

Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem

Environment of a hospital emergency unit for the elderly care: perception of nursing professionals

Ambiente de una emergencia hospitalaria para el cuidado del anciano: percepción de los profesionales de enfermería

Eliane Regina Pereira do Nascimento¹
 Sabrina Guterres da Silva¹
 Bruna Caroline de Souza¹
 Djeisa Débora de Souza¹
 Arno Germer Netto¹

1. Universidade Federal de Santa Catarina.
 Florianópolis - SC, Brasil.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer como os profissionais de enfermagem percebem a ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com 15 profissionais de enfermagem da emergência de um hospital geral em Santa Catarina, Brasil. Os dados foram coletados no mês de junho de 2013, mediante entrevista semiestruturada. Para análise se utilizou o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Três Ideias Centrais foram identificadas: Estrutura física inadequada para o atendimento ao idoso; Quantitativo insuficiente de pessoal para atender a demanda e Necessidade de agilidade no atendimento e encaminhamento do idoso. **Conclusão:** Os resultados apontam que a ambiência do serviço de emergência, contexto do estudo, está aquém do esperado para proporcionar um cuidado adequado aos idosos. Os participantes apontam como sugestões o menor tempo de permanência do idoso na unidade e adequações relacionadas à estrutura física e ao quantitativo de profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência; Saúde do Idoso; Ambiente de Instituições de Saúde; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand how nursing professionals perceive the environment of a hospital emergency for elderly care. This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, performed with 15 nursing professionals from the emergency unit of a general hospital in Santa Catarina, Brazil. Data were collected in June 2013 through semi structured interview. We used the Collective Subject Discourse (CSD) for analysis. Three central ideas were identified: Inadequate physical structure for elderly care; Insufficient quantity of personnel to meet the demand; and Need for agility in care and referral of the elderly. **Conclusion:** The results show that the environment of the emergency service, which is the context of this study, is below that expected to provide adequate care for the elderly. Participants pointed suggestions such as shorter length of stay in the unit for the seniors and adjustments related to physical structure and quantitative of professionals.

Keywords: Emergency Nursing; Elderly Health; Health Facility Environment; Nursing Care; Qualitative Research.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer como los profesionales de Enfermería perciben el ambiente de un servicio de emergencia hospitalaria para el cuidado del anciano. Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, realizada con 15 profesionales de Enfermería de Emergencia de un hospital general de Santa Catarina/Brasil. Los datos fueron recolectados en junio de 2013, mediante entrevista semiestruturada. Para el análisis, se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Tres ideas centrales fueron identificadas: Estructura física inadecuada para la atención del anciano; Cuantitativo insuficiente de personal para atender la demanda; y Necesidad de agilizar la atención y referencia del anciano. Los resultados apuntan que el ambiente del servicio de emergencia no cuenta con las condiciones adecuadas para proporcionar un cuidado geriátrico integral. Los participantes apuntan como sugerencias el menor tiempo de permanencia del anciano en la unidad y adecuaciones relacionadas con la estructura física y el cuantitativo de profesionales.

Palabras-clave: Enfermería de Urgencia; Salud del Anciano; Ambiente de Instituciones de Salud; Atención de Enfermería; Investigación Cualitativa.

Autor correspondente:
 Sabrina Guterres da Silva.
 E-mail: sabrinaguterres@gmail.com

Recebido em 14/06/2014.
 Aprovado em 16/04/2015.

DOI: 10.5935/1414-8145.20150046

INTRODUÇÃO

Como consequência dos progressos da ciência e do avanço das condições sanitárias, a população mundial vem acompanhando o seu envelhecimento mais intenso nos últimos anos¹. Este fenômeno é conhecido como transição demográfica, e é caracterizado por uma mudança dos índices de mortalidade e natalidade, com diminuição das populações jovens e aumento da proporção de pessoas idosas. No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, essa transição vem ocorrendo mais drasticamente quando comparada aos países desenvolvidos².

