

# Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro

*Care profile of the elderly population in Emergency Care Units in the city of Rio de Janeiro*

Gabriela Abreu Paes Carneiro da Costa<sup>1</sup>, Gisele O'Dwyer<sup>1</sup>, Yasmim de Souza Carvalho<sup>1</sup>, Hisbello da Silva Campos<sup>2</sup>, Nadia Cristina Pinheiro Rodrigues<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202012509

**RESUMO** No atual contexto de transição epidemiológica, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) passaram a exercer papel fundamental no atendimento à população idosa, com destaque para diagnósticos relacionados com trauma, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias. Este trabalho teve como objetivo fazer uma análise do atendimento à população de idosos nas UPA do município do Rio de Janeiro entre os anos 2013 e 2015, levando em conta os diagnósticos mais prevalentes de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, as classificações de risco relativas a cada grupo de doenças e os desfechos após o atendimento médico. Detectou-se maior prevalência de atendimentos do sexo feminino, assim como um aumento considerável no número de diagnósticos atendidos em idosos com o passar dos anos. Observou-se que a maioria desses idosos foi classificada como risco Amarelo, e a maior parte dos desfechos foi alta ou encaminhamento a especialistas. A rede de atenção à saúde deve preparar-se para o aumento das demandas desse grupo etário, sendo especialmente necessário um incentivo à procura pela atenção primária em busca da prevenção.

**PALAVRAS-CHAVE** Assistência integral à saúde do idoso. Política de saúde. Doenças cardiovasculares. Doenças respiratórias. Traumatologia.

**ABSTRACT** *In the current context of epidemiological transition, Emergency Care Units (UPA) have started to play a fundamental role in assisting the elderly population, with emphasis on diagnoses related to trauma, cardiovascular diseases and respiratory diseases. This study aimed to analyze the care provided to the elderly population in the UPA in the city of Rio de Janeiro between the years 2013 and 2015, taking into account the most prevalent diagnoses according to the International Classification of Diseases, the relative risk classifications each group of diseases and the outcomes after medical care. It was detected a higher prevalence of female visits, as well as a considerable increase in the number of diagnoses attended in the elderly over the years. It was observed that most of these elderly people were classified as Yellow risk, and most of the outcomes were discharged or referred to specialists. The health care network must prepare itself to increase the demands of this age group, being especially necessary to encourage the search for primary care in pursuit of prevention.*

**KEYWORDS** *Comprehensive health care. Health policy. Cardiovascular diseases. Respiratory diseases. Traumatology.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
gabi.abreu.costa@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Os padrões demográficos e epidemiológicos no Brasil têm sofrido muitas mudanças ao longo dos anos, mesmo que de maneira mais lenta do que em países como os europeus. Até os anos 1940, aproximadamente, ainda se destacavam doenças infectoparasitárias no cenário epidemiológico do País como primeira causa de morte da população. Essas foram, a partir desse período, substituídas pelas Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant), principalmente doenças crônicas e degenerativas, com agudização, e causas externas, como acidentes. Concomitantemente a esse fato, há a introdução de tecnologias e assistência médica que permitem a ‘convivência’ com a doença por mais tempo. Esses dois fatores associados corresponderam ao aumento da expectativa de vida do brasileiro, que conta com uma pirâmide social mais intensamente invertida a cada ano de censo demográfico, pelo crescimento cada vez mais importante da população idosa<sup>1</sup>.

O Brasil é o país em desenvolvimento em ritmo mais acelerado de envelhecimento populacional. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o contingente de idosos brasileiros representa cerca de 8% da população, e a expectativa de vida vem aumentando, alcançando 72,86 anos para homens e 76,71 anos para as mulheres. Na região Nordeste, por exemplo, a população de idosos, em relação à proporção, aumentou de 5,1% no ano de 1991 para 7,2% em 2010, quando foi realizado o último censo demográfico do País<sup>2</sup>. Com isso, torna-se evidente a necessidade de uma maior atenção aos aspectos relacionados com a saúde dos idosos, além da criação de estratégias que atendam a esse crescimento populacional em andamento, que cria um contexto de pressão de demanda principalmente sobre os sistemas de atendimento de emergências, pelos quadros clínicos agora predominantes, exigindo mudanças organizacionais e estruturais.

