3%A7%C3%A3o+da+demanda&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=Assist%-C3%A2ncia+ambulatorial+geri%C3%A1trica%3A+hierarquiza%C3%A7%C3%A3o+da+demanda&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 14 de mar. De 2013.

MAIA, F. D. O. M. Fatores de risco para óbito em idosos. **Rev. Saúde Publ.**2006-Disponível em: [http://scholar.google.com.br/scholar?q=MAIA%3B+OLIVEIRA%-3B+YEDA%3B+LEBR%3%83%2C+2006&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=MAIA%3B+OLIVEIRA%-3B+YEDA%3B+LEBR%3%83%2C+2006&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5). Acesso em: 02 de set.de 2014.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. ADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, ano 07, vol. 15, nº 1, p. 13-19, jan-fev. 2007. Disponível em:<[http://scholar.google.com.br/scholar?q=-Demandas+de+usu%C3%zzios+-+a+um+servi%C3%A7o+de+pronto+atendimento+e+seu+acolhimento+ao+sistema+de+sa%C3%BAde&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=-Demandas+de+usu%C3%zzios+-+a+um+servi%C3%A7o+de+pronto+atendimento+e+seu+acolhimento+ao+sistema+de+sa%C3%BAde&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 14 de mar. De 2013.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, ano 04, vol. 18, nº 4, p. 422-426, fev. 2005.-Disponível-em:<<http://scholar.google.com.br/scholar?q=+A+situa%-C3%A7>

%C3%A3o+social+do+idoso+no+Brasil%3A+uma+breve+considera%C3%A7%C3%A3o&btnG=&hl=pt-BR&as\_sdt=0%2C5 >.Acesso em: 23 de jun. de 2013.

PAPALEO, M. N.; BORGONNOVI, N. **Biologia e Teorias do Envelhecimento**. São Paulo,-Atheneu,-1999:-44-59.-Disponível-em:<-http://scholar.google.com.br/-scholar?q=Biologia+e+Teorias+ do+ Envelhecimento &btnG=&hl=pt-BR&as\_sdt=0%2C5 >.Acesso em: 10 de set.de 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 6º Ed.. Rio de Janeiro:-Elsevier,-2005.-1729-p.- Disponível-em: <-http:// scholar.google.com.br/-scholar?q= Fundamentos+ de+ Enfermagem &btnG=&hl= pt-BR&as\_sdt=0%2C5 >.Acesso -em: 28 de set. de 2013

RAMOS, L. R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, São Paulo, ano 93, vol. 08-vol.-nº-04,-p.313-323,-out.-1993.-Disponível-em:< http: //scholar .google.com.br/-scholar?q=Significance+and+management+of+dis+ability+among+urban+elderly+residents+in+Brazil&btnG=&hl=pt-BR&as\_sdt=0%2C5 >.Acesso em: 17 de set. 3013.

RAMOS LR, VERAS, R.P., Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Pública 1987;21(3):211-24. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Envelhecimento+populacional-%3A+uma+realidade+brasileira&btnG=&lr>. Acesso em: 16 setembro 2012

RIBEIRO, L. C. C.; ALVES, P. B., MEIRA, E. P. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Minas Gerais, ano 08, vol. 8, nº. 2, p. 220-227, mai. 2009. Disponível em:<http://scholar.google.com.br/scholar?q=Percep%C3%A7%C3%A3o+dos+idosos+sobre+as+altera%C3%A7%C3%B5es+fisiol%C3%B3gicas+do+envelhecimento&btnG=&hl=pt-BR&as\_sdt=0%2C5 >.Acesso em: 19 de set. 3013.

RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, R. D. C. H. M. **Perfil epidemiológico dos idosos atendidos na emergência de um hospital escola**. 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/?=Perfil+epidemiol%C3%B3gico+dos+idosos-atendidos- na+emerg%C3%Aancia- de- um- hospital- escola>. Acesso em: 15 out. 2014.

