

Avaliação da dinâmica do cuidado ao idoso em unidade de pronto atendimento

Evaluation of elderly care dynamics in an emergency care unit

Evaluación de la dinámica del cuidado al anciano en unidad de pronta atención

Leidyani Karina Rissardo^I

ORCID: 0000-0001-9498-0959

Luciane Prado Kantorski^{II}

ORCID: 0000-0001-9726-3162

Lígia Carreira^I

ORCID: 0000-0003-3891-4222

^IUniversidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

^{II}Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Rissardo LK, Kantorski LP, Carreira L. Evaluation of elderly care dynamics in an emergency care unit. Rev Bras Enferm. 2019;0(Suppl 2):161-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0401>

Autor Correspondente:

Leidyani Karina Rissardo
E-mail: ka_rissardo@hotmail.com

Submissão: 05-06-2018

Aprovação: 09-08-2018

RESUMO

Objetivo: apreender a dinâmica assistencial do cuidado ao idoso inserido em um serviço de pronto atendimento. **Método:** pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, apoiada no referencial teórico-metodológico da avaliação de quarta geração. A coleta de dados aconteceu entre fevereiro e setembro de 2017, por meio de 460 horas de observação participante, entrevistas com 33 atores sociais dentre profissionais de saúde, idosos e familiares de idosos de uma Unidade de Pronto Atendimento de um município do noroeste do Paraná, além de reuniões de negociação com os participantes. **Resultados:** a avaliação permitiu evidenciar que a dinâmica assistencial tem implicação, principalmente, das ações da enfermagem que necessitam articular práticas de cuidado que considerem a prioridade, a fragilidade, a autonomia, a independência e o contexto familiar do idoso. **Considerações finais:** avaliar o funcionamento da unidade contribui para a melhoria do cuidado ao idoso nos serviços de urgência e emergência.

Descritores: Avaliação em Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Qualidade da Assistência à Saúde; Serviços de Saúde para Idosos; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: understand elderly care dynamics of an emergency care unit. **Method:** this is a case study evaluation, using a qualitative approach and the theoretical-methodological reference of a fourth generation evaluation. Data collection was conducted between February and September 2017, through 460 hours of participant observation, interviews with 33 social actors among health professionals, elderly people and their relatives of an emergency care unit located in a municipality in the northwest of Paraná, as well as negotiation meetings with participants. **Results:** the evaluation showed the elderly care dynamics is mainly influenced by nursing actions that articulate care practices based on priority, frailty, autonomy, independence and family context of the elderly patients. **Final considerations:** an evaluation of how the emergency care unit operates helps improve elderly care in urgent and emergency services.

Descriptors: Health Care Evaluation; Medical Emergency Services; Health Care Quality; Elderly Health Services; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar la dinámica asistencial del cuidado al anciano en un servicio de pronta atención. **Método:** investigación evaluativa con abordaje cualitativo, de tipo estudio de caso, con base en el marco teórico-metodológico de la evaluación de cuarta generación. La recolección de datos ocurrió entre febrero y septiembre de 2017, por medio de 460 horas de observación participante, con entrevistas con 33 actores sociales entre profesionales de salud, ancianos y familiares de ancianos de una Unidad de Pronta Atención de un municipio del noroeste de Paraná (Brasil), además de reuniones con los participantes. **Resultados:** la evaluación permitió identificar que la dinámica asistencial de las prácticas de enfermería necesita la articulación de prácticas de cuidado que consideren la prioridad, la fragilidad, la autonomía, la independencia y el contexto familiar del anciano. **Consideraciones finales:** evaluar el funcionamiento de la unidad contribuye a mejorar el cuidado al anciano en los servicios de urgencia y emergencia.

Descriptorios: Evaluación en Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Calidad de la Atención de Salud; Servicios de Salud para Ancianos; Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população está impactando e trazendo mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da sociedade, com demandas que requerem respostas das políticas de saúde, implicando novas formas de cuidado, em especial aos serviços de urgência e emergência⁽¹⁾.

Estudos internacionais têm identificado que 12 a 29% dos usuários de unidades de urgência e emergência são idosos⁽²⁻³⁾, percentual que no âmbito nacional atinge cerca 43% do total dos atendimentos⁽⁴⁾. Considerando que a velhice é acompanhada pelo elevado número de condições crônicas e a frequente agudização destas condições aumentam a procura aos serviços de urgência e emergência⁽⁵⁾, faz-se necessário que tais unidades se apropriem de uma assistência condizente com as peculiaridades da atual demanda populacional⁽²⁾.

Os idosos possuem necessidades específicas advindas das características clínico-funcionais e sócio familiares peculiares ao processo de envelhecimento⁽¹⁾, que se revelam aos serviços de saúde no maior tempo de hospitalização, elevada frequência de reinternações, recuperação mais lenta e, muitas vezes, invalidez que resulta em aumento de custos para o tratamento e cuidados diferenciados para esta clientela⁽⁶⁾. A funcionalidade dos serviços de emergência, portanto, deve estar permeada por articulações que abarcam as necessidades específicas desse grupo populacional⁽⁷⁾.

Sabe-se que os serviços de urgência e emergência vêm sofrendo alterações e avanços ao longo dos anos. Uma das mais recentes inovações foi a criação das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h), que foram implantadas em 2008, a partir da reestruturação do atendimento às urgências e emergências consolidada pela Política Nacional de Atenção às Urgências⁽⁸⁾.