Entre outros motivos, por conta desse aumento da demanda, a partir dos anos 2000, a política nacional de urgências no Brasil tornou-se prioridade federal, dando início a um processo de regulação e normatização do atendimento às urgências nos setores envolvidos. Foi, então, implementada uma Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), norteadada em especial pelas Normas Operacionais Básicas (Noas nº 01/2001 e nº 01/2002) e pela organização de sistemas regionalizados, sendo a principal delas a Portaria nº 2.048, que ilustrava os esforços do governo para desenvolver uma política de emergências baseada nos preceitos da legislação constitucional e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>.

A partir de 2008, implantaram-se no Brasil as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que são componentes fixos de atenção pré-hospitalar que funcionam como estruturas intermediárias entre a atenção básica e as unidades hospitalares, com o objetivo de diminuir as filas nas emergências dos hospitais, mantendo atividade 24 horas por dia, todos os dias da semana. Atualmente, toda a normatização da atenção às urgências está regulada pelo Consolidado de Portarias nº 3<sup>4</sup>.

O Rio de Janeiro foi o estado pioneiro na implantação das UPA; e, atualmente, elas representam importante ponto de acesso ao sistema, sendo classificadas em três diferentes portes de acordo com a população referenciada, a área física, o número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade de atender. As exigências da regulamentação marcaram a diferenciação pretendida entre a UPA e os antigos prontos-socorros, produtores de ‘consultas de emergência’ pouco resolutivas<sup>5</sup>. Atualmente, existem 509 UPA no Brasil, e 889 estão em construção. No estado do Rio de Janeiro, são 72 UPA em 35 municípios. Na capital, existem 32 UPA, sendo 26 de porte III e 6 de porte II<sup>6</sup>.

O atendimento nas UPA funciona baseando-se no acolhimento e na classificação de risco, realizados pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, de acordo com o Protocolo de

Triagem de Manchester. Conforme esse protocolo, os pacientes podem ser classificados como risco: 'Vermelho' (nível 1), casos gravíssimos com necessidade de atendimento imediato e risco de morte; 'Laranja', casos graves e risco significativo de evoluir para morte; 'Amarelo', casos de gravidade moderada que têm necessidade de atendimento médico, mas sem risco imediato; 'Verde', casos pouco urgentes sem risco de evolução; 'Azul', casos não urgentes. A sobrevivência do paciente considerado crítico depende diretamente do tratamento inicial, que idealmente deve ser imediato e competente. A triagem adequada é de extrema importância para o atendimento clinicamente adequado nas UPA.

O estado do Rio de Janeiro apresenta, em todas as suas regiões, superlotações de emergências. Entre as causas para esse quadro, estão: atendimentos a pacientes com problemas ambulatoriais, a precariedade da rede básica de atendimento, a origem geográfica dos pacientes, a insuficiência da estrutura hospitalar regional, problemas sociais, desconhecimento da população sobre o objetivo dos serviços de emergência, a confiança da população no hospital e problemas de gestão interna desses hospitais<sup>7</sup>.

É possível perceber, portanto, que a reorganização de políticas públicas de saúde é essencial para atender à crescente demanda. Ademais, é importante preparar os sistemas de atenção à saúde para melhor atender às necessidades das mudanças fisiológicas dos idosos, principal camada social em crescimento, levando em conta especialmente o desenvolvimento das doenças típicas da idade, crônicas com quadros de agudização, que motivam os idosos a buscar ajuda emergencial.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo fazer uma análise do atendimento à população de idosos nas UPA do município do Rio de Janeiro entre os anos de 2013 e 2015, levando em conta os diagnósticos mais prevalentes de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, as classificações de risco relativas a cada grupo de doenças e os desfechos.

## Material e métodos

Informações sobre os atendimentos nas UPA do estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2013 e 2015 foram fornecidas pela Secretaria Municipal e Estadual de Saúde.

A população de estudo foram os idosos atendidos nas UPA no município do Rio de Janeiro. Considerou-se idoso o indivíduo acima de 60 anos de idade. Os diagnósticos foram separados em grupos de doenças, de modo a definir os três grupos mais prevalentes entre a população de idosos.

