

Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso

Embracement with risk classification in the emergency department from the perspective of older adults

Acogida con clasificación de riesgo del servicio de emergencia desde la perspectiva de las personas ancianas



Ana Valéria Furquim Gonçalves^a
Carla Cristiane Kottwitz Bierhals^b
Lisiane Manganelli Girardi Paskulin^c

RESUMO

Objetivo: Avaliar as práticas de Acolhimento na Classificação de Risco do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva do idoso.

Métodos: Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, realizada com 30 idosos, por meio de entrevista semiestruturada, no período de julho a novembro de 2010. As informações foram analisadas por análise temática com apoio do *software* Nvivo.

Resultados: As respostas centraram-se no tempo de atendimento e no processo de trabalho. A prática do acolhimento com classificação de risco melhorou o processo de trabalho e destacou a atuação do enfermeiro de modo direto com o usuário.

Considerações finais: O atendimento de necessidades do idoso, o respeito ao tempo previsto pelo protocolo e o trabalho em rede interna e externa podem ser melhorados a fim de qualificar a atenção a esses usuários.

Palavras-chave: Acolhimento. Enfermagem geriátrica. Serviço hospitalar de emergência. Enfermagem. Idoso.

ABSTRACT

Objective: To assess practices of embracement at the patient intake area of the emergency department of Porto Alegre Clinicas Hospital from the perspective of the older adults.

Methods: Qualitative investigation using the case study approach with 30 older adults through semi-structured interview between July by November 2010. Data were assessed by thematic analysis with the Nvivo software suite.

Results: Responses focused on wait times and on the role of nurses in patient classification. User embracement practices enhanced the work process and highlighted the direct contact between nurses and users.

Conclusions: The care needs of the older adults, the respect for the assessment protocol intervals and work on internal and external network can be improved in order to qualify attention to these patients.

Keywords: User embracement. Geriatric nursing. Emergency service, hospital. Nursing. Aged.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las prácticas de acogida en la clasificación de riesgo del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas de Porto Alegre en perspectiva del anciano.

Métodos: Estudio de caso con un abordaje cualitativo realizado con 30 personas mayores a través de entrevista semiestruturada entre julio hasta noviembre 2010. Las informaciones fueron analizadas por el análisis temático con apoyo del *software* Nvivo.

Resultados: Las respuestas se centraron en el tiempo de atendimento y en el proceso de trabajo. La práctica de la acogida con clasificación de riesgo ha mejorado el proceso de trabajo y ha destacado la actuación del enfermero de modo directo con el usuario.

Conclusión: La atención a las necesidades de las personas ancianas, el respeto por el tiempo del protocolo y el trabajo en red interna y externa se pueden mejorar con la finalidad de calificar la atención a estos usuarios.

Palabras clave: Acogimiento. Enfermería geriátrica. Servicio de urgencia en hospital. Enfermería. Anciano.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.52422>

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, ocorreu um aumento significativo na utilização dos serviços de emergência (SEs). A procura inadequada por cuidados em saúde nesses serviços está atrelada a diversos fatores, como a relação desproporcional entre oferta e demanda de serviços, a falta de integração no sistema de saúde, a baixa responsabilidade e qualidade assistencial dos serviços que compõem a rede de cuidado, entre outros⁽¹⁾.

Frente a essas adversidades, concepções sobre acolhimento e classificação de risco vêm sendo discutidas e implementadas nas emergências brasileiras à luz dos referenciais da Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política enfatiza a necessidade de assegurar atenção integral e de ampliar estratégias que garantam os direitos e a cidadania da população brasileira visando à reorganização dos processos de trabalho e modificações nas relações sociais entre usuários, trabalhadores e gestores, em sua experiência cotidiana nos serviços de saúde. Um dos dispositivos propostos pela PNH é o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)⁽²⁾.