Essas unidades configuram-se como estabelecimentos de saúde não-hospitalares, de complexidade intermediária, que visam estabelecer a relação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF) com a rede hospitalar⁽⁸⁾. Pelo fato de seu processo de implantação e regulamentação serem recentes no país, há carência de investigações científicas sobre sua dinâmica assistencial, o que desperta a necessidade de estudar esse novo cenário de cuidado⁽⁵⁾.

Diante de tais fatores, associado ao rápido envelhecimento da população e à importância da assistência à saúde para esta clientela, questiona-se: como os profissionais, idosos e familiares avaliam a dinâmica assistencial do cuidado ao idoso em uma UPA 24h? Estudos de cunho avaliativo, principalmente na perspectiva participativa, possibilitam responder a lacuna científica sobre o tema, contribuindo para a construção de ações que promovam a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional.

OBJETIVO

Apreender a dinâmica assistencial do cuidado ao idoso inserido em um serviço de pronto atendimento.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido após a aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade

Estadual de Maringá. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Com o intuito de assegurar o anonimato dos atores sociais, os extratos/excertos dos depoimentos foram identificados pela sequência dos respondentes nas entrevistas, seguido pela letra P (profissional), I (idoso) e F (familiar) e uma breve caracterização da profissão, e grau de parentesco entre familiar e idoso.

Referencial teórico-metodológico

Utilizou-se como referencial teórico-metodológico a avaliação de quarta geração, que propõe uma avaliação construtivista e responsiva, pautada na abordagem hermenêutica-dialética. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo; dialético porque propõe o debate das opiniões acerca do objeto em avaliação; construtivista porque possibilita a (re)interpretação dos fatos, e, por fim, responsiva porque abarca aspectos importantes para a avaliação: as Reivindicações, Preocupações e Questões (RPQ) dos grupos de interesse (*stakeholder*) para o processo avaliativo⁽⁹⁾.

Tipo de estudo

O estudo é qualitativo, avaliativo, do tipo estudo de caso. A utilização do estudo de caso na pesquisa de avaliação de quarta geração acontece pela sua potencialidade em descrever o contexto real do objeto a ser avaliado, além da capacidade que este tipo de estudo possui em explorar contextos específicos, uma vez que permite identificar a realidade em estudo e sua correlação com a teoria e a prática concreta dos serviços e programas avaliados⁽⁹⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O local do estudo foi uma UPA 24h de um município do noroeste do Paraná, caracterizada como porte II pelo Ministério da Saúde. De acordo com os registros internos, essa unidade possui atendimento médio de 400 indivíduos/dia, sendo que destes, 22% são idosos.

Coleta e organização dos dados

Fizeram parte da pesquisa três grupos de interesse: um composto por 13 profissionais de saúde, outro por 12 idosos e o último por oito familiares de idosos, totalizando 33 atores sociais. Como critérios de inclusão dos profissionais, estabeleceram-se atuar no serviço há mais de seis meses e prestar cuidados diretos à pessoa idosa. Já os critérios do idosos foram: aqueles que utilizaram os serviços da UPA 24h pelo menos uma vez nos últimos quatro meses, e que estivessem com estado cognitivo preservado, avaliado por meio da aplicação do teste Minixame do Estado Mental (MEEM). Os familiares inclusos foram aqueles elencados como cuidador principal do idoso que o acompanhou durante a utilização do serviço da UPA 24h.

O processo de avaliação de quarta geração aconteceu de fevereiro a setembro de 2017, e os procedimentos práticos adotados seguiram as etapas: *Contato com o campo* (apresentação da proposta para direção da unidade), *Organização da avaliação*

(observação participante), *Identificação dos grupos de interesse* (profissionais, idosos e familiares), *Desenvolvimento das construções conjuntas* (aplicação do círculo hermenêutico dialético), *Ampliação das construções conjuntas* (inserção de novas informações no círculo), *Agenda de negociação* (organização das construções de cada grupo e pactuação sobre dia, local e horário para o momento da negociação), *Execução da negociação* (encontro com cada grupo de interesse para validação das informações e verificação de consensos); e, por fim, *Construção dos resultados finais do processo avaliativo* (definição dos eixos temáticos, de acordo com os excertos/depoimentos qualificados após negociação)⁽⁹⁾.

A reunião de contato com o campo foi realizada em fevereiro de 2017. Em seguida, no mês de março, iniciou a observação participante, totalizando 460 horas em campo. A observação aconteceu nos três turnos de trabalho e, inicialmente, obteve um panorama geral de todos os atendimentos, independentemente da idade do usuário (15 dias com 120 horas). Neste momento, observou a infraestrutura da instituição, fluxograma de atendimento e plano de gestão da unidade.

A partir dessa primeira aproximação, iniciou-se a observação da assistência apenas aos idosos e suas famílias, sendo dividida por meio das modalidades de atendimento oferecidas na UPA 24h, como: acolhimento com classificação de risco (sete dias de observação com 36 horas), pronto atendimento que envolve sala de medicação, consulta médica, sala de exames laboratoriais e de imagem (13 dias com 104 horas de observação), sala de observação (15 dias com 120 horas) e sala de emergência (nove dias com 80 horas). As observações foram encerradas, em cada modalidade, a partir da repetição dos acontecimentos, com entendimento da dinâmica do setor e maior vínculo com os sujeitos, visto que o objetivo desta etapa não é a análise do serviço, mas sim, aproximar-se da sua realidade⁽⁹⁾. Tais observações foram registradas em um diário de campo, juntamente com dados como endereço, contato telefônico e dia de atendimento na UPA 24h dos idosos e familiares presentes no período de observação.