Frequências absolutas foram calculadas de acordo com sexo, faixa etária, classificação de risco e desfecho, para as doenças mais prevalentes, determinando uma observação geral do fluxo de atendimento nas UPA. Também foram calculados os percentuais dos casos mais prevalentes em relação ao total de atendimentos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/Ensp/Fiocruz), CAAE nº 47045215.5.0000.5240.

## Resultados

A porcentagem de idosos atendidos nas UPA do município do Rio de Janeiro aumentou no decorrer dos três anos estudados, independentemente do diagnóstico obtido por cada paciente. No ano de 2013, o total de atendimentos das UPA do município foi 52.010, sendo 6.378 idosos, o que corresponde a aproximadamente 12,27% dos atendimentos. Em 2014, por sua vez, aconteceram 55.186 atendimentos nas UPA municipais, sendo 7.088 idosos, o que representa aproximadamente 12,85% dos atendimentos. Em 2015, as UPA municipais atenderam um total de 64.738 pacientes, sendo 8.544 idosos, ou seja, aproximadamente 13,2% dos atendimentos (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição de atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro em idosos por faixa etária

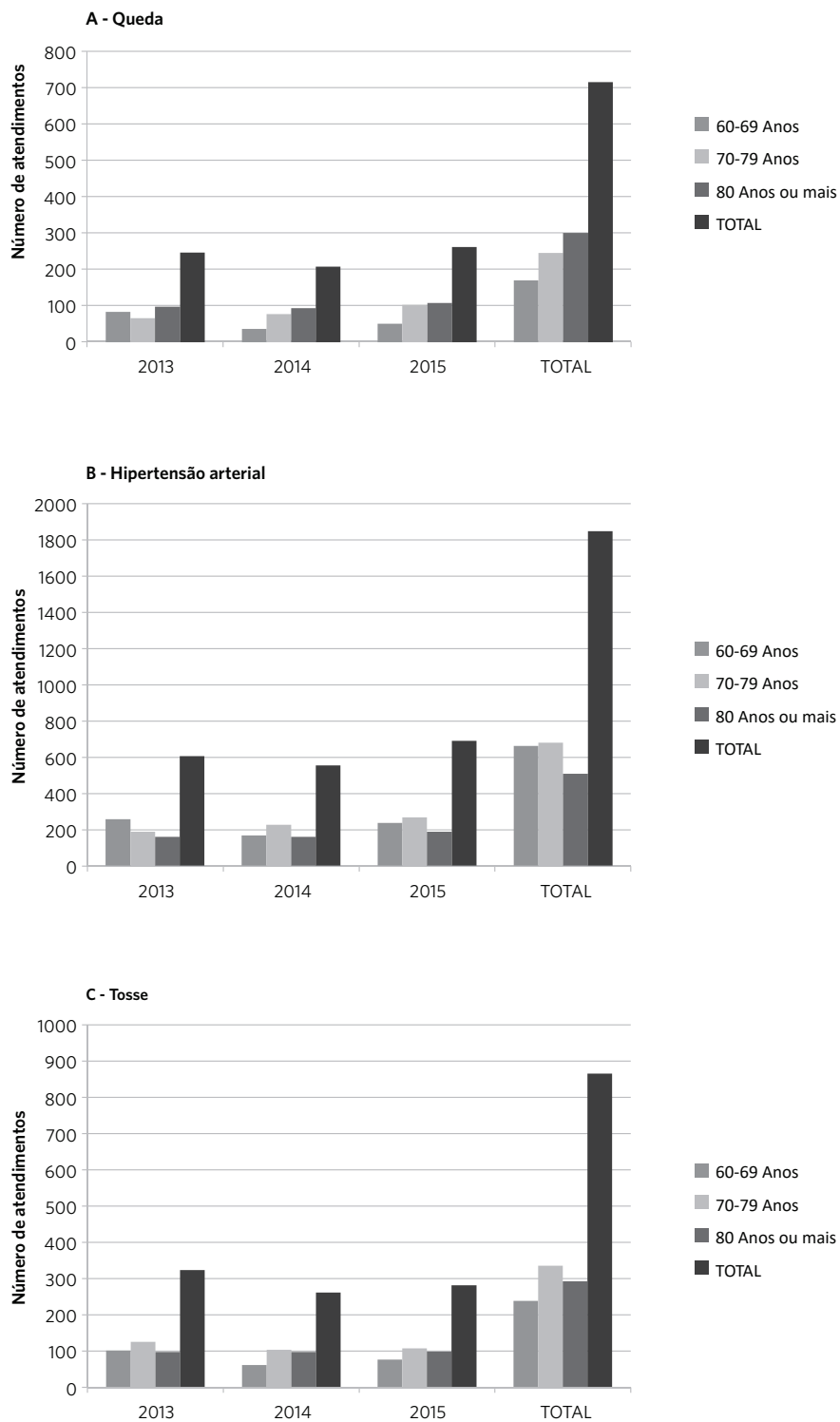
	Faixa etária			Total
	60-69	70-79	80 ou mais	
<b>2013</b>				
Homens	267	195	452	914
Mulheres	450	410	702	1562
Total	717	605	1154	2476
<b>2014</b>				
Homens	596	462	373	1431
Mulheres	809	617	657	2083
Total	1405	1079	1030	3514
<b>2015</b>				
Homens	665	510	341	1516
Mulheres	993	759	738	2490
Total	1658	1269	1079	4006