O AACR refere-se ao modo de operar os processos de trabalho nos SEs, orientando a um bom relacionamento entre todos que participam do cuidado ao usuário. Deve ser desenvolvido por meio de uma postura ética, compartilhando saberes, e de uma comunicação adequada entre os envolvidos. O acolhimento nestes serviços deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares e comprometidas com as respostas às necessidades dos sujeitos⁽³⁾.

No SE no qual o presente estudo foi desenvolvido tem-se observado o crescimento da procura pelo acolhimento por pessoas idosas. De acordo com dados do Sistema de Informações Gerenciais desta instituição, identificou-se que, de um modo geral, a taxa de utilização do SE por idosos vem aumentando, o que é esperado em decorrência da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira. O número de internações neste serviço dobrou entre 2006 e 2013, enquanto que o número de internações de pessoas com 60 anos ou mais triplicou neste mesmo período. Já está descrito na literatura que, quando comparados a outros grupos etários, os idosos apresentam maior consumo dos serviços de saúde, maiores taxas de internações e de permanência hospitalar⁽⁴⁾.

Com o crescimento da população idosa, políticas específicas como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa vêm sendo formuladas para garantir os direitos deste grupo etário e a atenção de suas necessidades⁽⁵⁾. Essas políticas priorizam a integralidade de atenção, manutenção de direitos dos indivíduos e um trabalho em rede e multidisciplinar, indo ao encontro dos princípios do sistema de

saúde brasileiro e da PNH^(2,5). Desse modo, evidencia-se a relevância de avaliar as práticas direcionadas a esse grupo populacional no cotidiano dos serviços.

No âmbito internacional, os estudos sobre usuários idosos dos SEs focam-se sobre os padrões de uso desses serviços e sobre a efetividade do atendimento, entretanto o contexto de inserção dos mesmos na rede de cuidados é diverso da realidade brasileira⁽⁶⁻⁸⁾. No contexto nacional, identificam-se estudos que versam sobre o acolhimento na percepção dos usuários em geral e dos profissionais. Há, ainda, investigações referentes à avaliação da assistência nos serviços de emergência⁽⁹⁻¹⁰⁾. Contudo, em revisão de literatura nas bases de dados PubMed e Scielo, utilizando os descritores acolhimento, enfermagem geriátrica, serviço hospitalar de emergência, enfermagem e idoso, não foram identificados estudos nacionais referentes às práticas avaliativas de acolhimento e classificação de risco no SE na perspectiva da pessoa idosa.

Pesquisar esse tema configura-se um desafio diante dos inúmeros aspectos a serem superados no atendimento do SE, tais como a superlotação, a fragmentação do trabalho, e considerando-se ainda o atendimento específico aos idosos no que tange à sua heterogeneidade e especificidade. Assim sendo, tem-se como questão de pesquisa do estudo: Qual a avaliação dos idosos sobre as práticas de AACR do SE de um hospital universitário?

A avaliação de práticas de humanização na perspectiva de uma política de saúde pressupõe avaliar processos em desenvolvimento e analisar resultados. Para tanto, é necessária uma interação entre os coletivos envolvidos nos processos ligados à atenção e à gestão e avaliação do impacto destas práticas na saúde e na qualidade de vida da população⁽¹¹⁾. Nesse cenário, se faz necessário reconhecer e valorizar a dimensão dos sujeitos envolvidos, em especial os usuários, uma vez que suas experiências e percepções implicam em transformação das práticas em saúde.

Esta investigação visa contribuir para a organização da rede de saúde e gestão hospitalar, fornecendo subsídios quanto à implantação de políticas públicas de saúde e sua contextualização no cotidiano das práticas assistenciais. Pretende, ainda, oportunizar uma reflexão referente à qualificação do processo assistencial à pessoa idosa, tendo como desafio aliar competências técnicas e práticas de humanização para atender às suas necessidades.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi avaliar as práticas de AACR do SE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) na perspectiva do idoso.

■ MÉTODOS

Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, desenvolvida no SE do HCPA. O método empregado visa contribuir,

entre outros, com o conhecimento dos fenômenos organizacionais, preservando as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real⁽¹²⁾.