As alterações do perfil populacional, associadas à ampliação de condições de risco ao desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas têm gerado um aumento expressivo na demanda de idosos nos serviços de saúde, entre os quais os de Urgência e Emergência³.

Um estudo realizado recentemente no Sul do Brasil revelou que 17,4% dos pacientes assistidos em uma unidade pública de emergência tinham idade superior a 65 anos⁴. Corroborando os achados, outra investigação brasileira mostrou um predomínio de pacientes adultos e idosos, com idade média de 59,4 anos, entre aqueles readmitidos em um serviço hospitalar de emergência³.

Quanto à gravidade de saúde da clientela na admissão em unidade de emergência, uma pesquisa apontou que 14% dos idosos foram classificados com baixo risco, 79% com risco intermediário, 5% como alto risco e 1,8% com necessidade de atendimento imediato⁵. Os problemas de saúde que levam essa população a procurar os serviços de emergência estão associados, em sua maioria, a condições crônicas agudizadas, principalmente as que envolvem o aparelho cardiovascular³⁻⁵.

Considerando o exposto e entendendo que a demanda de idosos aos serviços de emergência é um fato constante e crescente, e que estes possuem necessidades específicas diante de suas condições físicas, psicológicas e sociais, requerendo, portanto, um ambiente de cuidado adequado às suas necessidades, questionou-se: Como os profissionais de enfermagem de uma emergência hospitalar percebem a ambiência desse serviço para o cuidado ao idoso?

A concepção de ambiência, neste estudo, compreende o espaço físico, tecnológico e de relações interpessoais que visa um cuidado com conforto focado na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos⁶.

Para responder a questão da pesquisa se traçou como objetivo: conhecer como os profissionais de enfermagem percebem a ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso.

Julga-se que a contribuição desta pesquisa está no fato de apontar subsídios para uma melhor adequação do ambiente da emergência respeitando o direito do usuário, aqui em especial o idoso.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório/descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido na unidade de emergência adulto de um hospital geral e público situado no estado de Santa Catarina, Brasil.

Os participantes desta pesquisa foram profissionais de enfermagem atuantes no setor de emergência, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem, atuar na unidade de emergência há no mínimo seis meses e estar em exercício pleno das funções no período de coleta de dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer Nº 318.756/2013), seguindo as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2013, por meio de entrevista semiestruturada, a partir da seguinte questão norteadora: como você percebe o ambiente da emergência para o cuidado ao idoso? As entrevistas, primeiramente agendadas com os profissionais em seu local de trabalho, foram realizadas com duração média de 30 minutos e gravadas, com permissão dos entrevistados, para posterior transcrição.

Para garantir o anonimato dos participantes, foram identificados com a letra E (Entrevistado), seguido pelo número correspondente à sequência da entrevista, exemplo: (E1, E2, E15).

Para análise dos dados se utilizou o Discurso do Sujeito Coletivo⁷. A escolha desse método se justifica por seu caráter representativo que pode funcionar como um espelho do pensamento de coletividades e grupos, tornando-o um instrumento útil para intervenções na realidade⁷. Foram utilizadas as seguintes figuras metodológicas descritas no método: Expressões Chaves (ECHs), Ideias Centrais (ICs) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As ECHs são trechos do discurso que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso. As IC são nomes ou expressões que nomeiam, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s) presentes em cada uma das respostas analisadas. O conjunto homogêneo de ECHs vão originar o DSC que é uma agregação, ou soma dos depoimentos, em que cada uma das partes se reconhece como constituinte. É um discurso síntese composto pela "colagem" das ECHs que têm a mesma IC⁷.

Para o processo de organização dos dados se realizou a leitura atenta de cada entrevista, destacou-se em itálico as expressões chaves (ECHs) das respostas/discursos individuais, fez-se o agrupamento das ECHs de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar contempladas nos diferentes discursos e que correspondiam a mesma IC. Esse conjunto homogêneo originou o DSC.