Em relação ao quantitativo de diagnósticos detectados em 2013, 2014 e 2015, foi possível perceber que os mais prevalentes foram aqueles relativos a trauma, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias. Em valor absoluto, respectivamente, tem-se: Trauma – 1020, 854, 1120; Doenças Cardiovasculares – 757, 1391, 1417; Doenças Respiratórias – 699, 1269, 1469. Além disso, em todos os três anos estudados, houve um predomínio de atendimentos e diagnósticos no sexo feminino. Em 2013, a quantidade de pacientes do sexo feminino foi maior que a quantidade de pacientes do sexo masculino, em uma proporção de aproximadamente 1,7 mulher para cada 1 homem, independentemente do intervalo etário. Em 2014, essa proporção foi de 1,45 mulher para 1 homem,

independentemente do intervalo etário a que se referem, e, em 2015, essa proporção foi de 1,64 mulher para cada 1 homem, independentemente do intervalo etário.

Sobre os diagnósticos de trauma, encontram-se entre eles: acidente de qualquer tipo, afogamento, agressão de qualquer origem, contusões, cortes, distensão muscular, entorse e distensão, fraturas, lesões/ferimentos, luxação, mordedura, quedas, traumatismos, atropelamento e queimaduras. Aquele que mais prevaleceu nos três anos de atendimento em análise foi o de ‘queda’, que correspondeu a 708 casos dos 2.994 diagnósticos de trauma obtidos (23,6%), sendo 244 casos em 2013 (34,4%), 205 em 2014 (28,9 %) e 259 em 2015 (36,5 %) (figura 1).

Figura 1. Distribuição dos diagnósticos mais prevalentes nas Unidades de Pronto Atendimento por faixa etária. 2013 a 2015



A respeito das doenças cardiovasculares, elas constituíram 3.565 diagnósticos de idosos entre 2013 e 2015, sendo elas: ‘flutter’ e fibrilação atrial, aneurismas, angina instável, angina pectoris não especificada, bloqueio atrioventricular, bradicardia, doença cardíaca e renal hipertensiva, cardiopatia pulmonar, doença cardíaca hipertensiva com e sem insuficiência cardíaca, doença cardiovascular não especificada, embolia e trombose, equimoses, hipertensão arterial sistêmica, valor elevado de pressão arterial sem o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, hipotensão, infarto agudo do miocárdio, infarto agudo transmural, insuficiência cardíaca, insuficiência venosa, isquemias, morte súbita de origem cardíaca, doenças vasculares cerebrais, acidente vascular encefálico, parada cardíaca, taquicardia, palpitações, choques cardiogênico e hipovolêmico e dor torácica não especificada.