O HCPA é uma instituição pública, geral, universitária e vinculada ao Ministério da Educação e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dispõe de 749 leitos, atendendo alta e média complexidade e sendo referência para todo o Estado do Rio Grande do Sul e outros estados da Região Sul. O SE possui 49 leitos adultos e nove pediátricos, com atendimento nas áreas clínica, cirúrgica, ginecológica e pediátrica. Na ocasião da realização do estudo, o SE estava estruturado nas seguintes áreas para atendimento dos usuários não pediátricos: AACR, Sala de Internação Breve (para atendimento de usuários de risco intermediário), Unidade de Internação (para atendimento de usuários de alto risco) e Unidade Vascular (para atendimento de usuários graves). Na área destinada ao AACR, o usuário é atendido por um enfermeiro e, após a classificação, o mesmo aguarda atendimento médico.

No período da coleta de dados, o SE utilizava um Protocolo de Avaliação com Classificação de Risco adaptado do modelo canadense de triagem⁽¹³⁾ e possuía cores para parâmetros de gravidade e atendimento: roxo (para atendimento imediato); vermelho, alto risco (atendimento em até 10 min.); amarelo, risco intermediário (atendimento em até 1 hora); verde, baixo risco (atendimento em até 4 horas). O protocolo é aplicado por enfermeiro e os sinais vitais dos pacientes são verificados por um técnico de enfermagem.

O estudo foi realizado com uma amostra intencional de 30 pessoas idosas que atenderam aos critérios de inclusão: ter recebido alta hospitalar do SE do HCPA para o domicílio ou para uma unidade de internação da instituição e permanecer pelo menos 24 horas no SE. A amostra foi considerada apropriada para coleta de informações em pesquisas qualitativas⁽¹⁴⁾. Optou-se por entrevistar 10 idosos classificados como graves, 10 de alto risco e 10 de risco intermediário com o intuito de obter informações dos sujeitos atendidos em todos os setores do SE.

Foram excluídos os idosos que não apresentavam condições de responder à entrevista durante o período de coleta das informações; que evoluíram ao óbito após internação no SE do HCPA; usuários com alta hospitalar para o domicílio que residiam fora da cidade de Porto Alegre ou transferidos ao Centro de Tratamento Intensivo; usuários classificados como de baixo risco, por permanecerem um tempo inferior a 24 horas no SE; e idosos institucionalizados cujo responsável era um profissional da instituição de longa permanência.

Os participantes responderam a uma entrevista semiestruturada elaborada para a presente investigação. O roteiro foi composto por questões que versavam sobre o motivo pelo qual o idoso buscou atendimento no SE, como foi atendido na chegada ao serviço e avaliação do

acolhimento. Anteriormente ao período de coleta das informações, um estudo piloto foi realizado com dois idosos para verificar a compreensão das questões formuladas, não tendo sido identificadas dificuldades. Destaca-se que esses dois sujeitos não integraram a amostra final e não houve modificações nas questões propostas pelos pesquisadores para a entrevista semiestruturada.

As entrevistas foram agendadas por telefone pela primeira pesquisadora após a alta dos idosos do SE e realizadas no período de julho a novembro de 2010. Dados nos prontuários dos sujeitos foram coletados previamente à entrevista, como idade, sexo, procedência, classificação de risco e setor de permanência no SE. Esses dados forneceram subsídios à composição das entrevistas e análise das informações recebidas. Para identificar os idosos atendidos no SE, diariamente, a primeira autora do artigo buscava uma listagem no sistema informatizado de internações no serviço. A partir dessa listagem, os sujeitos foram selecionados por ordem de ocorrência e os classificados como graves, de alto risco e risco intermediário que tiveram alta do SE para unidade de internação ou para o domicílio foram convidados a participar do estudo.