Houve uma participação ativa das atividades de cuidado desenvolvidas no local do estudo, visando apreender, livremente, a dinâmica assistencial no serviço. A etapa das entrevistas foi iniciada em junho e finalizada em agosto de 2017. Iniciou com a construção do Círculo Hermenêutico Dialético (CHD) dos profissionais de saúde, idosos e familiares, respectivamente.

A primeira entrevista, dos três CHD, foi realizada com o Respondente 1 (R1), na qual solicitou-se que discorresse sobre as questões iniciais: *"Conte-me como é a assistência ao idoso na UPA24h e comente sobre os desafios vivenciados neste processo"*. Ao final de sua entrevista, solicitou-se que ele indicasse outro respondente, designado como R2, com o objetivo de que este pudesse apontar novas formulações acerca da assistência ao idoso no serviço estudado. Todavia, antes da entrevista com o R2, os temas, conceitos, valores, preocupações e questões centrais propostos por R1 foram analisados, por meio da escuta do áudio e transcrição da entrevista, com a extração dos pontos relevantes que possibilitassem a Construção 1 (C1), que serviu de fonte de informações para proceder a entrevista com o R2. Assim, a entrevista com o R2 possibilitou uma nova construção, designada como C2, que, por sua vez, serviu para direcionar a entrevista com o R3 e assim sucessivamente. Esse processo de coleta de dados foi repetido igualmente nos três grupos de interesse.

A escolha de R1 foi a partir da observação participante, dando sequência com os demais indicados pelos atores sociais da avaliação. Os idosos e as famílias foram entrevistados por meio de visita domiciliar e/ou no local de trabalho do familiar, com agendamento prévio. Para os profissionais, elas ocorreram na própria UPA 24h, em ambiente reservado.

Com a finalização do CHD em cada grupo de interesse, o que ocorreu com a redundância das informações, deu-se início à fase de organização dos dados para o momento da negociação com cada grupo de interesse. O processo de negociação consistiu na apresentação das informações coletadas, para que todos os participantes pudessem ter acesso à totalidade do material, validando as informações.

Este momento foi previamente agendado e contou com a participação da maioria dos entrevistados. A negociação com os profissionais teve duração de quatro horas e aconteceu nas dependências da unidade. Com os idosos, a negociação teve duração de três horas e meia e com os familiares três horas, visto que estes dois momentos grupais aconteceram no centro comunitário do bairro em que a UPA 24h está localizada. Foi produzido material impresso, contendo a síntese dos dados das entrevistas de cada grupo de interesse específico e entregue para os membros do grupo. Realizou-se a explicação dos resultados obtidos nas entrevistas com apresentação oral e uso de recurso audiovisual, objetivando a discussão, a validação e a negociação dos dados encontrados.

Análise dos dados

A análise dos dados aconteceu concomitantemente às entrevistas, por meio do Método Comparativo Constante. Ao término de cada entrevista, realizou-se a transcrição na íntegra e a análise do material se deu pela identificação das unidades de significação e construções de cada respondente, com o objetivo de apresentar o conteúdo das entrevistas precedentes nas entrevistas seguintes, ocorrendo novas formulações acerca das questões apontadas nos depoimentos. Posteriormente à finalização dos CHD, realizou-se o agrupamento das unidades de significação nos eixos temáticos que foram apresentadas e discutidas no momento de negociação⁽⁹⁾.

RESULTADOS

As unidades de significação relacionadas à dinâmica assistencial do idoso na UPA 24h, obtidas dos três grupos de interesse, estão apresentadas na categoria temática: *"Cotidiano e saúde: dinâmica assistencial ao idoso na unidade de pronto atendimento"*, dividida nas suas respectivas subcategorias, descritas a seguir.

Cotidiano e saúde: dinâmica assistencial ao idoso na unidade de pronto atendimento

Dentre as atividades desenvolvidas na UPA 24h, observou-se que os profissionais de saúde utilizavam na dinâmica assistencial os serviços disponíveis na unidade, tanto para os idosos como para a população em geral. Estes serviços remetem a classificação de risco, consulta médica, cuidados intensivos na sala de emergência, administração de medicação, internação (banho, cuidados básicos) e exames laboratoriais e de imagem. Tais atividades seguem o fluxo, conforme Figura 1:

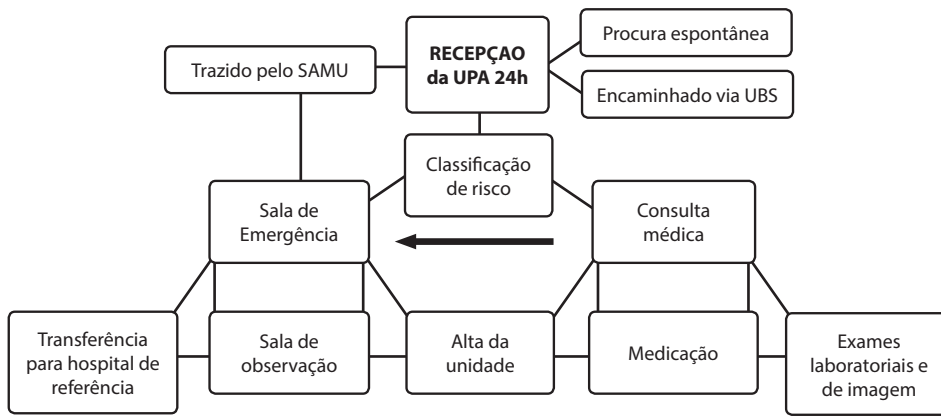


Figura 1 – Organização da assistência da UPA 24h para o atendimento ao idoso, Maringá, Paraná, Brasil, 2017

A lógica organizacional apresentada foi discutida entre os grupos de interesse, com levantamento de aspectos necessários e relevantes para a assistência ao idoso na UPA 24h.

Fragilidades e prioridades do idoso e sua relação com a prática assistencial em unidade de pronto atendimento

No momento em que o idoso chega à UPA 24h, a recepção emite uma ficha de atendimento e a insere, por ordem de chegada, para o Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR). O enfermeiro, responsável pelo ACCR, inicia a classificação pela prioridade do atendimento estabelecida pela gravidade do caso de cada indivíduo, configurando a prática da equidade no serviço de urgência e emergência.

A gravidade do caso, com sua respectiva classificação de risco, também determina o local para o idoso aguardar a consulta médica. Se a classificação de risco for de coloração azul ou verde, os pacientes retornam para a recepção. Entretanto, se for classificação amarela ou laranja, os pacientes são alocados em um corredor próximo aos consultórios médicos. Para os profissionais de saúde, essa lógica organizacional, quando se refere a idosos fragilizados, necessita ser repensada:

Na classificação de risco, acho que o idoso deve ter um atendimento de acordo com a gravidade sim, mas também tem que ser dado a preferência para o idoso, que tem dificuldade de deambular, porque ele passa para classificação, depois volta para recepção se foi classificado de verde e azul e depois entra novamente para realizar a consulta médica. Porque o idoso, às vezes, tem uma acuidade auditiva limitada, não ouve o médico chamar. Deveria ser repensada a organização do nosso serviço. (R10-P- Enfermeira)

Na UPA tem a rotina de colocar amarelo e laranja para dentro e deixar azul e verde para fora [...] O idoso muitas vezes está em uma cadeira de rodas, com sonda, gastrostomizado, mas está sentado, então se é classificado de verde um paciente desse, ele já aguarda lá fora, mas eu acho que poderia colocar para dentro. (R5- P-Médico)

O idoso possui limitações devido à senilidade e à senescência, que os difere das demais parcelas populacionais. Seu estado de saúde pode ser mais vulnerável e suas limitações acontecem

progressivamente. Dessa forma, a fragilidade do idoso deve ser avaliada no contexto assistencial, levando em conta as necessidades do indivíduo. Esta questão foi consenso entre os familiares, os quais avaliaram que a síndrome da fragilidade do idoso precisa ser considerada para a prioridade no ACCR, bem como em todo o processo assistencial na UPA 24h:

O idoso não tem prioridade por ser idoso. Meu pai foi triado e voltou para a recepção com 37,8° C de temperatura. Menos de 10 minutos pedi para colocar o termômetro nele,

já estava com 38,2, subiu. As enfermeiras não consideraram que ele é mais sensível do que a gente. (R6-F-Funcionária Pública-Filha do idoso)

Quando estive lá na UPA ficou um cadeirante uma hora para fazer o RX [radiografia], me comovi. Acho que tinha que dar prioridade para eles. (R3-F-Auxiliar de cozinha-Enteada do idoso)

Embora o critério de prioridade para atendimento no serviço de saúde aconteça pela gravidade do paciente, considerando seu estado hemodinâmico e situações que geram risco à vida, quando se trata da população idosa, esta deve ser priorizada perante aqueles classificados com a mesma gravidade, ou seja, as prioridades legais são dentro da cor classificada, seguindo todo o desfecho da assistência. Os idosos e os profissionais de saúde avaliaram essa questão como um ponto a ser melhorado:

Nunca é feita a prioridade de atendimento do idoso aqui na UPA, sempre é por ordem de classificação, de chegada, não temos essa questão de dar prioridade ao idoso [...] Pelo que me falaram sempre tenho que pegar a primeira ficha, independente da idade, por conta do horário que fica na ficha. (R5-P-Médico)

Não passo na frente porque sou idoso, tem gente pior que eu. Mas tem gente que está bom e passa na minha frente. Não sei o critério que é utilizado, não sei o que é esse negócio de cores que eles falam. Capaz que eu devo ter sido classificado de preto mesmo [risos] estou batendo as botas. (R6-I-Aposentado)

Os direitos dos idosos devem estar imbricados na organização da assistência. No momento de negociação dos profissionais de saúde houve intensa discussão sobre o tema “prioridade do idoso”, em que foi levantado os desafios enfrentados, como a sobrecarga de trabalho na UPA 24h:

Da classificação de risco também a gente acaba não priorizando, porque dentro da classificação você poderia priorizar eles dentro da cor classificada ou até antes da classificação. Mas não, a gente não faz isso, a gente acaba indo pela pessoa que queixa mais ou querer “secar” a fila logo, porque é essa loucura de gente, a demanda é grande e acabamos não dando essa prioridade do idoso prevista por lei. (R2-P-Enfermeira)

A barreira na identificação dos direitos e das necessidades do idoso na dinâmica assistencial também foi avaliada como reflexo da carência de treinamento dos profissionais de saúde:

O que mais me incomoda é a falta de treinamento aqui na UPA. Falta treinamento, falta estudo, e nem todo mundo que trabalha aqui está preparado para atender o idoso, para ter um olhar no cuidado ao idoso [...]. Particularmente não sei quais são os direitos do idoso. Nunca foi dado um treinamento aqui na UPA sobre esta população que é a que mais atendemos aqui. (R6-P-Técnico de Enfermagem)

Acho que a prefeitura só contrata, contrata e não deve dar capacitação para esse pessoal [profissionais], porque ali [UPA] lida com vida e só tem velho naquele lugar. [risos] (R6-I-Aposentado)

O treinamento, por sua vez, teve como discussão a necessidade de maior incentivo do enfermeiro diante da educação permanente para enfermagem, visto que este profissional se torna uma referência para a equipe.

Considerando algumas limitações sobre o domínio técnico e de conhecimento acerca do processo de envelhecimento, a dinâmica assistencial do idoso na UPA 24h foi avaliada como um modelo hegemônico de cuidado baseado no mecanicismo, apresentando uma lacuna de práticas que englobam as particularidades do idoso, como sua autonomia e independência.

Autonomia e independência do idoso no contexto da assistência em unidade de pronto atendimento

O reflexo do modelo mecanicista de cuidado ao idoso na UPA 24h foi apresentado pela existência de práticas que limitam o empoderamento para o autocuidado do idoso neste serviço, sobretudo na decisão de atividades que poderiam ser escolhidas por ele e/ou sua família:

O banho é uma questão complicada. Aqui na UPA como tem determinado número de funcionários para adequar nossa rotina, acaba dividindo o banho em manhã, tarde e noite [...]. Acho isso uma falta de respeito muito grande, pelo menos essa autonomia do idoso escolher o horário do banho, algo tão importante para ele, uma coisa tão simples que a gente poderia resolver e não acontece. (R10-P-Enfermeira)

Eu disse: "ninguém vai dar banho no meu véio essa hora! Ele gosta de tomar banho cedinho, falaram que tinha normas. Então deixa que eu dou o banho, não é porque ele não anda e não fala é que vão fazer o que querem" [...]. Ele responde com gestos sim, entende o que você fala. (R1-F-Do lar-Esposa do idoso)

Embora a UPA 24h deva ser uma unidade de cuidado transitório, nota-se que os idosos permanecem internados por vários dias. A demora para transferência exige que os profissionais estabeleçam rotinas de cuidados prolongados. Neste contexto, as famílias e os profissionais de saúde destacaram que em tais rotinas a autonomia e a independência do idoso são limitadas na própria organização da enfermagem para cuidados básicos, como o banho no leito, conforme nas falas anteriormente citadas.

De acordo com os profissionais de saúde, o des(estímulo) da autonomia e da independência do idoso na dinâmica de cuidado sofre influência da analogia que alguns membros da equipe atribuem entre avanço da idade e incapacidade física e cognitiva:

Muitas vezes a gente subestima a capacidade do idoso de cognição, de fornecer alguma informação e por conta disso, fica bem limitado a assistência [...]. Tem que sensibilizar mais os profissionais sobre o cuidado ao idoso, trabalhar o estereótipo que a gente tem de vizinho, cabelos brancos que não tem vida sexual ativa, que não tem autonomia. Algum momento deveria ter reuniões para melhorar a qualidade da assistência. Vale a pena tentar, propor! (R10-P-Enfermeira)

A construção de um estereótipo de que todo idoso apresenta comprometimento da autonomia e da independência estimula atitudes e práticas que o desconsidera como atuante do processo existencial e de tomada de decisões autônomas, com reflexo em práticas que responsabilizem outros atores sociais, como os familiares.

A família do idoso no cuidado profissional em unidade de pronto atendimento

Os grupos de interesse avaliaram a dinâmica de internação na UPA 24h como uma questão a ser melhorada para a valorização do idoso e a flexibilidade com a família, pois é exigido acompanhante, de maneira integral, para aqueles com 60 anos ou mais, independente da sua vulnerabilidade de saúde:

O que acredito é que, às vezes, falta um pouco de visão. Muitos profissionais, a partir do momento que recebem um idoso de 80 anos, por exemplo, que é independente, que tem uma boa fala, que sabe discernir o que é certo ou errado, mesmo assim o profissional exige acompanhante, o que eu acho desnecessário, temos que valorizar a independência do idoso. (R12-P-Assistente social)

A exigência do acompanhante para o idoso acontece em toda a dinâmica assistencial da UPA 24h, exceto na Sala de Emergência (SE). Quando o idoso necessita de cuidados intensivos na SE, a família é liberada e orientada a retornar no horário de visita, que acontece das 9h às 9h30. O horário estático de visita da SE permitiu reflexões e sugestões para a melhoria da dinâmica assistencial do idoso:

A pessoa tem acesso, mas não tem acessibilidade. Ela pode vir visitar o idoso, mas no horário que é determinado pela instituição e não o horário melhor para ela [...]. Tive uma experiência uma vez que acabou abrindo minha mente sobre esta questão. Um idoso estava na sala de emergência por IAM [Infarto Agudo do Miocárdio], e a neta queria vê-lo. Acabei deixando a criança entrar, outras pessoas brigaram comigo, mas no outro dia ele faleceu. (R10-P-Enfermeira)