RESULTADOS

Participaram do estudo 15 profissionais de enfermagem dos quais seis enfermeiros, oito técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. Destes, 12 são mulheres. A idade variou de 25 a 41 anos, com um tempo de atuação nessa emergência de 1 a 7 anos. Em relação à formação profissional, dos seis enfermeiros, cinco são especialistas (Terapia Intensiva; Emergência Pré-hospitalar; Saúde Pública; Urgência, Emergência e APH; Administração Hospitalar) e, destes, dois também têm o título de mestre (Ciências da Saúde e Psicologia Aplicada). Dos nove profissionais de nível médio, um é graduado em enfermagem e possui especialização em Gestão em Saúde Pública.

Dos relatos dos profissionais emergiram três discursos com as IC: Estrutura física inadequada para o atendimento ao idoso; Quantitativo insuficiente de pessoal para atender a demanda e Necessidade de agilidade no atendimento e encaminhamento do idoso. A primeira IC foi identificada nas ECHs de 12 participantes, a segunda em sete e a terceira em cinco discursos individuais. Cada IC resultou em um DSC, conforme ilustrado a seguir:

IC: Estrutura física inadequada para o atendimento ao idoso

DSC 1: A emergência não tomou uma postura ainda do que ela é. Os idosos não deveriam ser acolhidos, internados na emergência, pois o ambiente não é próprio para isso. A estrutura física acaba prejudicando a nossa assistência, falta espaço físico mais adequado. A gente tenta priorizar dentro da nossa rotina, dentro das nossas necessidades e da nossa estrutura o melhor pra ele, mas o idoso acaba sendo prejudicado pela limitação dele e da estrutura. O cuidado prestado no corredor não é adequado. Às vezes, não é uma maca confortável, não tem colchão piramidal, não tem uma grade segura, a maioria é alta demais, com risco de queda. Nem sempre se consegue dar um banho de leito numa maca, não tem condições de fazer os cuidados de higiene e conforto, nem pensar em fazer uma mudança de decúbito numa maca, além do que, enquanto o paciente estiver no corredor ele não terá privacidade e conforto algum. Os banheiros também não são adequados para atender o idoso, pois vivem entupidos ou molhados e há um risco de queda. Tudo isso acaba dificultando a independência dele que, às vezes, ele tinha em casa e quando chega aqui, perde. É preciso melhorar a estrutura física, com macas e leitos adaptados, presença de corrimão nas paredes, banheiro que seja adaptado da melhor forma para o idoso. É importante também uma área para assistir televisão, para que o idoso possa dar uma oxigenada, uma espaiçecida (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14).

IC: Quantitativo insuficiente de pessoal para atender a demanda de idosos

DSC 2: Existe falta de pessoal para atender à demanda de pacientes idosos. Há um aumento do número de internações de idosos e é uma tendência do mesmo ser debilitado, acamado e dependente. Alguns necessitam

que o banho seja no leito, troca de fralda, mudanças de decúbito e isso tudo exige um pouco mais de atenção. A falta de funcionários faz com que alguns cuidados não sejam feitos. Se não tem um acompanhante, fica mais fragilizado o atendimento ao idoso. Existe uma sobrecarga bem grande de trabalho, nessa unidade. (E5, E8, E9, E10, E13, E14, E15).

IC: Necessidade de agilidade no atendimento e encaminhamento do idoso

DSC 3: A unidade de emergência não é para ficar um idoso muito tempo; teoricamente seria o primeiro atendimento, então deveria ser mais rápido, agilizado. Muitos ficam tanto tempo, como se a emergência fosse uma casa de repouso. O ideal mesmo seria que o idoso fosse atendido aqui apenas na situação de urgência. Atendimento de urgência tem que ser feito aqui, deve ser feito, aqui é o local adequado! Depois disso ele tem que ser retirado daqui. Teria que partir da medicina, em ver a alta precoce, avaliação melhor dos exames, ver a referência e contrarreferência com unidade de saúde, agilidade no processo, não é de retirada, mas de encaminhamento desse paciente e de resolução. A questão de orientação ao familiar, da importância de levar o seu familiar para casa, de manter o cuidado dele em casa, porque é o ambiente que ele está acostumado, entendo que é difícil para a família manter o familiar nesses cuidados de paciente dependente, mas emergência também não é o lugar. (E3, E6, E8, E11, E12).