SALGADO, P. O. et al. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes numa Unidade de Emergência. **Revista de Enfermagem**, Recife, ano 12, vol. 7, nº. 1, p 83-89, 2013.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e Emergência para Enfermagem: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência**. 5 ed. São Paulo: Iátria, 2008. Disponível em: <[http://scholar.google.com.br/scholar?q=Urg%C3%A2ncia+e+Emerg%C3%A2ncia+para+Enfermagem%3A+do+atendimento+pr%C3%A9-hospitalar+%28APH%29+%C3%A0+sala+de+emerg%C3%A2ncia&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=Urg%C3%A2ncia+e+Emerg%C3%A2ncia+para+Enfermagem%3A+do+atendimento+pr%C3%A9-hospitalar+%28APH%29+%C3%A0+sala+de+emerg%C3%A2ncia&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 12 de ago. De 2014.

SILVESTRE, J.; KALACHE, A.; RAMOS, L. R.; VERAS, R. P. **“Population ageing in Brazil and the health care sector”**. *Bold: Quarterly Journal of The International Institute of Ageing*, 1998.7:4-12. Disponível em: <[http://scholar.google.com.br/scholar?q=Population+ageing+in+Brazil+and+the+health+care+sector&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=Population+ageing+in+Brazil+and+the+health+care+sector&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 30 maio de 2014.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 02, vol. 19, nº.3, p. 839-847, mai-jun. 2003. Disponível em: <[http://scholar.google.com.br/scholar?q=Abordagem+do+idoso+em+programas&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=Abordagem+do+idoso+em+programas&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 18 jun. de 2014.

STOFFEL, D. V. Produção didática pedagógica: **unidade didática sistema reprodutor feminino e masculino: sexualidade em discussão**. Secretaria de Estado da Educação Superintendência da Educação Departamento de Políticas e Programas Educacionais Coordenação Estadual do PDE, 2008 Toledo – PR.

UESUGUI, H. M. **Cuidados de idosos: a realidade de um centro de internação domiciliar, Rondônia, Brasil**. [Tese Doutorado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília] Brasília: universidade de Brasília; 2011. Disponível em: <[http://scholar.google.com.br/scholar?q=Cuidados+de+idosos%3A+a+realidade+de+um+centro+de+interna%C3%A7%C3%A3o+domiciliar%2C+Rond%C3%B4nia%2C+Brasil&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=Cuidados+de+idosos%3A+a+realidade+de+um+centro+de+interna%C3%A7%C3%A3o+domiciliar%2C+Rond%C3%B4nia%2C+Brasil&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 16 de maio de 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-549, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 30 ago. de 2013.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev bras geriatr gerontol**, 14(4), 779-86, 2011. Disponível em: <[http://scholar.google.com.br/scholar?q=renato+veras+artigos+2011&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=renato+veras+artigos+2011&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 15 de maio de 2014.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado, e pouco vivido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, ano 01, vol. 10, nº 02, p. 137-144, mar -

abr.-2002.-Disponível-em:<-http:// scholar.google.com.br/scholar? q=-O+significado-+cultural+do+cuidado+humanizado+em+unidade+de+terapia+intensiva&btnG=&hl=pt-BR&as\_sdt=0%2C5>.Acesso em: 14 de set. de 2014.

WEHBE ,G.; Galvão,C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, ano-2000,-vol.-9,-nº-2,-p.-86-90,-mar-2001.-Disponível-em:<- http:// scholar.-google.-com.br-/ scholar? q=O+ enfermeiro +de+unidade +de+emerg%-C3%Aancia+de+hospital+privado%3A+algumas+considera%C3%A7%C3%B5es&btnG=&hl=pt-BR&as\_sdt=0%2C5 >.Acesso em: 22 de julh. De 2013.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. **Arq Bras Cardiol**, Porto Alegre, ano 01 vol.79, n.6, p. 635, 639, set. 2002. Disponível em:< http://scholar.google.com.br/scholar?q=Idoso%3A+Doen%C3%A7a+Card%C3%ADaca+e+Comorbidades&btnG=&hl=pt-BR&as\_sdt=0%2C5 >.Acesso em: 04 de março de 2014.