Das 30 entrevistas, 20 foram realizadas numa unidade de internação do hospital em estudo e 10, nos domicílios dos idosos. A opção por realizar as entrevistas nestes locais justificou-se pela falta de privacidade no SE e para que constrangimentos fossem evitados quanto às respostas dos sujeitos. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela primeira autora e tiveram duração média de 28 minutos. Houve a necessidade de realizar duas entrevistas com apenas um dos entrevistados, em função do tempo disponibilizado pelo paciente para atender a entrevistadora e a necessidade de dar continuidade à entrevista.

Durante a entrevista, a fim de auxiliar na compreensão dos participantes do estudo quanto ao local de atendimento, foram mostradas aos idosos fotos do setor de AACR. Nas entrevistas, por opção dos idosos, 22 estavam acompanhados por um cuidador familiar. Ressalta-se que o cuidador não respondeu a entrevista pelo idoso.

As informações foram analisadas por meio da análise temática de Minayo, constituída de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados⁽¹⁵⁾. A organização das informações e elaboração das categorias tiveram o apoio do *software Qualitative Solutions Research Nvivo (QSR Nvivo) 2.0*. A exploração do material e tratamento dos resultados foram realizados pela primeira e última autora individualmente. Após, as autoras compararam os resultados obtidos e realizaram consenso.

O projeto foi apresentado ao SE antes de sua execução. A seguir, foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (nº 100087) e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pesquisadores assinaram um

termo para utilização de dados da instituição. O desenvolvimento do trabalho atendeu as normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos⁽¹⁶⁾. O anonimato dos participantes foi garantido, sendo identificados como Idoso 1, Idoso 2, e assim sucessivamente. Este estudo foi extraído de uma dissertação de mestrado intitulada “Avaliação do Acolhimento no SE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva da pessoa idosa”⁽¹⁷⁾.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 30 entrevistados, 18 eram homens, com idade entre 60 e 89 anos. Quanto à procedência, eram 17 de Porto Alegre, 11 da região metropolitana e dois do interior do estado. O vínculo já existente com o hospital foi o motivo mais frequente citado pelos idosos quanto à procura por atendimento no SE.

A partir da análise das avaliações dos idosos sobre a AACR elaboraram-se as categorias: tempo de atendimento e processo de trabalho. Ressalta-se que as narrativas foram agrupadas conforme a classificação de risco dos idosos (*graves*, *alto risco* e *risco intermediário*), tendo em vista os diferentes processos de cuidado para cada setor de permanência no SE.

Os resultados deste estudo explicitam a avaliação de uma ação de humanização na perspectiva do usuário. Tal ação constituiu-se eixo central do processo avaliativo, uma vez que, habitualmente, o sujeito é excluído no processo de formulação, pactuação e execução das ações em saúde⁽¹¹⁾.

Avaliação do tempo de atendimento

Quanto à avaliação do intervalo de tempo entre o acolhimento e o atendimento médico, verificou-se que grande parte dos idosos classificados como *graves* receberam assistência imediata de acordo com o protocolo da instituição em estudo, como identificado no depoimento a seguir. Essa prática permite um fluxo adequado às demandas em termos de priorização em razão da gravidade, facilita o fluxo no serviço e proporciona o cuidado com maior qualidade e segurança⁽¹⁸⁾.

Essa última vez foi muito rápido. Cheguei e já me levaram lá pra dentro, viram meu coração, fiz nebulização. Era muita falta de ar [...] (Idoso 13)

Dentre os idosos classificados como de *alto risco*, cinco informaram terem sido atendidos entre 10 e 15 minutos:

Foi muito rápido. Quando eu cheguei estava mal, com uma dor horrível na barriga [...] fui atendido logo em seguida que cheguei. Como eu tava mal, não lembro ao certo, mas não demorou 15 minutos. (Idoso 1)

Os demais aguardaram atendimento médico em tempos que variaram de 15 minutos a 2 horas. Outra investigação que avalia a organização do trabalho no atendimento aos usuários num SE da região Nordeste também descreve situações em que o tempo preconizado para atendimento após a classificação de risco não foi respeitado⁽¹⁹⁾.

