TEORIA E PRÁTICA
TRAUMA E EMERGÊNCIA
Edição 9

Capítulo 34

ATENDIMENTO AO PACIENTE IDOSO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CLARICE CARNEIRO TEIXEIRA[1]
LOUISY SEVERO SOARES[1]
VERUSKA ASSIS DE OLIVEIRA MACEDO[2]

1. *Discente - Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA.*
2. *Docente - Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA.*

Palavras Chave: *Geriatria; Atendimento de urgência; Atendimento de emergência.*

doi 10.59290/978-65-81549-96-1.34

INTRODUÇÃO

Ao final do século passado o contingente populacional acima de 60 anos de idade no mundo, chegava próximo a 8 milhões de pessoas, porém, notou-se um crescimento acelerado dessa parcela da população nos últimos 20 anos. Segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de pessoas com idade superior a 65 anos pode chegar a 800 milhões no mundo até 2025 (FECHINE & TROMPIERI, 2012). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem como perspectiva que o segmento populacional de idosos atinja 41,5 milhões de indivíduos até 2030, isso implica em um crescimento com a taxa de 4% anual. Acredita-se que em 2060, os idosos representarão um a cada três brasileiros, seguindo uma tendência mundial (SILVA *et al.,* 2021).

Através desse fenômeno tem sido observado um aumento da população idosa nos serviços de urgência e emergência. Os avanços na medicina proporcionam cada vez mais possibilidades de atenuar os efeitos da idade e auxiliar no prolongamento da vida do idoso, mas a qualidade de vida muitas vezes acaba ficando em segundo plano com as novas dinâmicas do mundo. No geral os idosos adoecidos apresentam múltiplos problemas de saúde, consumindo assim mais recursos que os doentes mais jovens e são mais frequentemente internados. Muitas vezes mesmo com o problema clínico resolvido a alta do doente idoso está condicionada à sua funcionalidade, à necessidade de supervisão do tratamento e ao apoio social, sendo assim pode-se concluir que a doença aguda em idosos fragilizados agrava a sua deterioração e aumenta a mortalidade (OLIVEIRA *et al.,* 2017).

Grande parcela da morbimortalidade nos idosos concentra-se em doenças crônico-degenerativas, em geral associadas a quadros de comorbidade que demandam assistência de alta complexidade. As doenças crônicas comuns que são vistas com frequência em idosos na urgência e emergência, são: cardiopatia isquêmica, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HA), doenças cerebrovasculares (DCV), demência senil, doença de Parkinson (DP), etc. (GUTHRIE *et al.,* 2012). Segundo o Ministério da Saúde a principal causa de morte dos pacientes acima de 60 anos são as doenças cardiovasculares, seguidas pelas neoplásicas, estando as causas externas na terceira posição. As taxas de mortalidade mostram-se crescentes à medida que avança a idade, possivelmente pela fragilidade adquirida com o ganho de mais anos de vida (GONSAGA *et al.,* 2015).

A redução da tolerância ao exercício e da aptidão cardiovascular também podem contribuir para um quadro de maior vulnerabilidade. Este quadro é muitas vezes ainda mais complicado pela polifarmácia (GUTHRIE *et al.,* 2012). Os idosos estão mais propensos a reinternações, pela fragilidade, além disso incidem em maiores custos de tratamento de saúde.

Os idosos vítimas de trauma chegam mais graves ao hospital e consomem mais recursos no tratamento. As alterações estruturais e funcionais próprias do envelhecimento, associadas à multimorbidade, predispõem os idosos a diversos acidentes e explicam as diferenças básicas quanto ao espectro das lesões, a dominância entre os gêneros, a duração e a evolução esperada (GONSAGA *et al.,* 2015).

Diante do exposto, pretende-se discorrer acerca da seguinte problemática: Quais são os principais cuidados que a equipe médica deve ter ao atender um paciente geriátrico no setor de urgência e emergência?

A presença de comorbidades e a idade avançada podem mascarar a possibilidade de que os sistemas de atendimento sejam menos adequados aos pacientes idosos, e isso pode se

refletir no fato de que os idosos registram maior insatisfação com os cuidados de emergência.