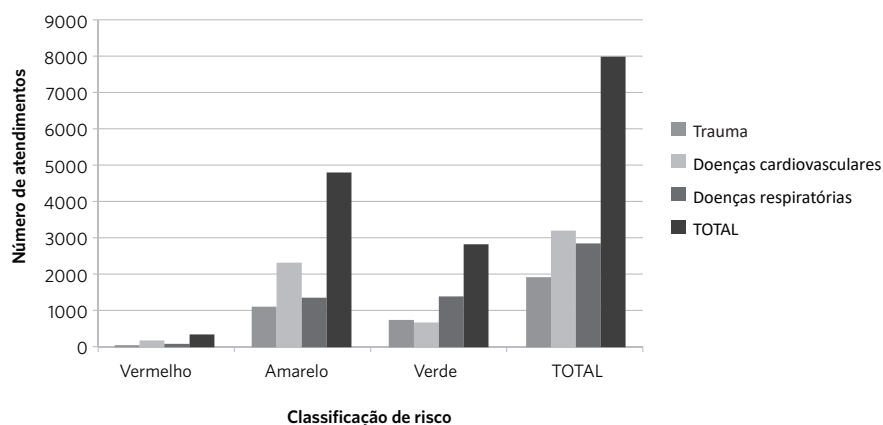
Entre estes diagnósticos, 1.845 foram de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Essencial, o que corresponde a aproximadamente 51,7% desse grupo de patologias, pontuando sua relevância (*figura 1*). Em 2013, foram registrados 605 diagnósticos de HAS Essencial (32,7%), em 2014, 552 diagnósticos (29,9%), e em 2015, 688 diagnósticos (37,2%).

Considerando-se, agora, as Doenças Respiratórias, foram 3.437 diagnósticos referentes a esse grupo de doenças, sendo estes: dispneia, asma, broncopneumonia, bronquite (aguda e crônica), derrame pleural, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, dor torácica

ao respirar, infecção aguda do trato respiratório superior, influenza, insuficiência respiratória, nasofaringite, pneumotórax, pneumonias, tuberculose, sinusite, rinite, tosse, alergias, bronquiólite, enfisema e faringite. O mais prevalente entre eles foi o diagnóstico de ‘tosse’, representando 25,1% dos casos (ou 865 casos). Em 2013, o diagnóstico de ‘tosse’ foi atribuído a 323 pacientes (37,3%), em 2014, a 261 pacientes (30,1%), e em 2015, a 281 pacientes (32,4%) (*figura 1*).

Em relação às classificações de risco e desfechos destinados aos idosos dos três grupos de diagnósticos – trauma, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias –, dos 8.012 casos classificados ao longo dos três anos de análise, apenas 359 foram classificados com risco ‘Vermelho’ (4,4% aproximadamente), sendo 64 referentes a trauma, 195 referentes a doenças cardiovasculares e 100 referentes a doenças respiratórias. De maneira geral, o maior número de pacientes foi classificado como risco ‘Amarelo’, ou seja, pacientes de estado crítico ou semicrítico, totalizando 4.811 dos 8.012 classificados (60%). Destes, 1.117 corresponderam a traumas, 2.330 corresponderam a doenças cardiovasculares e 1.364 corresponderam a doenças respiratórias. Quanto à classificação de risco ‘Verde’, ou seja, casos pouco urgentes sem risco de evolução, observou-se um total de 2.842 classificações (35,4%), entre os quais 757 foram relacionados com trauma, 686 foram relacionados com doenças cardiovasculares e 1.399 foram relacionados com doenças respiratórias (*gráfico 1*).

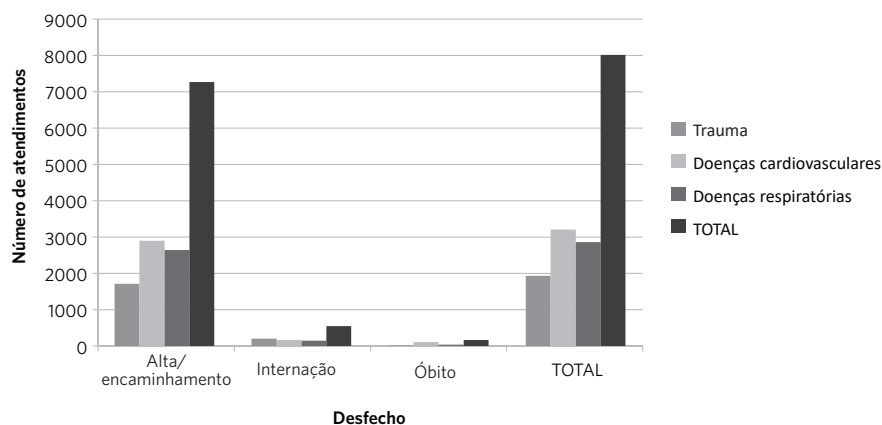
Gráfico 1. Classificação de risco por grupo de doenças em idosos atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento da cidade do Rio de Janeiro, 2013-2015