Essa parte demora [...] nesse dia cheguei não era meio-dia, era passado das duas da tarde quando chegou a minha vez, ela [a enfermeira] me disse: “O senhor vai ser mais rápido porque tá com febre, senão ia ser só de noite”. (Idoso 25)

Os idosos classificados como de *risco intermediário* mencionaram que aguardaram em torno de três horas para receber atendimento médico, mas compreendiam que o tempo de espera estava relacionado à gravidade do problema de saúde. Alguns relataram preferir aguardar atendimento a ir para outra instituição, pois já estavam acostumados a esta realidade e confiavam no serviço. Outros afirmaram que não havia jeito senão aguardar.

Demora bastante. Já fiquei até cinco horas esperando pra ser atendido. Se a pessoa chega meio mal, aí é bem rápido. Eles já levam lá pra dentro e o negócio funciona. Mas, graças a Deus, não é o meu caso. Então eu tenho que esperar a minha vez [...] Mas fazer o quê? A gente precisa esperar, tem que ter paciência. (Idoso 2)

Venho aqui desde o tempo que quem fazia a triagem era o guarda. Hoje, muita coisa mudou. Agora é a enfermeira. Quando o caso é grave, é na mesma hora. Quando não é, a gente tem que entender que demora um pouco. Dessa última vez que eu vim, demorou uma hora. Não demorou muito. (Idoso 17)

Destacaram ainda que durante a espera prolongada deveriam ter suas necessidades básicas atendidas, como alimentação e alívio da dor, e ter direito a um acompanhante:

Demorou três horas para eu ser atendida pelo médico. A enfermeira disse para a minha filha que ia demorar. Estava com dor, com fome e cansada, mas tive que esperar. (Idoso 8)

Deveriam deixar ficar com os familiares [...] (Idoso 4)

Por um lado, os idosos pareceram compreender e aceitar que o atendimento ocorresse conforme a gravidade. Como a maioria dos idosos entrevistados já possuía vínculo com o serviço, parece que vinham acompanhando as modificações no processo de trabalho no AACR no SE e valorizavam a assistência prestada. Esses aspectos podem

justificar a paciência e a conformidade em relação ao tempo de espera, como identificado nos depoimentos.

Por outro lado, alguns criticaram esta demora e identificaram necessidades não atendidas, como dor e dificuldade para alimentação. Sabe-se que o número de usuários que utilizam o serviço é superior à capacidade de atendimento, impactando diretamente no tempo de atendimento, na qualidade do cuidado prestado e na realização do AACR^(1,8-9).

Observou-se que o paciente *grave* foi atendido imediatamente e que o AACR supera a prática até então utilizada nas emergências, baseada na ordem de chegada dos usuários, propiciando uma assistência mais resolutiva quanto à lógica clínica. A dificuldade apontada é a demora no atendimento dos demais pacientes. É necessário considerar as características dos idosos, que, em sua maioria, possuem múltiplas comorbidades e dependências e, conseqüentemente, apresentam menor condição física para aguardar consulta médica por um tempo prolongado.

Estudos internacionais têm demonstrado que os ambientes dos SEs são desafiadores para este grupo etário, sendo imprescindíveis a atenção especializada e o apoio às necessidades psicossociais. Sugerem a qualificação da atenção pré-hospitalar, a elaboração de protocolos de avaliação dos idosos, e a criação de SEs específicos para atenção a estes ou que desenvolvam estratégias de atenção amigas do idoso⁽⁶⁻⁷⁾.

Ainda em relação aos cuidados às necessidades dos usuários que aguardam atendimento médico salienta-se a necessidade de avaliar e tratar a queixa de dor. Com o avanço da idade, as queixas de dor tendem a aumentar e se intensificar devido às diversas doenças que acometem essa população, sendo fundamental o reconhecimento pelos profissionais de saúde, bem como sua avaliação⁽²⁰⁾. Nesse âmbito, uma ação já implementada no serviço refere-se ao protocolo institucional que prevê a medicação dos usuários que aguardam consulta médica. A partir disso, os enfermeiros necessitam estar sensíveis às queixas de dor desses usuários e aplicar o protocolo.