Como objetivo o presente estudo busca apresentar qual o papel da equipe médica no atendimento de urgência e emergência ao paciente geriátrico. Além disso, demonstrar como deve ser realizada a triagem do paciente; expor os métodos de anamnese do paciente; discorrer acerca da condição dos pacientes, incluindo o comprometimento funcional e cognitivo e descrever quais as principais intervenções devem ser realizadas ao paciente geriátrico.

Significativamente, os idosos têm riscos muito maiores de problemas de saúde do que os pacientes mais jovens. Eles têm uma mortalidade maior após o atendimento hospitalar do que os pacientes mais jovens. Além disso, eles também registram taxas mais altas de dependência após a internação, necessitando de ajuda e suporte contínuos nas atividades da vida diária devido a deficiências de função ou cognição (GUTHRIE *et al.*, 2012).

Dessa forma, justifica-se o presente estudo de modo que, a pesquisa acerca dos métodos de atendimento de urgência e emergência do paciente idoso é relevante tanto para acadêmicos quanto para profissionais, pois busca trazer o melhor entendimento acerca dos processos relacionados ao tema.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de abril a junho de 2022. Conforme citado por Gil, (2007) a base de uma revisão bibliográfica possibilita a sustentação de qualquer pesquisa científica, pois é necessário conhecer o que foi desenvolvido por outros pesquisadores para que se possa colaborar com o avanço de determinado campo de conhecimento, sendo assim a revisão bibliográfica é "elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e material disponibilizado na Internet". Quanto aos objetivos a pesquisa possui natureza exploratória, pois tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, ou seja, tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias (GIL, 2007).

Quanto à seleção dos artigos concentrou-se nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), PubMed e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados para a pesquisa: "Geriatria"; "Atendimento de Urgência"; "Atendimento de Emergência"; "Idoso".

Os critérios de inclusão do artigo foram: estudos desenvolvidos nos idiomas português e inglês; artigos publicados no período de 2010 a 2021; artigos relacionados ao tema; artigos com disponibilidade de texto completo e gratuito. Os critérios de exclusão foram: artigos disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada, artigos duplicados e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após os critérios de seleção restaram 19 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas buscas foram encontrados 108 artigos abordando a temática, datados nos últimos 11 anos, após a leitura do título e do resumo, sob a égide dos critérios de inclusão e exclusão anteriormente determinados, foram excluídos 68 artigos, sendo 40 desses lidos na íntegra e excluídos os artigos duplicados, bem como aqueles cujo conteúdo não atendia aos critérios estabe-

lecidos, restando 19 artigos integralmente relevantes para o desenvolvimento do atual estudo.

Avaliação de idosos no pronto-socorro

Segundo Silva *et al.* (2021) o corpo humano passa por diversas alterações fisiológicas com o processo de envelhecimento, que podem afetar a capacidade motora, funcional e homeostática. Sendo assim, pacientes idosos normalmente possuem múltiplas comorbidades, o que torna a avaliação mais complexa no pronto-socorro, exigindo, portanto, mais habilidade da equipe médica, tornando-se um desafiado em um ambiente com pouco tempo para tomada de decisões. Segundo Andrade *et al.* (2018), a maioria dos médicos atuantes no pronto-socorro descrevem sentir-se despreparados e menos à vontade, para lidar com pacientes mais velhos, considerando serem mais complexos, o que pode ser uma das razões pela qual os diagnósticos do pronto-socorro são mais imprecisos em idosos.

Cooper *et al.* (2010) defendem que pacientes, principalmente os idosos, que normalmente apresentam múltiplas comorbidades, precisam de um atendimento multidisciplinar para que seja avaliado corretamente o mais breve possível. Idealmente, por exemplo, pacientes com imobilidade podem precisar de um fisioterapeuta para avaliar sua condição, assim como um profissional de enfermagem para avaliar sua continência, assim como médico neurologista ou psiquiatra para avaliar seu estado mental e um médico generalista ou emergencista para avaliar suas condições gerais de saúde, além disso em caso como os idoso um médico geriatra pode contribuir imensamente para a conduta. O uso de equipes multidisciplinares amplas para avaliar pacientes idosos de maneira organizada e coordenada, denominada atenção integral de geriatria ao paciente, continua sendo a base do cuidado para pacientes idosos.