Em relação aos desfechos ocorridos nos pacientes idosos segundo diagnósticos das doenças mais prevalentes, três grandes grupos foram analisados: 'alta/encaminhamento', 'internação', 'óbito'. Do total de 8.012 pacientes atendidos nas UPA, 7.281 receberam 'alta/

encaminhamento', o que corresponde a 90,8% dos desfechos totais. Destes, 23,6% foram relativos a trauma (1.722 casos), 36,2 % foram relativos a doenças cardiovasculares (2.908 casos) e 36,4 % foram relativos a doenças respiratórias (2.651 casos) (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Distribuição dos desfechos segundo grupo de diagnóstico em idosos atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento da cidade do Rio de Janeiro entre 2013-2015



Em relação ao desfecho ‘internação’, 555 pacientes foram designados a ele, o que corresponde a apenas 6,9% dos casos atendidos. Entre estes, 38% foram relacionados com trauma (211 casos), 32,6% foram relacionados com doenças cardiovasculares (181 casos) e 29,3% foram relacionados com doenças respiratórias (163 casos). Por fim, somente 176 pacientes receberam como desfecho ‘óbito’, o que corresponde a 2,1% dos casos atendidos, expondo um perfil de mortalidade para as doenças em estudo bastante reduzido. Destes, 2,8% corresponderam a trauma (5 casos), 68,1% corresponderam a doenças cardiovasculares (120 casos) e 28,9% corresponderam a doenças respiratórias (51 casos) (gráfico 2).

## Discussão

A implantação das UPA no município do Rio de Janeiro teve uma expansão expressiva em 2010, período semelhante em que ocorreu a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município. Diversos motivos justificaram a expansão das UPA, sendo a insuficiência de serviços de saúde para o atendimento às urgências o principal motivo para sua implantação<sup>8</sup>. A proporção de idosos atendidos neste estudo é semelhante à de outros estudos no Brasil<sup>3</sup> e no Rio de Janeiro<sup>8</sup>.

Levando-se em consideração a população geral do Brasil, pesquisas apontam que, entre 2006 e 2010, ano de realização do último censo demográfico, a população de idosos representava 30,57% do total da população, o que corresponde a um valor absoluto de 20.590.599 idosos<sup>9</sup>. No Rio de Janeiro, 14,4% da população é composta por idosos, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua realizada pelo IBGE em 2016, o que a torna a capital com a maior população de idosos do País. Assim, os resultados adquiridos neste estudo são coerentes com o contexto social atual.

Em relação aos principais diagnósticos, entende-se por ‘queda’ um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial. A perda de força muscular e a perda do equilíbrio postural levam a uma maior suscetibilidade a quedas, principalmente por tonturas, vertigens e desequilíbrio. É importante ressaltar, ainda, que a prevalência de tonturas em maiores de 75 anos de idade é de 80%, o que leva a um maior número de traumas na faixa etária demonstrada<sup>10</sup>.

Em relação às Doenças Cardiovasculares, sua alta prevalência pode ser justificada pelo fato de que, com o passar dos anos, o sistema cardiovascular sofre alterações, que tornam o idoso mais suscetível à aquisição de diagnósticos desse grupo de doenças<sup>11</sup>. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso à HAS, sendo esta a principal complicação crônica desse grupo populacional.

As doenças respiratórias, por sua vez, são uma importante causa de morbimortalidade entre os idosos devido a fatores diversos, e se dão principalmente nas faixas etárias mais avançadas, com maior gravidade em acamados<sup>12</sup>.