Destacam-se, também, as questões referentes às necessidades não atendidas em relação à alimentação durante o tempo de espera para atendimento médico. Fica evidente a valorização, muitas vezes, por parte dos profissionais, em atender a queixa principal e classificar a gravidade. Nesse sentido, a enfermagem ainda apresenta um entendimento fragmentado do seu processo de trabalho, desviando-se do seu foco, que é o desenvolvimento de vínculo com o usuário e o atendimento de suas necessidades⁽²¹⁾. As relações produzidas entre os trabalhadores e os usuários têm acontecido de forma mecânica e superficial, resumindo-se à produção de intervenções, e vêm funcionando em uma lógica de "tocar o serviço", constituindo-se uma relação em que não há envolvimento e comprometimento com o trabalho.

Avaliação do processo de trabalho

Nesta categoria, foram citados aspectos positivos e negativos do processo de trabalho. Houve destaque para o sistema de classificação de risco, o qual foi avaliado de forma positiva pelos idosos classificados como *graves*, pois a maior parte teve seu tratamento instituído rapidamente.

Aqui no hospital tem um sistema muito bom. Se a pessoa tá ruim, ela não fica esperando muito tempo, as enfermeiras já te olham e já sabem. Elas agilizam. (Idoso 20)

A coleta de informações e o conhecimento técnico do enfermeiro no processo de trabalho foram valorizados pelos idosos classificados como de *alto risco e risco intermediário*. Também foram mencionados positivamente a orientação recebida quanto ao processo de atendimento, espera para consulta e esclarecimentos referentes às agendas de consultas médicas:

Tu chega, conversa com a enfermeira, elas te examinam, depois tu fica esperando pra consultar. A enfermeira me disse: "O médico já vai lhe atender! É só esperar [...]". Eu falei que tava vomitando sangue e ela disse: "Se a senhora se sentir mal, me avise! Se vomitar no banheiro, me chama que quero ver, tá certo?". E eu respondi que sim. (Idoso 23)

Foi bom o atendimento naquela parte da frente que elas perguntam um monte de coisas. Elas dizem o horário que o médico vai atender. Foi bem bom, não tenho queixa não. (Idoso 14)

A atuação do enfermeiro no AACR apresenta-se como uma das principais estratégias para que o atendimento com qualidade seja oferecido e as estratégias de trabalho estão relacionadas às ações de humanização dos cuidados⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado em hospital de Londrina, com enfermeiros que passaram a realizar o AACR, identificou que consideravam que este processo de trabalho trouxe repercussões a profissionais e usuários. Na perspectiva profissional, destacaram que o enfermeiro avalia o usuário, conhece melhor as pessoas que estão aguardando atendimento, participa ativamente da assistência direta ao paciente e toma decisões. Na perspectiva do usuário, a investigação aponta a possibilidade de um atendimento humanizado e resolutivo, assistindo cada pessoa de acordo com o seu grau de necessidade⁽²²⁾.

Nos serviços de emergência, o conhecimento clínico é de suma importância, uma vez que permite a identificação dos sinais e sintomas das doenças que demandam atendimento e intervenção imediata. No entanto, a atuação do enfermeiro deve contemplar, também, a valorização da diversidade dos

indivíduos, entendendo que o cuidado resulta do elo de interação estabelecido entre profissionais e usuários⁽²¹⁻²²⁾.

Quanto às avaliações negativas, verificou-se que os idosos classificados como *graves* não referiram situações negativas. Alguns idosos classificados como de *alto risco* seguiram avaliando negativamente o acolhimento em função do tempo de espera prolongado para atendimento médico. Os usuários classificados como de *risco intermediário* apontaram três aspectos negativos: (1) a insatisfação pela curta duração da consulta médica, não propiciando uma escuta qualificada e prejudicando a sequência do atendimento; (2) a desorganização do serviço e falta de orientação na classificação de risco, ocasionando dificuldade em compreender a continuidade do seu atendimento no serviço; (3) a desorganização do próprio sistema de saúde, no que se refere à demora da internação hospitalar e quanto à regulação de leitos para usuários procedentes de outros municípios.