Triagem

Para Ganley & Gloster, (2011) a triagem tem a função de otimizar o atendimento e minimizar os danos causados pela superlotação, por meio da identificação de pacientes que necessitam de atendimento imediato. Ainda segundo os autores, os pacientes devem ser classificados de acordo com a gravidade clínica, nível de sofrimento e risco para a própria saúde. Desta forma, a triagem é definida como um processo dinâmico de classificação de pacientes que permite que eles sejam alocados ao serviço mais adequado e um tratamento mais rápido.

Carpenter *et al.* (2011) explicam que para os idosos a triagem é um pouco mais complexa, pois além de priorizar o rápido manejo para condições de risco de vida é preciso que seja realizada uma avaliação completa do comprometimento cognitivo e problemas funcionais. A presença de familiares na triagem são essenciais informações dos idosos no pronto-socorro, para saber se havia cuidados domiciliares existentes.

Silva *et al.* (2016) exemplificam que a triagem de Manchester, aplicada em diversos países, mostra-se como uma das melhores opções também na triagem do idoso, pois utiliza um algoritmo em relação a sintomas e sinais na admissão hospitalar que abrangem os principais critérios necessários para uma rápida avaliação das condições gerias do paciente. Há uma lista de 52 condições pré-definidas ou fluxogramas de apresentação que são combinados com a queixa principal relatada pelo paciente e registrada em um formulário por uma enfermeira. A classificação é dividida em cinco cores de forma a categorizar a prioridade de atendimento, entre os mais urgentes com atendimento imediato (Vermelho), 10 minutos (Laranja), 60 minutos (Amarela), 120 minutos (Verde) e os não urgentes em 240 minutos (Azul). Além da prioridade é atribuída à área/especialidade que

irá observar o doente. Para alguns doentes é atribuída branca, referindo-se a doentes transferidos de outros hospitais ou em situações excepcionais.

Anamnese do idoso

Andrade *et al.* (2018) defende em seu estudo que a anamnese no idoso, além de exigir mais atenção costuma ser mais demorada, pois é preciso que o profissional de saúde levante o máximo possível do histórico clínico daquele paciente. Devido ao comprometimento funcional que pode acometer os idosos, informações sobre antecedentes sociais e medicamentos podem ser mais difíceis de se obter, pois nem sempre estarão acompanhados de familiares que podem ser cruciais para fornecer essas informações. A natureza inespecífica dos sintomas, com múltiplos desafios simultâneos ou uma correlação incerta entre doença e estado do paciente, pode ser desconcertante. Como descrito anteriormente, leva tempo para avaliar adequadamente um paciente em vários domínios, e a falta de expertise multidisciplinar pode, portanto, significar que a admissão do paciente é um grande desafio para os profissionais (ANDRADE *et al.*, 2018).

Fragilidade

Jesus *et al.* (2017) define a fragilidade como um estado clínico com múltiplas causas e fatores contributivos, caracterizada pela diminuição da força, resistência e função fisiológica que pode ocasionar o desenvolvimento de dependência, declínio físico, cognitivo e social. Sendo assim torna-se um fator importante na avaliação do paciente idoso em um pronto-socorro. Andrade *et al.* (2018) coloca a fragilidade como uma interação complexa de multimorbidade e fisiologia do envelhecimento e defende que pacientes com fragilidade frequentemente chegam aos serviços de saúde de forma inespecífica ou com síndromes clássicas de fragilidade, como: comprometimento funcional, delirium, comprometimento cognitivo, imobilidade, incontinência, quedas, entre outros.

Comprometimento funcional

Tanto Cooper *et al.* (2010) quanto Lam *et al.* (2015) colocam problemas funcionais, como a redução da capacidade de autocuidado, como fatores levam à perda da independência e risco de institucionalização. É importante ressaltar que um declínio na função pode representar um agravamento na doença de base, o que explicaria sua associação com uma maior taxa de mortalidade. Também representa uma oportunidade de intervenção e deve ser abordada se um idoso apresentar sintomas de declínio funcional, como mobilidade reduzida ou dificuldades com o autocuidado.