Dia primeiro ele ficou na sala de emergência, teve duas paradas e mandaram para o hospital municipal no outro dia cedo. Não cheguei a vê-lo na UPA por conta do horário mesmo, se ele tivesse morrido não ia ver mais. (R3-F-Auxiliar de cozinha-Enteada do idoso)

Fiquei na sala de emergência e não recebi visita porque meu filho trabalha [...]. A empresa não libera tão fácil esse horário. (R6-I-Aposentado)

Destaca-se que no encontro de negociação dos três grupos de interesse foi consenso a importância da família no processo de cuidado ao idoso na UPA 24h. Afirmam que a presença da família favorece a melhoria da qualidade da assistência, porém torna-se necessária a flexibilidade sobre a presença do acompanhante no internamento e no horário de visita na SE, evitando frustrações e sofrimentos nesse processo. Dessa forma, foi proposta a pactuação sobre a permanência da família no horário da visita médica e a abertura de um novo horário, em período não comercial, para a SE.

No momento de negociação dos familiares foi pontuado, principalmente, por aqueles com entes dependentes, a necessidade da família também ser cuidada sem ser julgada pelos profissionais da UPA 24h. Salienta-se que as visitas domiciliares para a construção do CHD dos familiares e idosos contribuiu para o entendimento da realidade vivenciada, com singularidades pertinentes para a sustentação dos resultados avaliados no serviço em questão.

DISCUSSÃO

Os grupos de interesse trouxeram parâmetros importantes de avaliação, que dizem respeito às dimensões da assistência com a necessidade de valorização da fragilidade, prioridade, autonomia, independência e a família do idoso na UPA 24h, além de maior estímulo para educação permanente sobre as peculiaridades advindas no processo de envelhecimento.

Ainda que esse serviço não seja um estabelecimento de saúde específico para a clientela idosa, os deveres e direitos desta população devem permear todos os pontos de atenção à saúde, com uma equipe de saúde preparada para identificar suas necessidades. Quando fala-se em cuidado, a enfermagem se destaca não apenas pela quantidade de profissionais atuantes no cenário da urgência e emergência, mas pelo relevante papel que possuem na humanização da assistência e no acolhimento dos indivíduos nos serviços emergenciais^(6,10).

Este estudo confirma que o direcionamento do cuidado ao idoso na UPA 24h acontece pelo protagonismo científico do enfermeiro no ACCR, uma vez que a conduta deste profissional implica, diretamente, desfecho da assistência em saúde. Experiências descritas na literatura têm recomendado o enfermeiro como o principal executor no processo de ACCR⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Como profissional de linha de frente, o enfermeiro deve realizar uma avaliação global do idoso, levando em consideração a sua singularidade e necessidade em saúde, porque o que se observa nos protocolos brasileiros de ACCR⁽¹²⁾ é o enfoque apenas para o aspecto biológico, não abarcando os parâmetros da síndrome da fragilidade desse indivíduo. Salienta-se que o modelo utilizado no ACCR da unidade em estudo é uma adaptação da classificação de Manchester, em que os níveis de classificação são determinados pelo estado clínico do indivíduo⁽¹²⁾.

Pesquisa brasileira destaca que a classificação de risco por meio de protocolos torna-se necessária para agilidade das urgências em idosos⁽⁶⁾. Porém, essa classificação pode significar mais tempo de espera e riscos, que comumente apresentam necessidades sociais complexas, além da queixa clínica para atendimento. Devido à apresentação atípica dos sintomas e à dificuldade em explicá-los, muitos idosos são avaliados com baixo risco e submetidos a longos períodos de espera, admissões mais longas e maiores

riscos de readmissões⁽⁶⁾. Implantar instrumentos para rastreios de fragilidade pode ser fundamental não somente para identificar a fragilidade do idoso de forma rápida e concisa, mas também para a organização da dinâmica assistencial, contribuindo para o desfecho do tratamento dessa parcela populacional⁽²⁾.

Nesse sentido, atrelado à fragilidade se tem a prioridade do idoso dentro do serviço de urgência e emergência. No protocolo em vigência do ACCR⁽¹²⁾, bem como nas leis que regem os direitos e deveres dos idosos brasileiros, são pontuados aspectos que envolvem o atendimento preferencial no serviço de emergência, com prioridade aos idosos dentre aqueles com a mesma classificação de risco, exceto para a classificação de cor vermelha. Destaca-se que, recentemente, a prioridade ao idoso foi reestruturada, visto que pessoas com 80 anos ou mais sobrepõem-se a pessoas entre 60 e 79 anos⁽¹³⁾.

Nesse íterim, a estruturação da dinâmica assistencial na UPA 24h sobre a prioridade do idoso deve ser revista, uma vez que os direitos dos idosos precisam ser respeitados. Mas, é preciso cautela, porque a prioridade considerando puramente a idade, sem levar em conta os critérios de urgência e emergência, pode contribuir para classificações de prioridades errôneas no serviço de emergência⁽¹⁴⁾.

Contudo, o que se observa é a limitação do preparo profissional para identificação das fragilidades e das particularidades do envelhecimento que, somados à sobrecarga de trabalho, proporcionam uma mecanização da assistência do idoso na UPA 24h, sem uma visão heurística – que busque compreender os problemas reais vivenciados pelo idoso –, seguindo apenas a lógica estipulada de protocolos e/ou normas e rotinas. Estudo internacional corrobora com este estudo e destaca a iminência dos serviços gerais de urgência e emergência se apropriarem de temas para educação permanente voltados ao envelhecimento populacional, sobretudo com início na capacitação de enfermeiros com transposição de conhecimento para a equipe de saúde⁽¹⁵⁾.

No momento de negociação com os profissionais de saúde na UPA 24h, houve discussão sobre a educação permanente e a influência da postura do profissional enfermeiro na capacitação para com a equipe. O enfermeiro tem em suas atribuições o papel de líder da equipe, o que o torna referência para a enfermagem na (re)construção de saberes e práticas no serviço de saúde⁽¹⁶⁾. Nessa direção, é preciso insistir que a equipe de enfermagem receba permanente capacitação que a torne mais crítica e hábil no processo de cuidado ao idoso, que inclui a definição de pessoa idosa e a identidade que lhe é conferida⁽¹⁷⁾.

Constata que, diante das diversas responsabilidades trazidas pela profissão do enfermeiro, o desempenho deste profissional implica não apenas a organização da dinâmica do cuidado ao idoso na UPA 24h, mas também a qualidade da assistência prestada, a partir do compromisso imbricado que ele representa com a educação permanente dos profissionais de saúde.

A dinâmica evidenciada nos discursos também traz a reflexão para os cuidados prolongados na unidade. Ainda que seja um serviço de urgência e emergência, com necessidade da agilidade no atendimento, a manutenção de práticas que valorizam a autonomia e a independência do idoso pode melhorar o desfecho do atendimento e contribuir para a qualidade de vida desses indivíduos⁽¹⁸⁾.

Normas e rotinas são extremamente importantes para a organização do serviço, porém a rotina pré-estabelecida apresentou-se como um entrave para o estímulo da capacidade funcional do idoso. Isto acarreta, principalmente, prejuízos para o indivíduo acamado com autonomia preservada, já que este necessita de cuidados profissionais mas não tem voz ativa neste processo⁽¹⁸⁾, como na escala de banho destacada pelos grupos de interesse.

O planejamento da assistência necessita de uma participação dos sujeitos envolvidos, pautado em cuidados singulares, com estímulo à tomada de decisão e envolvimento entre familiares, idosos e profissionais de saúde⁽¹⁹⁾. Destaca-se que a identificação do grau de dependência no planejamento da assistência seria fundamental para o dimensionamento da equipe na urgência e na emergência, contribuindo para a redução da sobrecarga de trabalho⁽¹⁹⁾.

Além disso, acredita-se que a dialética torna exequível a transformação das ações e relações na UPA 24h, visto que a participação popular na construção compartilhada do modelo de assistência é um movimento que merece valorização. No período de observação participante foi identificado o conselho de saúde no serviço estudado, desconhecido pela maioria dos atores sociais. Tal dispositivo precisa ser explorado no intuito de haver uma negociação entre os protagonistas envolvidos na dinâmica assistencial do idoso.

É evidente a necessidade de conhecer a complexidade que circula a vida do idoso e de seus familiares. A área da geriatria e gerontologia deve levar em consideração o binômio idoso-família⁽²⁰⁻²¹⁾, pois a família torna-se porta-voz do idoso quando este possui limitações. A parceria entre a equipe e a família, mesmo que esta não seja aquela idealizada, é fundamental para o processo terapêutico do idoso, o que requer um contrato em que possa ser negociado o cuidado do usuário e que também contemple estratégias de suporte à sobrecarga do cuidador.

Logo, constata-se a necessidade de inserção de ações para as famílias de idosos na UPA 24h. Estratégias que visem à sensibilização dos familiares sem culpabilização ou atribuição de juízo de valor sobre eles por parte dos profissionais, que estimulem o cuidado sem cobrança, a divisão de responsabilidades sem verticalizações e o acolhimento sem julgamento precisam ser instituídos⁽²¹⁾.

Limitações do estudo

O estudo apresentou limitações sobre sua regionalização, que ao ser realizado apenas em uma unidade impossibilita a comparabilidade dos achados. Outra limitação percebida foi o momento da negociação, pois embora a maioria dos interessados

estava presente, a opinião daqueles que se ausentaram, neste momento, poderia ser divergente sobre o consenso formado. Contudo, as visitas domiciliares na construção do CHD dos idosos e família, além do processo de negociação fortaleceram a confiabilidade da avaliação.

Contribuições para a área da enfermagem

Este estudo contribui no sentido de evidenciar a implicação direta que o trabalho da enfermagem possui na dinâmica de cuidado ao idoso na UPA 24h, permitindo reflexões sobre as condutas praticadas e levantamento de estratégias que contribuam na reestruturação das ações de saúde de forma que o cuidado englobe as crenças e particularidades desse segmento etário, a fim de minimizar o modelo biomédico.

Os resultados ainda contribuem no fortalecimento científico sobre a importância de disciplinas que abordem a saúde do idoso na matriz curricular dos cursos de enfermagem, com ênfase no processo de cuidar baseado nas necessidades de saúde desses indivíduos nos serviços de urgência e emergência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível apreender a dinâmica assistencial do cuidado ao idoso na UPA 24h. Evidenciou, a partir da avaliação, que a assistência nesse serviço está permeada por atividades desenvolvidas de forma mecânica que limitam a interpretação da complexidade que circula a vida do idoso.

A identificação da carência de ações que englobem a fragilidade, a prioridade, a autonomia, a independência e o contexto familiar dos idosos são resultados pertinentes para a contribuição na mudança de comportamento dos profissionais que atuam em tais estabelecimentos de saúde. Enfatiza-se que há o entrelaçamento entre o conceito de idoso e a atitude profissional, sendo necessária educação permanente e reflexões acerca do processo de envelhecimento.

Estes resultados fornecem sustentação à política pública de expansão das UPA 24h, com o olhar para a clientela idosa. Acredita-se que a avaliação de quarta geração permitiu a problematização da atenção à saúde do idoso, aprimorando e qualificando as questões que emergiram do processo avaliativo. A avaliação, enquanto espaço formativo, possibilitou um momento privilegiado de aprendizagem mútua, contribuindo para o processo emancipatório dos sujeitos envolvidos. Sugere-se novos estudos em outros cenários, a fim de somar experiências e contribuir para a excelência do atendimento ao idoso em unidades de emergência.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2016 [cited 2017 May 18];19(6):887-905. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n6/pt_1809-9823-rbagg-19-06-00887.pdf
2. Brouns SHA, Joyce JW, Jonkers FS, Lambooi SL, Dieleman JP, Haak HR. Outcome of elderly emergency department patients hospitalised on weekends: a retrospective cohort study. BMC Emerg Med [Internet]. 2018 [cited 2016 Apr 5];18(9). Available from: <https://bmccemergmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12873-018-0160-y>
3. Gabayan GZ, Liang LJ, Doyle B, Huang DY, Sarkisian CA. Emergency Department Increased use of Observation Care for Elderly Medicare

- Patients. *J Hosp Adm* [Internet]. 2018 [cited 2016 May 18];7(3):9-16. Available from: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/article/view/13070/8248>
4. Acosta AM, Lima MADS. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 5];23(2):337-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/0104-1169-rlae-23-02-00337.pdf>
 5. Rêgo AS, Rissardo LK, Scolari GAS, Sanches RCN, Carreira L, Radovanovic CAT. Factors associated with the care of elderly persons with Primary Health Care sensitive conditions. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 19];20(6):773-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n6/1809-9823-rbagg-20-06-00773.pdf>
 6. Santos MT, Lima MADS, Zucatti PB. Elder-friendly emergency services in Brazil: necessary aspects for care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 19];50(4):594-601. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/149447/001003791.pdf?sequence=1>
 7. Burkett E, Martin-Khan MG, Scott J, Samanta M, Gray LC. Trends and predicted trends in presentations of older people to Australian emergency departments: effects of demand growth, population aging and climate change. *Aust Health Rev* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 9];41(3). 246-53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27466861>
 8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [Internet]. Brasília: CONASS; 2015[cited 2018 May 9]. (CONASS Documenta, 28). Available from: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf
 9. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Editora Unicamp; 2011.
 10. Duro CLM, Lima MADS, Weber LAF. Nurses' opinion risk classification in emergency services. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 5];21:e-1062. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/174045>
 11. Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 29];52:e03318. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en_0080-6234-reeusp-S1980-220X2017001303318.pdf
 12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
 13. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 13.466, de 12 de Julho de 2017. Altera os arts. 3o, 15 e 71 da Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2017[cited 2019 May 15]:1. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13466.htm
 14. Kajsa E, Katarina W, Sten L, Synneve ID. Screening for frailty among older emergency department visitors: Validation of the new FRESH-screening instrument. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 13];16:27. Available from: <https://bmccemergmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12873-016-0087-0>
 15. Song M, Jin X, Ko HN, Tak SH. Chief complaints of elderly individuals on presentation to emergency department: a retrospective analysis of South Korean National Data 2014. *Asian Nurs Res*[Internet]. 2016 [cited 2018 May 30];10:312-7. Available from: [https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(16\)30244-4/pdf](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(16)30244-4/pdf)
 16. Amestoy SC, Trindade LL, Silva GTR, Santos BP, Reis VRSS, Ferreira VB. Leadership in nursing: from teaching to practice in a hospital environment. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 5];21(4):e20160276. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0276.pdf
 17. Sanguino GZ, Previato GF, Silva AF, Meireles VC, Góes HLF, Baldissera VDA. The nursing work in care of hospitalized elderly: limits and particularities. *Rev Pesqui: Cuid Fundam* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 14];10(1):160-6. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6015/pdf>
 18. Selman LC, Daveson BA, Smith M, Johnston B, Ryan K, Sean M, et al. How empowering is hospital care for older people with advanced disease? barriers and facilitators from a cross-national ethnography in England, Ireland and the USA. *Age Ageing* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 29];46(2):300-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5860377/>
 19. Hwang U, Dresden SM, Rosenberg MS, Garrido MM, Loo G, Sze J, et al. Geriatric emergency department innovations: transitional care nurses and hospital use. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018 [cited 2018 May 16];66(3):459-66. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.15235>
 20. Souza AS, Andrade CC, Reis JAP, Meira EC, Menezes MR, Gonçalves LHT. Service hospitalized elderly: perceptions of health professionals. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2018 May 29];12(2):274-81. Available from: http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n2/en_10.pdf
 21. Hagedoorn EI, Paans W, Jaarsma T, Keers JC, Van der Schans C, Luttik ML. Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: a qualitative content analysis. *BMC Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 10];16(37). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5504762/pdf/12912_2017_Article_231.pdf