Fiquei apavorado! Cheguei e a enfermeira [técnica de enfermagem] tirou a minha pressão. Depois a doutora [enfermeira] fez umas perguntas. Quando vi, já tava na multidão. Daqui a pouco me chamaram [na classificação de risco] perguntando o que eu tava fazendo lá dentro, tinha de esperar, aguardar. Como elas dizem, sentado na cadeira. Aí eu já não entendia mais nada. Já não sabia onde ficar, depois a doutora [enfermeira] me explicou. (Idoso 5)

Foi um pouco complicado quando a gente veio. O guarda não queria deixar nós entrar. Diziam: "Tu veio de [nome da cidade]?" Queriam saber por quê. Eu sei que tiveram que chamar uma chefe pra eu poder entrar. Ela explicou que o hospital [nome do hospital da cidade] não podia ter mandado internar aqui. Lá não tinha leito. Mas a gente faz o que? O doutor disse, ele disse que tinha falado com o doutor daqui que cuidaria do meu caso. (Idoso 16)

A partir dos resultados, acredita-se que as práticas que podem ser melhoradas referem-se à avaliação de alguns idosos quanto à necessidade de que as orientações feitas pelo enfermeiro ocorram de forma mais clara e objetiva. Percebe-se pelos relatos que estas orientações foram realizadas em alguns momentos, mas não por todos os profissionais que ali atuavam, como na situação em que o usuário relata ter-se "perdido na multidão".

O AACR, além de ser uma ferramenta que objetiva organizar a demanda, visa também informar àqueles que não possuem risco imediato e aos seus familiares o tempo de espera e orientações necessárias referentes ao processo de trabalho⁽¹⁾. A necessidade de melhorar as informações no AACR referentes ao fluxo de atendimento também foi

identificada em estudo que avalia o acolhimento na percepção de usuários em geral⁽²⁰⁾.

Salienta-se, ainda, que o idoso pode apresentar dificuldades auditivas e cognitivas para processar as informações recebidas⁽⁶⁾, havendo a necessidade de esclarecimento quanto ao processo de trabalho dos diversos profissionais que ali atuam, dos diferentes setores do SE e o tempo e local adequados de atendimento. Outro aspecto a ser considerado é que os idosos deveriam estar acompanhados no momento da classificação de risco, para qualificar a coleta de informações pelo enfermeiro, bem como possibilitar uma melhor compreensão por parte do usuário e sua família sobre o atendimento e outras orientações que se fizerem necessárias.

Em síntese, verifica-se que os estudos que identificaram as práticas avaliativas do AACR, semelhantemente à presente investigação, encontraram que este método permite uma organização do trabalho, agilidade no atendimento, escuta qualificada, maior resolutividade dos problemas de saúde, e ampliação do vínculo com o usuário^(6,9). Além disso, no presente estudo foram identificados aspectos específicos no atendimento aos idosos, como o impacto do tempo de espera prolongado, a necessidade de orientações de acordo com seus aspectos cognitivos e físicos, e de permanência constante de acompanhante.

É importante considerar que a implantação de protocolos de AACR por si só não garante uma melhoria do atendimento. Essa tecnologia responde por uma parte do cuidado. É necessária ainda a pactuação das redes internas e externas para a viabilização do processo e estabelecimento de fluxos claros de atendimento. O SE relaciona-se diretamente com as demais unidades do hospital, visto que, se o período de internação é maior, o *turn-over* de pacientes é menor e o tempo de permanência na emergência será maior. Uma resposta mais ou menos rápida dos setores como laboratório e de imagens também tem relação direta com a resolutividade destes serviços.