Ferramentas pré-estruturadas podem facilitar a avaliação da função no setor de urgência e emergência, sendo as principais uma boa anamnese associada com a utilização do índice de Barthel (COOPER *et al.*, 2010). O Índice de Barthel (BI) é composto por 10 itens que possuem pesos variados, mediante a capacidade do idoso em realizar as atividades sozinho ou auxiliado. A pontuação acumulada calculada somando todas as pontuações de itens individuais possuem uma pontuação máxima de 20 pontos. Dois itens do índice referentes à higiene pessoal (lavar o rosto, pentear o cabelo, fazer a barba e limpar os dentes) e banho são avaliados com uma escala de 2 pontos (0,1 pontos); outros 6 itens referentes a atividades gerais (sobre alimentação, entrar e sair do vaso sanitário, subir e descer escadas, vestir-se, controlar o intestino e controlar a bexiga) são pontuados em uma escala de 3 pontos (0, 1, 2 pontos); enquanto 2 itens restantes que são referentes a mobilidade (passando de uma cadeira de rodas para a cama e voltando e andando sobre uma superfície plana e caminhada em superfície plana) são

avaliados em uma escala de 4 pontos (0, 1, 2, 3 pontos). pacientes com pontuação 19 ou acima podem ser considerados como independentes para atividades básicas da vida e os demais como dependentes (KWAKKEL *et al.*, 2011).

Delirium e comprometimento cognitivo

A avaliação da cognição no idoso é essencial no departamento de urgência e emergência. A identificação de demência e delirium pode ser fundamental para os cuidados subsequentes e nunca deve ser esquecida. Estima-se que o *delirium* está presente entre 11% e 24% dos pacientes idosos na admissão ao hospital e pode se desenvolver após a admissão em mais 5% a 35% (CHONG *et al.*, 2014).

Han *et al.* (2010) defendem que o *delirium* está associado ao aumento do tempo de internação hospitalar e ao óbito. Por esse motivo, seu reconhecimento e manejo são fundamentais, mesmo nas primeiras horas de avaliação. Uma variedade de ferramentas foi desenvolvida para auxiliar o reconhecimento do delirium, sendo o método de avaliação de confusão é o mais amplamente reconhecido e se presta bem ao departamento de urgência e emergência. A avaliação de confusão mental avalia se a confusão tem Início agudo e evolução flutuante (demonstrado por respostas positivas às seguintes perguntas: "O estado mental do paciente mudou abruptamente a partir da linha de base?", "O comportamento anormal flutuou durante o dia?"; em seguida o nível de desatenção e avaliado (demonstrado por uma resposta positiva à seguinte pergunta: "O paciente teve dificuldade de focalizar a atenção?" por fim uma das seguintes características são exigidas: se há a presença de Pensamento desordenado (Demonstrado por uma resposta positiva à seguinte pergunta: "O pensamento do paciente era desordenado ou incoerente?" evidenciado por incoerência ou conversa irrelevante, fluxo de ideias obscuro ou ilógico, ou mudança imprevisível entre um tema e outro) e Nível alterado de consciência (Demonstrado por qualquer resposta diferente de "alerta" à seguinte pergunta: "No geral, como você classificaria o nível de consciência desse paciente?" normal = alerta; hiperalerta = vigilante; sonolento e facilmente despertado = letárgico; difícil de despertar = estupor e não despertável = coma. O diagnóstico de *delirium* requer a presença das 2 primeiras características mais uma das 2 outras características (HAN *et al.*, 2010).

Polimedicação

A polimedicação pode ser definida como o uso regular de múltiplos medicamentos, mas reconhece-se que o tratamento de uma única condição (como a hipertensão) pode exigir vários medicamentos. Isso torna a prevenção da polifarmácia cada vez mais desafiadora entre os idosos. Muitas vezes, as razões para a prescrição múltipla são motivadas por múltiplas comorbidades que requerem tratamento médico de longo prazo (GUTHRIE *et al.*, 2012).

Acredita-se que efeitos colaterais graves de medicamentos que levam à apresentação no hospital ocorrem em mais de 10% das visitas de idosos ao setor de urgência e emergência (GOLCHIN *et al.*, 2015). O reconhecimento da polifarmácia em um paciente idoso representa uma oportunidade de intervir ou sinalizar a questão para a intervenção do próprio clínico geral do paciente. Existem ferramentas simples para orientar os médicos em uma abordagem baseada em evidências para a redução da prescrição inadequada e para incentivar a prescrição apropriada para idosos.