DISCUSSÃO

O DSC 1 revela a percepção dos profissionais de enfermagem acerca do ambiente da unidade de emergência e o cuidado aos idosos. Os participantes consideram que a infraestrutura da unidade compromete a assistência de enfermagem e é inadequada para o cuidado à população idosa.

Um dos problemas relatados pelos participantes se refere à segurança do paciente idoso, principalmente, no que tange ao risco de quedas e risco de lesões de pele. Essas percepções, também, foram descritas em outro estudo, o qual identificou que, na admissão hospitalar de idosos, 57,1% apresentam risco de quedas e 14,2% de integridade da pele prejudicada⁸.

Não por acaso esses dois temas são abordados como prioritários no Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP), instituído recentemente pelo Ministério da Saúde. O PNSP é composto por seis protocolos básicos, dentre os quais um de "Prevenção de Quedas" e outro de "Prevenção de Úlceras por Pressão"^{9,10}.

As quedas em idosos são consideradas um importante problema de saúde pública, pois prejudicam a autonomia e a independência dos mesmos. Além disso, geram ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda¹⁰. Estudos apontam a queda como um dos principais eventos adversos identificados durante a internação hospitalar, sendo que 50% ocorrem em indivíduos com faixa etária superior a 60 anos¹¹.

Os fatores de risco para a queda apontados no DSC1 se referem a inadequações de equipamentos assistenciais e estrutura física da unidade. Os profissionais consideram que as macas usadas para internação dos pacientes na emergência expõem os idosos a maior risco, pois, geralmente, são mais estreitas e mais altas que as camas hospitalares e nem sempre são providas de grades de proteção. Além disso, citam a presença de pisos molhados que potencializam o risco para ocorrência de quedas nesses pacientes.

Dentre as medidas de prevenção de quedas descritas na literatura são apontados a utilização de leitos apropriados, presença de corrimão, boa iluminação e pisos antiderrapantes⁸.

Os profissionais afirmam que os problemas estruturais interferem, também, em outros cuidados de enfermagem como os de higiene/conforto e integridade da pele. É relatada a dificuldade em realizar cuidados básicos, como banho e mudança de decúbito, uma vez que a acomodação em macas inviabiliza a prestação adequada da assistência.

O processo de envelhecimento por si só pode ser considerado um fator de risco para desenvolvimento de lesões cutâneas. Isso porque, com o avançar da idade há uma perda considerável da espessura da pele, diminuição do colágeno e redução das células de Langerhans⁹. Quando essa vulnerabilidade fisiológica do idoso é potencializada por fatores de risco extrínsecos, há uma maior probabilidade para o desenvolvimento de ruptura da pele e prejuízo de sua integridade.

A higiene corporal, além de ser uma medida de conforto, é um cuidado essencial para manutenção da integridade da pele e proteção contra infecções. Uma pele úmida é mais vulnerável e propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas e, portanto, deve ser limpa sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares⁹.

Da mesma forma, a redistribuição da pressão exercida na pele, especialmente sobre as proeminências ósseas, é um cuidado indispensável para prevenir a ocorrência de lesões. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de úlceras por pressão. O protocolo do PNPS enfatiza que todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento no leito a cada duas horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão¹⁰.

No DSC1, observa-se a fragilidade apontada pelos profissionais, nesses dois quesitos, pois relatam a dificuldade de realizar o banho e mudanças de decúbito, além da falta de colchões piramidais na unidade, o que contribui para o risco de úlceras por pressão nesses pacientes.

Outro problema apontado no DSC1 se refere à falta de privacidade, conforto e independência do idoso na unidade de emergência. Diante desses relatos é pertinente colocar que a Política Nacional de Humanização (PNH) tem como uma de suas diretrizes a "Ambiência na Saúde", com organização de espaços saudáveis que proporcionem atenção acolhedora, resolutiva e humana⁶.