Para a equipe de enfermagem, os resultados indicaram possíveis intervenções direcionadas à reorganização do processo de trabalho e à qualificação assistencial baseadas nas expectativas e demandas apontadas pelos idosos. Para tanto, é importante a realização do acolhimento não somente no AACR dos SEs, mas, também, em todas as áreas de atenção desses serviços.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos idosos quanto ao AACR centrou-se no tempo de atendimento e no processo de trabalho. Em relação ao tempo, o mesmo foi considerado adequado pelos usuários de maior gravidade. Entretanto, alguns usuários de menor gravidade apontaram como aspecto negativo a

demora para a assistência médica. Destacaram ainda que durante a espera prolongada deveriam ter suas necessidades básicas atendidas e terem direito a um acompanhante.

Referente ao processo de trabalho, a maioria dos idosos avaliou positivamente o AACR, destacando a agilidade da equipe de enfermagem e o aspecto técnico da atuação do enfermeiro. Contudo, evidenciou-se a necessidade de qualificar a orientação aos usuários sobre o fluxo de atendimento, aprimorar a escuta em outros setores do serviço, melhorar a estruturação do SE e a organização do sistema de saúde.

Os achados da presente investigação possibilitam repensar ações na educação, gestão e assistência visando qualificar o acolhimento ao idoso no SE. Sugere-se revisar e implementar estratégias de organização dos fluxos de atendimento, desenvolver capacitações para as equipes, bem como ampliar o trabalho em rede entre unidades de pronto atendimento, unidades básicas de saúde e outros serviços locais.

As limitações do estudo relacionam-se ao fato que os idosos classificados como de baixo risco não fizeram parte da investigação. Normalmente esses usuários permanecem menos de 24 horas no setor e, talvez, outros aspectos referentes à avaliação do acolhimento fossem pontuados. Propõem-se a realização de novos estudos contemplando esses usuários e avaliando o acolhimento em outros setores do SE.

■ REFERÊNCIAS

1. Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2010 [citado 2012 dez 10];12(4):736-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde [Internet]. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 2012 jan 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS: cartilha da PNH [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado 2012 jan 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf
4. Berlezi EM, Eickhoff HM, Oliveira KR, Dallepiane LB, Perlini NMOG, Mafalda A, et al. Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):368-75.
5. Ministério da Saúde (BR). Lei 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília (DF): Presidência da Re-

pública; 2006 [citado 2012 jan 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt252_19_10_2006.html

6. Parke B, Beath A, Slater L, Clarke AM. Contextual factors influencing success or failure of emergency department interventions for cognitively impaired older people: a scoping and integrative review. *J Adv Nurs*. 2011;67(7):1426-48.
7. Shapiro SE, Clevenger CK, Evans DD. Enhancing care of older adults in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J*. 2012;34(3):197-203.
8. Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. *Age Ageing*. 2013;43(1):109-14.
9. Nascimento RP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncillo KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):84-8.
10. Falk MRL, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 2010;13(1):4-9.
11. Mitre SM, Andrade ELG, Cotta RMM. Avanços de desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(8):2071-85.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
13. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *Can J Emerg Med*. 2008;10(2):136-42.
14. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 1996 out 16;134(201 Seção 1):21082-5.
17. Gonçalves AVF. Avaliação do acolhimento no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva da pessoa idosa [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
18. Belluci-Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):217-25.
19. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(1):31-7.
20. Dellarozza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrao ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública*. 2013;29(2):325-34.
21. Zanelatto DM, Dal Pai D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de saúde. *Ciênc Cuid Saude*. 2010;9(2):358-65.
22. Godoy FSF. Organização do trabalho em uma unidade de emergência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2010.

■ Endereço do autor:

Ana Valéria Furquim Gonçalves
Rua da Guarda, 62, São João Batista
94460-360 Viamão – RS
E-mail: avgoncalves@hcpa.edu.br

Recebido: 16.12.2014

Aprovado: 30.06.2015