Quedas em idosos

Aproximadamente uma em cada três pessoas com mais de 65 anos sofre quedas pelo menos uma vez por ano, e uma em cada duas pessoas com mais de 80 anos cai pelo menos uma vez por ano. No pronto-socorro, as quedas em

idosos resultam em internações de 15% a 30% e a incidência de fratura nesse grupo é de até 20%. Mesmo entre pacientes sem lesão significativa, uma queda levando a uma visita ao pronto-socorro representa um indicador significativo para problemas funcionais em até 50% (LAM *et al.,* 2015).

Os preditores de quedas subsequentes incluem um histórico de quedas no ano anterior, quedas em ambientes fechados e incapacidade de se levantar após uma queda. As quedas são um indicador de fragilidade e uma indicação para avaliação detalhada e possível encaminhamento para revisão multidisciplinar. Qualquer paciente com idade superior a 65 anos que sofreu uma queda deve ter uma avaliação multifatorial que inclua avaliação da cognição, continência, medicação, problemas de mobilidade, instabilidade postural e deficiência visual. Isso além da triagem de possíveis explicações médicas para quedas, como causas de síncope (LEE & AFSHARI, 2017).

No pronto-socorro, as prioridades devem ser o reconhecimento e o manejo da lesão associada à queda, a exclusão de patologia subjacente e o diagnóstico da causa da queda. Uma das consequências potencialmente mais significativas de uma queda é a fratura do colo do fêmur. Em idosos com fragilidade as taxas de mortalidade por esse tipo de fratura podem chegar em até 25% em 1 ano. A prioridade no pronto-socorro após uma fratura de quadril deve ser a identificação rápida e o manejo de comorbidades potencialmente tratáveis, como anemia, hipovolemia e desequilíbrio eletrolítico, para permitir o manejo cirúrgico o mais rápido possível (LAM *et al.,* 2015).

Tal como acontece com outras complicações em idosos, uma queda pode resultar como consequência de uma doença subjacente, como sepse, causas cardíacas ou alterações na medicação. Intervenções multicomponentes projetadas para investigar e gerenciar as causas de quedas mostraram-se eficazes na redução de quedas subsequentes, internação hospitalar e declínio funcional em pacientes idosos (LEE & AFSHARI, 2017).

Intervenções de urgência e emergência

Há uma série de intervenções em evolução projetadas para atender às necessidades dos idosos no setor de urgência e emergência. Este é um papel em evolução para a geriatria no sistema hospitalar (CONROY *et al.,* 2014). Um modelo que está se tornando mais comum é o uso de leitos discretos no setor de urgência e emergência. Estes são voltados para pacientes mais velhos com uma equipe multidisciplinar especializada, incluindo geriatras que revisam pacientes com o objetivo de fornecer avaliação multidisciplinar abrangente imediata, levando à admissão direta ou à evasão de admissão (CONROY *et al.,* 2014; WRIGHT *et al.,* 2014). Alguns desses modelos demonstraram reduções no tempo de internação ou readmissão, embora ainda sejam poucos os ensaios clínicos randomizados. Um estudo controlado randomizado avaliou o impacto de uma avaliação de geriatra na unidade de internação médica. Isso não demonstrou melhorias significativas nos dias passados em casa (de preferência aos cuidados institucionais), mortalidade ou outros desfechos secundários.

Modelos de atenção multidisciplinares combinados com suporte de alta ou alternativas à admissão podem demonstrar impactos maiores no tempo de permanência e admissão em casa de repouso (WRIGHT *et al.,* 2014).

Em alguns países onde as economias de escala permitiram, os hospitais estabeleceram departamentos de urgência e emergência especializados. Esses são departamentos distintos projetados especificamente para idosos, com equipe especializada e ambientes voltados para avaliação adequada. O estabelecimento de centros especializados com departamentos de ur-

gência e emergência especificamente para pacientes idosos pode não ser possível em todos os ambientes. Isso pode depender da economia local de assistência médica; no entanto, eles podem permitir o desenvolvimento de mais pesquisas e conhecimentos que podem ser aplicados em outros contextos. Nos Estados Unidos, foram desenvolvidas diretrizes para o pronto-socorro geriátrico como uma colaboração entre as sociedades de medicina de emergência, enfermagem e geriatria. Diretrizes semelhantes também existem no Reino Unido. Os padrões acordados entre agências multiprofissionais permitirão a adoção das melhores práticas, independentemente do cenário (HOGAN *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Entende-se que o paciente idoso é de fato um paciente mais fragilizado que os demais, sendo assim, necessita de maior atenção principalmente no atendimento no pronto-socorro. Dessa forma, em casos de urgência e emergência, uma abordagem multidisciplinar mostra-se essencial ao atendimento do idoso, proporcionando uma melhor conduta e consequentemente uma melhor evolução do paciente.

Portanto, a atenção integral ao paciente idoso deve sempre ser avaliada de acordo com o quadro, quando o paciente chega ao pronto-socorro, e caso seja necessária, este processo deve sempre ser priorizado e realizado visando o maior bem-estar do paciente idoso, lançando mão de ferramentas que otimizem o processo de avaliação, como a avaliação de confusão mental e o índice de Barthel, apresentados no capitulo, que são indispensáveis para uma boa triagem do paciente e consequentemente em um melhor tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.A.S. *et al*. Elderly care in the emergency department: an integrative review. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 21, p. 243, 2018.

CARPENTER, C.R. *et al*. The Six-Item Screener and AD8 for the detection of cognitive impairment in geriatric emergency department patients. Annals of emergency medicine, v. 57, n. 6, p. 653, 2011.

CHONG, M.S. *et al*. Outcomes of an innovative model of acute delirium care: the Geriatric Monitoring Unit (GMU). Clinical interventions in aging, v. 9, p. 603, 2014.

CONROY, S.P. *et al*. Uma avaliação controlada da avaliação geriátrica abrangente no departamento de emergência: a 'Unidade de Fragilidade de Emergência'. Idade e envelhecimento, v. 43, n. 1, p. 109, 2014.

COOPER, R. *et al*. Níveis de capacidade física e mortalidade medidos objetivamente: revisão sistemática e meta-análise. BMJ, v. 341, 2010.

FECHINE, B.R.A. & TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. InterSciencePlace, v. 1, n. 20, 2012.

GANLEY, L. & GLOSTER, A.S. An overview of triage in the emergency department. Nursing Standard (through 2013), v. 26, n. 12, p. 49, 2011.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLCHIN, N. *et al*. Polypharmacy in the elderly. Journal of research in pharmacy practice, v. 4, n. 2, p. 85, 2015.

GONSAGA, R.A.T. *et al*. Padrão e necessidades de atendimento pré-hospitalar a idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, p. 19, 2015.

GUTHRIE, B. *et al*. A maré crescente de polifarmácia e interações medicamentosas potencialmente graves 1995-2010: análise transversal repetida de prescrições dispensadas em uma região. Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Primária à Saúde, v. 13, n. 45, p. 2E2, 2012.

HAN, J.H. *et al*. Delirium no departamento de emergência: um preditor independente de morte em 6 meses. Anais de medicina de emergência, v. 56, n. 3, p. 244. e1, 2010.

HOGAN, T.M. *et al*. Um perfil de cuidados agudos em uma América envelhecida: identificação e caracterização de amostras de bola de neve dos departamentos de emergência geriátrica dos Estados Unidos em 2013. Academic Emergency Medicine, v. 21, n. 3, p. 337, 2014.

JESUS, I.T.M. *et al*. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, p. 614, 2017.

KWAKKEL, G. *et al*. Diagnostic accuracy of the Barthel Index for measuring activities of daily living outcome after ischemic hemispheric stroke: does early poststroke timing of assessment matter?. Stroke, v. 42, n. 2, p. 342, 2011.

LAM, D. *et al*. Cataract. Nature reviews Disease primers, v. 1, n. 1, p. 1, 2015.

LEE, C.M.; AFSHARI, N.A. The global state of cataract blindness. Current opinion in ophthalmology, v. 28, n. 1, p. 98, 2017.

OLIVEIRA, P. *et al*. O Doente Idoso no Serviço de Urgência. Galicia clínica, v. 78, n. 1, p. 11, 2017.

SILVA, A.S. *et al*. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. Global Academic Nursing Journal, v. 2, n. Sup. 3, p. e188, 2021.

SILVA, E.C. *et al*. Classificação de risco de Idosos Atendidos em uma Unidade de Urgência e Emergência. Enciclopédia Biosfera, v. 13, n. 23, 2016.

WRIGHT, P.N. *et al*. O impacto de um novo sistema de prevenção de admissão de emergência para idosos na duração da estadia e altas no mesmo dia. Idade e envelhecimento, v. 43, n. 1, p. 116, 2014.