O conceito de ambiência segue primordialmente três eixos: o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos; o espaço como ferramenta

facilitadora do processo de trabalho; e o espaço de encontros entre os sujeitos⁶. Assim, pode-se inferir que a ambiência do serviço de emergência estudado está aquém do esperado e não proporciona um cuidado adequado aos idosos.

Essa realidade também foi identificada em outro estudo o qual avaliou os serviços de emergência de oito hospitais públicos de quatro estados brasileiros. Os resultados apontaram que a ambiência foi considerada insatisfatória por 91% dos entrevistados, principalmente, no que se refere a conforto, limpeza, sinalização e ruídos nessas unidades¹².

No DSC2 são levantadas pela coletividade dificuldades assistenciais relacionadas à sobrecarga de trabalho da equipe, as quais são associadas ao alto grau de dependência dos pacientes idosos e deficiências no quantitativo de pessoal.

A identificação do grau de dependência do indivíduo hospitalizado é fundamental para o planejamento da assistência de enfermagem e para o dimensionamento de pessoal. Para isso, são usados Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP), que empregam escores numéricos para categorizar os pacientes com necessidades de cuidados mínimos até cuidados intensivos¹³.

Um estudo, conduzido recentemente, avaliou a partir do SCP o grau de dependência de idosos hospitalizados, e constatou que 52,2% necessitavam de cuidados intermediários; 35,4% necessidade de cuidados mínimos; e 12,4% demandavam de cuidados semi-intensivos¹³. Esses achados vêm ao encontro da percepção dos profissionais relatadas no DSC2, onde colocam que os idosos, em sua maioria, são dependentes da enfermagem para seu autocuidado, exigindo, portanto, maior disponibilidade da equipe.

Para calcular o dimensionamento de pessoal, a Resolução nº 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem indica avaliar o número de horas de enfermagem, por leito e por usuário, nas 24 horas, a partir do grau de dependência do paciente, sendo: 3,8 horas de enfermagem dispensadas na assistência mínima; 5,6 horas de enfermagem na assistência intermediária; 9,4 horas de enfermagem na assistência semi-intensiva; 17,9 horas de enfermagem na assistência intensiva¹⁴.

Entretanto, em um serviço de emergência é preciso lidar com a imprevisibilidade; a organização para atendimento à demanda espontânea; as referências de média e alta complexidade; entre outras especificidades, e ainda não existe a indicação de como transformá-los em parâmetros mensuráveis para prever o dimensionamento de pessoal¹⁵.

Ainda é mencionada no DSC2 a importância do acompanhante ao paciente idoso durante sua internação, alegando que quando não há presença deste, o atendimento fica mais fragilizado. A visita aberta e direito ao acompanhante faz parte da PNH e também é garantida por lei aos pacientes idosos¹⁶. A presença do acompanhante além de fortalecer, na pessoa doente a sua identidade pessoal e autoestima, pode contribuir significativamente na observação de alterações do seu quadro clínico e pronta comunicação à equipe¹⁷.

O tempo de internação dos pacientes idosos na unidade de emergência é abordado no DSC3. Os profissionais de enfermagem colocam que os idosos, geralmente, ficam muitos dias internados na unidade, e discutem a necessidade de agilidade

no encaminhamento desses pacientes após estabilização de seu quadro clínico emergencial.

A longa permanência de pacientes em unidades de emergência e dificuldade de encaminhamento, principalmente de pacientes clínicos, crônicos e idosos, é um problema evidenciado em diferentes estados brasileiros¹². Um estudo realizado na Emergência de hospitais públicos, situados nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Sergipe e Pernambuco, aponta que o tempo de internação de pacientes nessas unidades pode variar de um dia até três meses¹². Corroborando, outra investigação denota que a permanência do usuário em período superior a 24 horas nos serviços de urgência/emergência descaracteriza a assistência aos casos de emergência, conduzindo a entressa como superlotação dessas unidades¹⁸.