Foi possível perceber que, apesar da alta prevalência de diagnósticos de trauma, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias entre os idosos, a gravidade dos casos atendidos nas UPA referente a eles, nesse período, não foi significativa, o que pode ser visto pela minoria classificada como risco ‘Vermelho’. A baixa prevalência de casos classificados como graves é um fenômeno comum nos diferentes serviços de urgência e já foi evidenciado nas UPA<sup>3,8,13</sup>. No que diz respeito à gravidade dos diagnósticos analisados, estudo no estado do Rio de Janeiro indicou que hipertensão e traumas eram diagnósticos típicos de alto risco e infecções respiratórias agudas, de médio risco. A quantidade majoritária de desfechos de ‘alta/encaminhamento’, apesar de a maioria



ser classificada como risco 'Amarelo', pode se dever ao fato de que essa classificação é feita pela fragilidade natural proveniente da idade avançada. Essa é uma análise complexa, já que cada grupo de doenças contempla diagnósticos muito diversos, dificultando a previsão da necessidade de internação ou alta e acompanhamento. Entretanto, estudos nacionais<sup>3,13</sup> e sobre o Rio de Janeiro<sup>14</sup> vêm apontando o risco de as UPA, por dificuldade de acesso ao leito hospitalar, apresentarem desfechos alternativos à internação, como alta ou óbito. Estudo no Rio de Janeiro evidenciou que cerca de 60% do total de pedidos de internação que não são atendidos recebem alta ou evoluem para óbito antes de alcançar um leito hospitalar, transformando as UPA em unidades de internação<sup>14</sup>. É necessário aprimorar o nível de integração entre unidades que compõem a Rede de Urgência e Emergência (RUE) bem como expandir e qualificar a retaguarda hospitalar<sup>14</sup>.

A dificuldade de acesso ao leito hospitalar não ocorre apenas nas UPA, e tem sido tradicionalmente descrito como um problema das emergências hospitalares. Essa é uma questão importante para a discussão sobre acesso no Brasil<sup>15,16</sup>, e na literatura internacional tem sido identificado o *access block*, ou seja, a impossibilidade de pacientes admitidos nos serviços de emergência serem transferidos para uma unidade de internação dentro de um intervalo de tempo razoável<sup>17-20</sup>. Foi identificado como seguro o período de 4 horas a 8 horas para o acesso ao leito hospitalar a partir da indicação de internação<sup>17</sup>. Na China, é descrito fenômeno semelhante, porém com acentuada concentração na população de idosos que permanecem por períodos prolongados em salas de observação nas emergências<sup>21</sup>.

Os achados deste estudo apontam que a doença cardiovascular é uma importante causa de mortalidade entre os idosos quando comparada a outros grupos de doenças, e é válido ressaltar, ainda, que a maioria dos fatores de risco associados a esse tipo de diagnóstico é mutável, como tabagismo e sedentarismo.

## Conclusões

As UPA apresentam relevância no atendimento à saúde dos idosos, com tendência a aumento ao longo dos anos, uma vez que o envelhecimento populacional desencadeia um aumento das demandas pelos serviços de urgência e emergência. Ademais, é inegável a relevância de diagnósticos relacionados com traumas, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias entre a população idosa, o que deve ser levado em consideração no desenvolvimento de novas políticas públicas necessárias para acompanhar esse crescimento populacional específico.

O envelhecimento populacional é um fenômeno relativamente recente, o que exige uma estratégia de adaptação do setor de saúde, assim como de demais setores públicos e da população, às necessidades particulares desse grupo em crescimento, haja vista a fisiologia e a epidemiologia completamente diferenciadas das demais camadas sociais.

Com isso, devido a esse intenso fluxo de idosos ao setor secundário de saúde, seria interessante analisar o contexto de acesso dessa população aos níveis de atenção primária, em que se espera acolhimento e acompanhamento voltado à prevenção e à promoção em saúde, o que poderia diminuir a necessidade de atendimento nas UPA.

Alguns limites do estudo foram identificados: ausência de análise do tempo para o atendimento e de permanência na UPA; ausência de análise dos desfechos incluindo dados clínicos; não correlação com outros indicadores locais da rede assistencial.