Esses percalços são associados entre outros, à precariedade da rede assistencial, déficits na regulação dos leitos, falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar que, por sua vez, impactam o atendimento de emergência transformando essas unidades em depósitos de problemas não resolvidos. Para resolução desses impasses, defende-se a atuação conjunta a um sistema de regulação com referência e contrarreferência, que proporcione locais de seguimento após o atendimento emergencial¹².

Portanto, evidencia-se nos discursos a sensibilização dos profissionais quanto às dificuldades presentes na emergência e, à necessidade de intervenções para a melhoria da assistência ao idoso respeitando a sua privacidade e individualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da percepção dos profissionais de enfermagem acerca da ambiência de uma emergência hospitalar, para o cuidado ao idoso, evidenciou que os mesmos reconhecem diversas fragilidades no atendimento a essa clientela, haja vista os relatos de sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, bem como inadequações da estrutura física para o cuidado à população idosa, o que por sua vez dificulta as ações de enfermagem e limita a independência do idoso dentro de seus potenciais.

Os resultados obtidos, também, denotam que os profissionais de enfermagem propõem sugestões para melhorar a assistência ao idoso, entre os quais formar alianças com os acompanhantes para fortalecer o cuidado, realizar adequações quanto ao dimensionamento de pessoal de enfermagem devido ao elevado grau de dependência dos pacientes idosos, garantir manutenção e limpeza adequada da unidade, especialmente dos banheiros pelo risco de queda, proporcionar espaço adequado visando conforto, privacidade, lazer e independência ao idoso durante sua estada na emergência. Entretanto, algumas ações fogem das suas governabilidades, como a adaptação da estrutura física e o encaminhamento correto e ágil desse idoso após o quadro emergencial estar estabilizado.

Com o estudo pode-se inferir que o crescimento da população idosa na realidade local não acompanha as condições estruturais desta emergência hospitalar, em especial no que se refere ao ambiente físico necessário, para atender à demanda e necessidades de pacientes idosos.

Cabe destacar que este estudo se limita a um cenário de cuidado específico, com enfoque na percepção dos profissionais de enfermagem, o que mostra a importância de novas investigações em outras realidades, e que desvelem, também, a perspectiva de outros profissionais de saúde, dos usuários idosos e de seus acompanhantes.

REFERÊNCIAS

1. Prochet TC, Silva MJP. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. *Esc Anna Nery* 2008;12(2):310-5.
2. Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Lolli LF. O idoso no Brasil: Aspectos Legislativos de relevância para profissionais de saúde. *Revista Espaço para Saúde*. 2009;10(2):61-9.
3. Valera RB, Turrini RNT. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. *Ciencia y Enfermería*. 2008;14(2):87-95.
4. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Cienc. saude colet*. 2011;16(Supl.1):1069-79.
5. Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Rev. gauch. enferm*. 2013;34(1):55-63.
6. Ministério da Saúde (Brasil). *Ambiência*. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
7. Lefevre F, Lefevre AMC. *Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualitativo a metodologia do discurso do sujeito coletivo*. 2ª ed. Brasília (DF): Liber livro editora; 2012.
8. Guedes HM, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(2):249-56.
9. Ministério da Saúde (Brasil). *Protocolo de prevenção de quedas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
10. Ministério da Saúde (Brasil). *Protocolo de prevenção de úlceras por pressão*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
11. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010; 44(1):134-8.
12. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Cienc. saude colet*. 2009;14(5):1881-90.
13. Urbanetto JS, Marco R, Carvalho SM, Creutzberg M, Oliveira KF, Magnago TBS. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. *Rev. bras. enferm*. 2012; 65(6):950-4.
14. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem; [citado 30 mar 2015]. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2932004_4329.html
15. Schmoeller R, Gelbcke FL. Indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. *Texto & contexto enferm*. 2013;22(4):971-9.
16. Lei nº 10741/2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências; [citado 30 mar 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
17. Ministério da Saúde (Brasil). *Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante*. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
18. Dubeux LS, Freese E, Reis YAC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. *Cad. Saude Publica*. 2010; 26(8):1508-18.