## Colaboradores

Costa GAPC (0000-0003-4118-1584)\*, O'Dwyer G (0000-0003-0222-1205)\*, Carvalho YS (0000-0001-9245-7339)\*, Campos HS (0000-0003-1727-502X)\* e Rodrigues NCP (0000-0002-2613-5283)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Medronho R, Bloch K, Luiz RR, et al., editores. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico [internet]. 2010. [acesso em 2020 maio 19]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília, DF: CONASS; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Criada pelo Ministério da Saúde, na Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>.
5. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis*. 2015; 25(2):525-545.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. 2017 [internet]. [acesso em 2020 maio 19]. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/>.
7. O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(5):1637-1648.
8. Lima DL, Baptista TWF, O'Dwyer G, et al. As Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro: desafios para a coordenação do cuidado. In: Sá MC, Tavares MFL, De Seta MH, organizadores. *Organização do cuidado e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018, p. 359-382.
9. Piuvezam G, Medeiros WR, Costa AV, et al. Mortalidade em Idosos por Doenças Cardiovasculares: Análise Comparativa de Dois Quinquênios. *Arq Bras Cardiol*. [internet] 2015 [acesso em 2020 maio 4]; (esp):1-10. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt\\_0066-782X-abc-20150096.pdf](https://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150096.pdf).
10. Muller DVK, Tavares GMS, Schneider RH. Análise do equilíbrio corporal em idosos classificados em diferentes faixas etárias através da posturografia dinâmica computadorizada (PDC). *Kairós* [internet]. 2016 [acesso em 2020 maio 4]; (19). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairós/article/view/31614>.
11. Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79(6):635-9.
12. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015; 18(1):85-94.
13. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017 [acesso em 2020 maio 4]; 51:125. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141558>.
14. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgência. *Physis* [internet]. 2019 [acesso em 2020 maio 4]; 29(2):e290203. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312019000200601](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200601).
15. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population based survey. *Rev. Saúde Pública*. 2015; 49:31.
16. Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 2020 maio 4]; 35(2):e00076118. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000805003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805003&lng=en).
17. Affleck A, Parks P, Drummond A, et al. Emergency department overcrowding and access block. *CJEM*. 2013; 15(6):359-84.

18. Lawton LD, Thomas S, Morel DG. Trends in access block 2011 to 2013: the Redcliffe National Emergency Access Target experience. *Emerg Med Australas*. 2015; 27(1):11-5.
19. Knowlwa E, Mason SM, Smith C. Factors associated with exit block and impact on the emergency department. *Emerg Med J*. 2017; 34(1):61-62.
20. Mason S, Knowles E, Boyle A. Exit block in emergency departments: a rapid evidence review. *Emerg Med J*. 2017; 34(1):46-51.
21. Liao TF, Wang C. Permanent emergency: Inequality in access to hospitalisation among urban elderly Chinese. *Glob Public Health*. 2016; 10:1-16.
22. Machado CV, Lima LD, O'Dwyer G, et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2020 maio 4]; 32(2):e00170614. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2016000200704&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2016000200704&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
23. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7):1439-1454.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2011 Jul 7. [acesso em 2020 maio 4]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html).
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014. Redefine diretrizes para a implantação do componente unidades de pronto atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da rede de atenção às urgências, em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2014 Jan 15. [acesso em 2020 maio 4]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104\\_15\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html).
26. Carneiro A. Idosos: um perfil estatístico da terceira idade no Rio de Janeiro. Coleção Estudos Cariocas. 2005. [acesso em 2020 maio 4]. Disponível em: [http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2360\\_Idosos%20-%20Um%20perfil%20estat%C3%ADstico%20da%20terceira%20idade%20no%20Rio%20de%20Janeiro.pdf](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2360_Idosos%20-%20Um%20perfil%20estat%C3%ADstico%20da%20terceira%20idade%20no%20Rio%20de%20Janeiro.pdf).
27. Konder MT, O'Dwyer G. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):879-892.
28. Lima LD, Machado CV, O'Dwyer G, et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(2):595-606.
29. Miranda RD, Perrotti TC, Bellinazzi VR, et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Hipertens*. 2002; 9(3):293-300.
30. Silva EC, Lazarini VV, Garcia DAC, et al. Classificação de Risco de Idosos Atendidos em uma Unidade de Urgência e Emergência. *Enciclopédia Biosfera* [internet]. 2016 [acesso em 2020 maio 4]; 13(23):1467-1478. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2016a/ciencias%20da%20saude/classificacao%20de%20risco.pdf>.

---

Recebido em 05/08/2019  
Aprovado em 22/04/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve