



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GIOVANA APARECIDA DE SOUZA SCOLARI-FRANCISCO

**PERSPECTIVAS DE IDOSOS SOBRE ACESSO E ACOLHIMENTO EM
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

**MARINGÁ
2016**

GIOVANA APARECIDA DE SOUZA SCOLARI-FRANCISCO

**PERSPECTIVAS DE IDOSOS SOBRE ACESSO E ACOLHIMENTO EM
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e o processo de cuidado. Linha de Pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lígia Carreira

**MARINGÁ
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

S422p Scolari-Francisco, Giovana Aparecida de Souza
Perspectivas de idosos sobre acesso e acolhimento
em unidades de pronto atendimento / Giovana
Aparecida de Souza Scolari-Francisco. -- Maringá,
2016.

136 f. : il. color., figs., quadros

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lígia Carreira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Serviços de saúde para idosos. 2. Acesso aos
serviços de saúde - Idosos. 3. Acolhimento - Idosos.
4. Serviços médicos de emergência - Unidades de
Pronto Atendimento (UPAs). 5. Enfermagem geriátrica.
I. Carreira, Lígia, orient. II. Universidade
Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

CDD 21.ed. 610.7365

AMMA-003383

GIOVANA APARECIDA DE SOUZA SCOLARI-FRANCISCO

**PERSPECTIVAS DE IDOSOS SOBRE ACESSO E ACOLHIMENTO EM
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

Aprovada em: 29/11/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof^a. Dr^a. Celmira Lange
Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Prof^a. Dr^a. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a Deus,
Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela minha existência e pela fé que cultivou em meu coração, me dando forças, coragem e esperança para superar os desafios e permanecer firme nesta caminhada. Te louvarei eternamente Pai!

A todos os usuários dos serviços públicos de saúde, especialmente aos idosos e familiares, pela disponibilidade e por me acolher em seus lares e compartilhar comigo suas experiências. Todos foram essenciais para a realização deste estudo!

À minha família, por me ensinar a cada dia que longe é um caminho que não existe!

Aos meus pais, Lauro e Ivonete, por suas orações diárias e pelo amor infinito que sinto independente da distância. Amo vocês!

Ao meu irmão William, meu amigo e parceiro, que divide os momentos de alegria, que me orienta nos momentos de dúvidas e angústias, que me encoraja quando eu penso que não vou conseguir, que compartilha seus sonhos comigo. Te amo incondicionalmente!

Ao meu amado esposo Wellington, pelo amor sincero, pela compreensão e paciência nos momentos de ausência dedicados aos estudos, pelas palavras de incentivo e apoio para a superação de todas as dificuldades surgidas ao longo do mestrado. Esta conquista também é sua! Te amo para sempre!

À Prof^ª. Dr^ª. Lígia Carreira, por ter possibilitado a realização deste sonho e me aceitado como orientanda, por ter acreditado no meu potencial, pela dedicação, atenção e compreensão; por compartilhar suas experiências e conhecimentos, pois foram fundamentais para a construção deste estudo e para o meu crescimento pessoal e profissional. Muito Obrigada!

À Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Denardi, pelas sábias contribuições na construção deste trabalho, de forma criteriosa e valiosa desde a qualificação. Seu olhar possibilitou enriquecer e aprofundar o meu estudo!

*À Prof^a. Dr^a. Celmira Lange, por se dispor tão prontamente em avaliar e contribuir com a
minha dissertação!*

*Aos professores do Programa da Pós Graduação em Enfermagem da Universidade
Estadual de Maringá, pelo inestimável conhecimento compartilhado nas diversas
disciplinas. E também a todos funcionários, especialmente a secretária Cristiane, que
desde o processo seletivo “aguenta” o meu “aperreio”, e sempre se mostra disponível
para ajudar.*

*Aos meus colegas dos Grupos de Pesquisa NEAPE e GEPPEs, pelos preciosos momentos
de grupos de estudo e debates.*

*Às amigas Ana Carla Borghi, Elza Monteiro e Flávia Derhun, por se mostrarem grandes
companheiras nesta caminhada. Obrigada pela receptividade, pelas confidências e
sobretudo pelas vossas amizades. Saibam que ter amigo como vocês é uma dádiva!*

*À Karina Rissardo, amiga e irmã de pesquisa, pelo companheirismo, pelos choros e risos,
pelo ombro acolhedor e palavras sinceras. Sua amizade foi imprescindível nesta
caminhada! Você é um exemplo de profissional e ser humano! Admiro muito você!*

*À Secretaria Municipal de Maringá e aos funcionários das UPAs, especialmente os
Diretores, por permitir acesso às suas instalações para a realização desta pesquisa.*

*E por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste
estudo, muito obrigada!*

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência” (BOFF, 1999).

SCOLARI-FRANCISCO, G. A. S. **Perspectivas de idosos sobre acesso e acolhimento em unidades de pronto atendimento.** 2016. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira. Maringá, 2016.

RESUMO

Considerando que a velhice é acompanhada por elevado número de condições crônicas e a frequente agudização destas condições aumentam a demanda por serviços emergenciais, sobretudo nas Unidades de Pronto Atendimento, faz-se necessário que os dispositivos acesso e acolhimento sejam executados com comprometimento, a fim de oferecer assistência a esta parcela populacional com responsabilização pelo cuidado. Deste modo, o presente estudo propôs analisar o acesso e as práticas de acolhimento aos idosos em Unidades de Pronto Atendimento. Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com idosos e seus familiares que receberam atendimento nas duas Unidades de Pronto Atendimento de um município no interior do Paraná, Brasil. Os dados foram coletados entre dezembro de 2015 a abril de 2016, guiados por entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados aconteceu por meio das etapas de codificação aberta e axial da técnica analítica da Teoria Fundamentada nos Dados. Os resultados revelaram fortalezas e fragilidades referentes ao acesso de idosos nestes serviços. Entre as fortalezas, destaca-se a garantia de atendimento e o acesso a maiores recursos, como exames e medicamentos. Quanto as fragilidades, foram relatadas a distância da unidade, com necessidade do uso de transporte coletivo, a procura indiscriminada, inclusive por causas não urgentes, as quais geram sobrecarga de trabalho, demora no tempo de atendimento e incapacidade de resolver as necessidades de saúde da população. Evidenciou-se que o acolhimento é percebido entre as práticas de receptividade ao entrar no serviço, na continuidade do cuidado, proporcionada pela dinâmica de trabalho e nos aspectos referentes a ambiência e infraestrutura. Embora a maioria dos idosos sintam-se satisfeitos, dificuldades foram apontadas no processo de acolhimento, como o tempo de espera para realização de exames e obtenção de seus resultados. Conclui-se a necessidade de reestruturar a assistência prestada, a partir da efetivação das políticas públicas, no intuito de oferecer atendimento com respeito as particularidades dos idosos. Os resultados deste estudo fornecem subsídios para a discussão sobre o cuidado a idosos em situações emergenciais e para o planejamento de adequações na organização de trabalho em Unidades de Pronto Atendimento, colaborando com a melhoria de assistência em saúde para a pessoa idosa.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Acolhimento; Serviços Médicos de Emergência; Idosos; Enfermagem Geriátrica.

SCOLARI-FRANCISCO, G. A. S. **Perspectives of elderly people about access and welcoming in Emergency Care Units.** 2016. 137 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Advisor: Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira. Maringá, 2016.

ABSTRACT

By considering that old age is coupled with a high number of chronic conditions and that the frequent intensification of these conditions boosts the demand for emergency services, particularly in the Emergency Care Units, it becomes necessary that the access and welcoming devices are held with commitment, in order to provide assistance to this share of the population with accountability for the care. Accordingly, this study was intended to analyze the access and the welcoming practices towards the elderly people in Emergency Care Units. It was a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, which was conducted with elderly people and their relatives who were served in the two Emergency Care Units in a city located in the countryside of Paraná, Brazil. Data were collected between December 2015 and April 2016, guided by semi-structured interviews. Data analysis was performed by means of the open and axial coding steps of the analytical technique of Grounded Theory. The results showed the strengths and weaknesses with regard to the access of elderly people in these services. Among the strengths, one can highlight the guarantee of care and the access to greater resources, such as exams and medicines. Concerning the weaknesses, there were reports about the distance from the health facility, with the need to use public transport, the indiscriminate search, including because of non-urgent causes, which entail work overload, delay in the time of care and inability to solve the health needs of the population. It was made clear that the welcoming is perceived among the practices of receptivity at the time of entering the service, during the continuity of care, provided by the work dynamics, and also in the aspects relating to ambience and infrastructure. Although most of the elderly people feel satisfied, some difficulties were indicated in the welcoming process, such as the waiting time for accomplishing exams and obtaining their results. It is concluded that there is a need to restructure the assistance provided, based on the consolidation of public policies, with the aim of providing care with respect to the specific features of the elderly population. The results of this study provide subsidies for the discussion about the care of elderly people in emergency situations and for the planning of adjustments in the organization of work in Emergency Care Units, thereby collaborating with the improvement of health care of the elderly person.

Key-words: Health Services Accessibility; Emergency Medical Services; User Embracement; Geriatric Nursing.

SCOLARI-FRANCISCO, G. A. S. **Perspectivas de ancianos sobre el acceso y la acogida en Unidades de Cuidados de Emergencia.** 2016. 137 f. Dissertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira. Maringá, 2016.

RESUMEN

Considerando que la vejez se acompaña de un gran número de condiciones crónicas y que el frecuente agravamiento de estas condiciones incrementa la demanda de servicios de emergencia, especialmente en las Unidades de Cuidados de Emergencia, se hace necesario que los dispositivos de acceso y acogida se ejecuten con compromiso, con el fin de ofrecer asistencia a esta parte de la población con responsabilidad en la atención. Así, este estudio se propuso analizar el acceso y las prácticas de acogida de los ancianos en las Unidades de Cuidados de Emergencia. Se trató de un estudio descriptivo y exploratorio, con planteamiento cualitativo, realizado con ancianos y sus familiares que recibieron atención médica en las dos Unidades de Cuidados de Emergencia de una ciudad en el interior de Paraná, Brasil. Los datos se recopilaron entre diciembre de 2015 y abril de 2016, guiados por entrevistas semiestructuradas. El análisis de los datos ocurrió a través de etapas de codificación abierta y axial de la técnica analítica de la Teoría Fundamentada. Los resultados revelaron fortalezas y debilidades referentes al acceso de los ancianos en estos servicios. Entre las fortalezas, se destaca la garantía de la atención y el acceso a mayores recursos, tales como exámenes y medicamentos. Por lo que respecta a las debilidades, se relataron la distancia de la unidad sanitaria, con necesidad del uso del transporte colectivo, la demanda indiscriminada, incluso por las causas no urgentes, las cuales generan sobrecarga laboral, retraso en el plazo de atención e incapacidad para resolver las necesidades de salud de la población. Se evidenció que la acogida es percibida entre las prácticas de receptividad a la hora de entrar en el servicio, durante la continuidad de la atención, proporcionada por la dinámica de trabajo, y en los aspectos relacionados con el ambiente y la infraestructura. Aunque la mayoría de los ancianos se sienta satisfecha, se señalaron algunas dificultades en el proceso de acogida, como, por ejemplo, el tiempo de espera para la realización de los exámenes y la obtención de sus resultados. Se concluye que hay una necesidad de reestructurar la atención prestada, a partir de la consolidación de políticas públicas, con la intención de ofrecer atención con respecto a las particularidades de los ancianos. Los resultados de este estudio proveen subvenciones para la discusión sobre la atención a los ancianos en situaciones de emergencia y para la planificación de adecuaciones en la organización del trabajo en Unidades de Cuidados de Emergencia, colaborando con la mejora de la atención de salud a los ancianos.

Palavras-clave: Accesibilidad a los Servicios de la Salud; Acogimiento; Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería Geriátrica.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho discute o acesso e o acolhimento a idosos em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), na perspectiva destes usuários e suas famílias durante o atendimento nestes serviços de saúde.

Há algum tempo o tema envelhecimento tem chamado minha atenção. Meu ingresso na Pós-Graduação possibilitou a participação no grupo de pesquisa NEAPE (Núcleo de Estudos Avançados e Pesquisas sobre Envelhecimento), o qual potencializou meus anseios em pesquisar sobre indivíduos nesta faixa etária nos serviços públicos de saúde.

Após vários momentos de estudos, ideias e conversas, entre eu, a Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira, com a valiosa colaboração da Doutoranda em Enfermagem Karina Rissardo, chegamos a temática do presente trabalho, que uniu dois dispositivos de grande importância aos serviços de saúde, o acesso e o acolhimento, num cenário incipiente, as UPAs. Desta forma, elaborei o presente estudo e é com grande satisfação que o apresento como minha dissertação, resultado da minha caminhada científica que está apenas iniciando.

Os resultados desta dissertação são apresentados na forma de artigos, como propõe o modelo sugerido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, bem como visa a publicação dos dados em periódicos.

O primeiro manuscrito apresenta-se intitulado “**Assistência aos idosos em Unidades de Pronto Atendimento: revisão integrativa de literatura**”. Ao iniciar os estudos sobre a temática desta dissertação, constatei uma lacuna de informações referentes ao atendimento de idosos nestes serviços, sendo imprescindível a realização de aprofundamento bibliográfico, de forma sistematizada, assim como propõe uma revisão integrativa de literatura. Portanto, este artigo de revisão teve como objetivo analisar a produção científica sobre atendimento aos idosos em Unidades de Pronto Atendimento nas publicações nacional e internacional da área da saúde.

O segundo manuscrito contempla o primeiro objetivo da dissertação, que é compreender a percepção dos idosos referente ao acesso na assistência à saúde ao serviço das UPAs. É denominado “**O Acesso nas Unidades de Pronto Atendimento: percepção dos idosos e seus familiares**”.

E o terceiro manuscrito, “**Práticas de Acolhimento em Unidades de Pronto Atendimento: experiências relatadas pelos idosos e seus familiares**”, atende o objetivo

de identificar as práticas de acolhimento aos idosos atendidos em Unidades de Pronto Atendimento.

As demais seções desta dissertação estão estruturadas em Introdução, Objetivos, Percurso Metodológico, Implicações para a Enfermagem, Considerações Finais e Referências, que são comuns a todo estudo.

LISTA DE SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAs	Grupos Amostrais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNI	Política Nacional do Idoso
PRO-ADESS	Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PUBMED	Medical Literature, Analysis and Retrieval System Online
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Componentes da cadeia de manutenção da vida na Rede de Urgência e Emergência no Brasil	28
Figura 2	Classificação por portes das Unidades de Pronto Atendimento	33
Figura 3	UPAs Zona Sul e Zona Norte de um município do Paraná, Brasil	44
Figura 4	Fluxograma das etapas metodológicas empregadas na revisão integrativa...59	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Participantes do estudo, segundo grupos investigados	46
Quadro 2	Modelo de Categorização Aberta	50
Quadro 3	Exemplo de reagrupamento dos códigos	51
Quadro 4	Síntese dos estudos incluídos sobre atendimento de idosos em UPAs.....	60

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1. A construção do problema de pesquisa	18
2. OBJETIVOS	21
3. QUADRO TEÓRICO	22
3.1. Envelhecimento populacional e seu impacto na sociedade atual	22
3.2. Atenção à saúde do idoso na rede de urgência e emergência	25
3.3. As Unidades de Pronto Atendimento e a assistência à pessoa idosa	33
3.4. Acesso e Acolhimento ao idoso nas UPAs.....	36
4. PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1. Delineamento do estudo	43
4.2. Local do estudo	43
4.3. Participantes do estudo.....	45
4.4. Coleta de dados.....	47
4.4.1. Instrumentos utilizados	47
4.4.2. Entrevista	48
4.5. Análise dos dados	49
4.6. Aspectos éticos da pesquisa	52
5. RESULTADOS	54
5.1. Artigo 1: Assistência aos idosos em Unidades de Pronto Atendimento: revisão integrativa de literatura	55
5.2. Artigo 2: O acesso nas Unidades de Pronto Atendimento: percepção dos idosos e seus familiares	74
5.3. Artigo 3: Práticas de acolhimento em Unidades de Pronto Atendimento: experiências relatadas pelos idosos e seus familiares	90
6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	108
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110

REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	129
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	130
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
ANEXOS	133
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	134
ANEXO B – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ.....	137

1. INTRODUÇÃO

1.1 A construção do problema de pesquisa

O envelhecimento populacional corresponde a um fenômeno mundial, em países em desenvolvimento, como o Brasil, esta mudança vêm ocorrendo de forma acelerada e intensa (FRIES; PEREIRA, 2011; MELO, 2015). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, havia aproximadamente 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 10% da população nacional (IBGE, 2011). Estimativas apontam que o país alcançará um contingente superior a 70 milhões de idosos até 2050, ocupando a sexta maior população de idosos no mundo (BRASIL, 2010a).

Essa transição vem acompanhada da alta incidência e prevalência de condições crônicas (DENG; MO; LIU, 2014; EITO; BELIO; VIVAR, 2012; PENNING; ZHENG, 2016); De acordo com Kanasi, Ayilavarapu e Jones (2016), 80% dos idosos têm pelo menos um dano crônico e 50% têm dois danos crônicos.

O envelhecimento, somado ao aumento do número de enfermidades crônicas e as fragilidades e vulnerabilidades próprias da idade, provoca frequentemente a descompensação aguda de suas condições, aumentando cada vez mais a demanda pelos recursos e serviços de saúde (BORGHI et al., 2015; DEASEY; KABLE; JEONG, 2016; EITO; BELIO; VIVAR, 2012). Tal fato tem preocupado autoridades e gestores sobre como as sociedades irão lidar com o aumento da demanda por serviços de saúde (FRIED, 2016; VANCEA; SOLÉ-CASALS, 2016). Cabe considerar que o rápido processo de envelhecimento em países em desenvolvimento traz o risco de tempo insuficiente para a transição de novas políticas, sistemas e instituições de saúde (FRIED, 2016).

Aguilera et al. (2014) aponta que a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se insuficiente para atender as necessidades dos indivíduos e da coletividade, gerando assim sobrecarga nos serviços de urgência e emergência. Este fato é reconhecido em pesquisas tanto nacionais (AGUILERA et al., 2014; AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014; CACCIA-BAVA et al., 2011; CAMPOS et al., 2014; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; GARCIA; REIS, 2014; MENDES et al., 2012) quanto internacionais (MANLEY et al., 2016; McHALE et al., 2013; WERNER et al., 2014).

A fim de melhorar os avanços na urgência e emergência no Brasil, no ano de 2003,

ocorreu a reestruturação da atenção às urgências e emergências por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) com a finalidade de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências (BRASIL, 2003).

A partir daí, nota-se um progresso considerável nas políticas públicas neste nível de atenção. Em 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 1.020, foram estabelecidas as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo, denominado Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que tem funcionado como porta de entrada para muitos usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2009a; UCHIMURA et al., 2015). Entretanto, há mais de dez anos da instituição da PNAU, evidências indicam que os esforços para a implementação das UPAs ainda não foram capazes de solucionar problemas de saúde que têm culminado em superlotação dos serviços e a fragmentação do cuidado (UCHIMURA et al., 2015). Estes percalços tornam-se mais complexos quando se trata da pessoa idosa, que possui especificidades oriundas do envelhecimento e necessita de atenção adequada condizente às suas queixas (DEASEY; KABLE; JEONG, 2016).

Na perspectiva da integralidade do cuidado nos serviços emergenciais, o acesso e o acolhimento devem constar entre os primeiros elementos na transformação das práticas em saúde, pois representam dispositivos fundamentais na execução do Sistema Único de Saúde (SUS), para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Estes dispositivos devem estar vinculados para a implementação de assistência acolhedora e humanizada, pois é preciso recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar com o usuário (FORMIGA et al., 2014).

Para ter as necessidades de saúde alcançadas, a primeira etapa a ser vencida pelo usuário é a obtenção de acesso, de modo que não apenas adentre ao serviço, mas receba atenção a partir de práticas acolhedoras no intuito de ser assistido com harmonia e integralidade (ASSIS; JESUS, 2012). O cumprimento deste dispositivo envolve comprometimento do profissional, uma vez que o acolhimento surge a partir das relações que se estabelecem entre usuário e profissional e está ligado ao emprego de recursos disponíveis para a solução de problemas dos usuários.

Tais práticas corroboram as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos e podem compor um plano para o estabelecimento de um processo de trabalho situado no interesse do cliente, tornando-se tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, humanização do atendimento e resolutividade (LOPES et al., 2015).

Ao considerar a importância do aumento da inserção dos idosos em diversos níveis de atenção à saúde, a necessidade de qualificação dos processos e instrumentos de cuidado a essa população, o recente tempo de implantação das UPAs e a significância destas unidades na organização do cuidado ao idoso, é que surgiu o questionamento: Qual a percepção dos idosos sobre o acesso e o acolhimento em UPAs?

Diante desta indagação, foram identificadas as lacunas de conhecimento existentes no atendimento ao idoso em UPAs. Esta pesquisa foi relevante não apenas para gerar novas informações, mas também porque pode contribuir para os profissionais que prestam assistência a esta população em seu cotidiano de trabalho, despertando-lhes a importância de voltarem o olhar às crenças e particularidades destes indivíduos para que seja possível proporcionar assistência condizente às suas necessidades. E ainda, oferecer subsídios para gestores a fim de refletir em estratégias para qualificar a assistência neste nível de atenção, contribuindo de forma direta para o serviço de saúde e a este segmento etário.

2. OBJETIVOS

Geral

- ✓ Analisar o acesso e o acolhimento da população idosa em Unidades de Pronto Atendimento.

Específicos:

- ✓ Compreender a percepção dos idosos referente ao acesso na assistência à saúde ao serviço das Unidades de Pronto Atendimento;
- ✓ Identificar as práticas de acolhimento aos idosos atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento.

3. QUADRO TEÓRICO

3.1. Envelhecimento populacional e seu impacto na sociedade atual

A população idosa aumenta discriminadamente, tanto nos países em desenvolvimento que adotam o conceito de idoso aos indivíduos de 60 anos ou mais, como para os residentes em países desenvolvidos, onde pessoas acima de 65 anos são consideradas idosas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2015; WHO, 2005).

Estudos epidemiológicos apontam que, hoje, 11% da população mundial é composta por indivíduos com mais de 60 anos. As projeções estimam que, em 2050, os valores passarão para 22% (KANASI; AYILAVARAPU; JONES, 2016). O Brasil não é exceção, seu perfil demográfico tem-se transformado desde 1960, passando de uma sociedade rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de mortalidade infantil, para uma sociedade urbana, com menos filhos e nova estrutura nas famílias brasileiras. A mudança é perceptível entre as comunidades, a qual em pouco tempo era composta por indivíduos jovens, e hoje se depara com um contingente considerável de idosos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2015).

O aumento da longevidade é um dos mais notáveis sucessos na história da humanidade. Tal fenômeno surge como consequência dos avanços no sistema de saúde, melhoria da qualidade de vida, progresso tecnológico da medicina, descoberta de novos medicamentos, adicionadas às intervenções terapêuticas e cirúrgicas modernas, que proporcionam o controle e tratamento de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas, alterando as estimativas da expectativa de vida com repercussão direta sobre o perfil da pirâmide populacional (BLOOM et al., 2015; MELO, 2015).

A mudança demográfica mundial que vem ocorrendo apresenta tanto oportunidades quanto desafios, pois as pessoas esperam viver uma vida longa e saudável (BEARD; BLOOM, 2015; OBANDO; CASTILLO; RAMÍREZ, 2014), o que envolve questões decisivas, como aposentadoria, impostos, saúde pública, habitação, dentre outras (OTTONI, 2014). Este dado é comprovado pelas estimativas de que, em 2050, haverá menos de três pessoas com idade ativa para uma com idade inativa, representando uma série de problemas, como a dificuldade nos pagamentos de aposentadorias (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2015; OTTONI, 2014).

A partir da desvalorização das aposentadorias e pensões, nota-se que os idosos passam por aflições associadas à carência de assistência e atividades de lazer, alta frequência

de abandono em hospitais ou Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Somada a estas questões, a falta de informação, o preconceito e o desrespeito aos cidadãos da terceira idade juntam-se à precariedade de investimentos públicos para atendimento adequado de acordo com as demandas desta população (ANDRADE et al., 2014; MATHERS et al., 2015).

Assim, os países procuram continuamente compreender o processo de envelhecimento populacional no intuito de manter os cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes. Para isso, esta temática deve estar presente na formulação e implantação de políticas públicas e, ainda, na implementação de estratégias de prevenção e cuidado direcionados às suas necessidades, de modo que tenha capacidade para ofertar serviços e ações no âmbito da saúde e da proteção social (BEARD; BLOOM, 2015; BLOOM et al., 2015; KANASI; AYILAVARAPU; JONES, 2016; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2015; VANCEA; SOLÉ-CASALS, 2016).

Considerando a relação existente entre velhice e condições crônicas, paralelamente às mudanças observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento recebem maior expressão no conjunto da sociedade (SILVA et al., 2015). Deste modo, o desafio para países como o Brasil é oferecer suporte de qualidade de vida para essa população, afinal, as enfermidades crônicas estão fortemente atreladas a incapacidades funcionais e deficiências que podem lentamente diminuir a capacidade do indivíduo em levar uma vida independente, sendo necessário muitas vezes o afastamento das atividades laborais, envolvendo questões tanto econômicas quanto sociais (SILVA et al., 2015; VANCEA; SOLÉ-CASALS, 2016).

Apesar de serem passíveis de prevenção, as Doenças Cardiovasculares, o câncer, o Diabetes *mellitus* e as Doenças Respiratórias Crônicas constituem as comorbidades de maior impacto na saúde pública e correspondem a 80% das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estão aliadas a estilos de vida pouco saudáveis, como o uso do tabaco, a inatividade física e dietas insalubres (SILVA et al., 2015; SMITH; STRAUSS; ZHAO, 2014; VANCEA; SOLÉ-CASALS, 2016).

Sabendo que incentivar os idosos a adotar estilo de vida saudável trata-se de um desafio, devido corresponder a mudança nos hábitos de toda uma vida, ações de promoção da saúde são essenciais, uma vez que sucinta o empoderamento dos indivíduos para que se sintam motivados a realizar escolhas mais saudáveis e, então, reproduzir atos adequados ao alcance de envelhecimento com mais qualidade. Desta forma, os profissionais da saúde serão

intermediadores e os usuários idosos, protagonistas, identificando suas carências e se responsabilizando pelo seu próprio cuidado (MARI et al., 2016).

Estudos realizados na Colômbia (FRIED, 2016) e na China (SMITH; STRAUSS; ZHAO, 2014) apontam que o investimento em sistemas de saúde com enfoque na prevenção de DCNT para a população idosa possivelmente desempenharia papel fundamental na mitigação de riscos e melhorias nos benefícios do envelhecimento. Cabe destacar que esta iniciativa deve ser executada em todas as faixas etárias para obter resultados a longo prazo e a um maior número de indivíduos (SMITH; STRAUSS; ZHAO, 2014).

Atualmente as DCNT são a principal prioridade na área da saúde no Brasil. Importantes iniciativas têm sido conduzidas, mas, devido ao comportamento histórico dos fatores de risco, persiste o desafio para implementação de ações e políticas oportunas e resolutivas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2015).

Segundo Rechel et al. (2013), Vancea e Solé-Casals (2016), este padrão de envelhecimento e doenças provoca sérias implicações para as políticas e orçamentos públicos, como exigências de proteção social e de serviços de saúde, as quais têm excedido a capacidade da sociedade em responder eficazmente a esta mudança demográfica. Tais exigências têm pressionado continuamente os sistemas de saúde e a assistência social, tornando-os financeiramente insustentáveis.

As DCNT, quando não controladas, repercutem em complicações e principalmente agudizações contínuas destas condições, o que contribui para indivíduos procurarem frequentemente os serviços de saúde, exigindo-se organização assistencial contínua e multidisciplinar que garanta a saúde e o bem estar desta população. Especialmente quando se trata de pacientes idosos, devido à crescente demanda por uma assistência especializada e de alto custo (LEONARD et al., 2014; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2015).

O atual modelo de atenção à saúde brasileira segue uma lógica em que o sistema funcione em redes e a APS deve funcionar como ordenadora e coordenadora do cuidado de todo o sistema, constituindo-se como a primeira porta de entrada dos indivíduos. Mas dados na literatura nacional (AGUILERA et al., 2014; AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014; CACCIA-BAVA et al., 2011; CAMPOS et al., 2014; CASTRO et al., 2012; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; GARCIA; REIS, 2014; MENDES et al., 2012) e internacional (BERG; LOENEN; WESTERT, 2016; KEIZER et al., 2015; LEONARD et al., 2014; McHALE et al., 2013; O'MALLEY, 2012; WERNER et al., 2014) apontam que a

grande demanda aliada a inúmeros percalços em sua logística tem feito com que os indivíduos procurem outras formas de obter atendimento.

Para Deasey, Kable e Jeong (2016), a incapacidade da APS em suprir as necessidades de saúde, em associação ao acelerado envelhecimento e ao elevado número de condições crônicas e complexas desta população, tem elencado um desafio para o sistema de saúde de cuidados agudos, como os serviços de urgência e emergência.

Tais serviços de saúde têm enfrentado desafios, como a superlotação, que têm sobrecarregado a sua infraestrutura e o processo de trabalho, comprometendo a qualidade do atendimento, havendo predomínio de assistência curativista, com tratamentos e altas rápidas (DEASEY; KABLE; JEONG, 2016; FORMIGA et al., 2014). Para Leonard et al. (2014), isto possivelmente produz impacto significativo nos custos de saúde, além de influenciar na incapacidade dos serviços de emergência em atender o fluxo de pacientes.

Levando-se em conta que os idosos com condições crônicas e complexas requerem serviços emergenciais que ofereçam cuidado com integralidade e respeito às suas particularidades, englobando suas necessidades psicossociais (DEASEY; KABLE; JEONG, 2016; LEONARD et al., 2014), torna-se oportuno conhecer a atenção à saúde do idoso na rede de urgência e emergência.

3.2. Atenção à saúde do idoso na rede de urgência e emergência

Em virtude do envelhecimento populacional, em 1994 foi sancionada a Política Nacional do Idoso (PNI) pela Lei nº 8.842, com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso e criar condições para promover sua autonomia e integração, inclusive nos serviços de emergência (BRASIL, 1994). Esta lei foi um marco importante para a população idosa, pois até então não havia política pública de saúde voltada a este público.

As finalidades desta regulamentação trouxeram aspectos cruciais ao cidadão da terceira idade, como o dever da família, do estado e da sociedade em assegurar os direitos da cidadania àqueles com 60 anos ou mais, além da participação na comunidade, do bem-estar e do direito à vida. Entre suas diretrizes, aborda a capacitação dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e a inclusão dessa temática nas disciplinas curriculares dos cursos superiores, além do estímulo a criação de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência e centros de cuidados diurnos (BRASIL, 1994).

Como o avanço da legislação voltada a população idosa, o sistema de saúde brasileiro, de maneira similar, vem sofrendo modificações nos últimos anos. Desde 1988, a partir da reforma sanitária e a consolidação do SUS, foi proposta uma reorganização político-administrativa, utilizando novos modelos de atenção à saúde baseados em princípios institucionais, tais como a descentralização, a regionalização e gestão da atenção e a hierarquização da rede de serviços de saúde, sugerindo ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social (BRASIL, 1988).

Até a contemporaneidade, o sistema de saúde brasileiro enfrenta alguns problemas que têm exigido sua evolução contínua, como o desafio crescente das DCNT e seus fatores de risco e o crescimento acelerado das causas externas, principalmente as violências e os acidentes (MENDES, 2011). Estes fatores, associados ao envelhecimento populacional, exigem urgência da transformação das políticas de saúde, pois o que se tem encontrado é um sistema fragmentado voltado prioritariamente para o enfrentamento das condições crônicas e das suas agudizações (MENDES, 2011).

Em 2010, o Ministério da Saúde (MS) sancionou a Portaria nº 4.279 que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Desde então, o modelo de atenção à saúde brasileira segue as propostas da RAS. Estas são constituídas por organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que possibilita ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população (MENDES, 2011). Assim, o SUS conta com pontos de atenção de complexidades baixa, média e alta, que são do mesmo modo importantes e se relacionam horizontalmente para desenvolver a integralidade do cuidado (MENDES, 2011).

Apesar das mudanças significativas na estrutura e nos processos de trabalho nos vários níveis de atenção à saúde, o modelo de cuidado ainda está direcionado para tratar a doença e, não o indivíduo e suas necessidades, e as ações seguem fragmentadas e verticalizadas, desgastando as relações entre trabalhadores e usuários (MENDES, 2011).

Em busca de progredir em melhorias nos sistema de saúde, no âmbito das urgências e emergências, em 1998 ocorreu o primeiro marco legislativo, com a criação da Portaria GM/MS nº 2.923, a qual estabeleceu investimentos no contexto da Assistência Pré-Hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 1998). Pelo contexto histórico, pode ser observado que os recursos destinados à implantação desta proposta não foram utilizados adequadamente, não sendo implantada nenhuma central de regulação ou serviço de

atendimento pré-hospitalar móvel, o que implica na permanência das barreiras já encontradas nesta área.

Com o propósito de melhorar os percalços vividos, o MS sancionou no ano de 2002, a Portaria nº 2.048 GM/MS, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, ordenando o acesso à assistência às urgências e realizando a referência de forma adequada aos usuários de maior gravidade por meio do acionamento e intervenções de regulação médica, além da capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2002a; GONÇALVES, 2011; DOURADO, 2013).

A lei aponta que toda rede assistencial deve compor o Sistema de Urgência e Emergência, de maneira que, desde a APS até a rede hospitalar, sejam portas abertas aos usuários idosos com quadros agudos e estejam capacitados para acolhê-los e encaminhá-los para os demais pontos de atenção do sistema (BRASIL, 2002a; MENDES, 2011).

O estudo de Dourado (2013) evidencia que a disponibilidade de todos os serviços funcionarem como porta aberta aos usuários favorece a utilização incoerente dos serviços de emergência. Por outro lado, Manley et al. (2016) discorre que, se todos os serviços de saúde possuísem estratégias para atender situações emergenciais, possivelmente minimizaria a superlotação dos pronto-atendimentos.

No Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, é mencionada a garantia do acesso universal e igualitário, com atenção integral a esta população, inclusive nas unidades emergenciais por intermédio do SUS, com o objetivo de realizar a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam predominantemente esta faixa etária (BRASIL, 2009b).

Faz-se necessário atendimento diferenciado a estes indivíduos, levando-se em conta as suas limitações fisiológicas. Nesta mesma política, é determinado que a manutenção da saúde do idoso deve ser efetivada por meio de atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios e em unidades geriátricas de referência com pessoal especializado nesta área (BRASIL, 2009b).

Salienta-se que o idoso, quando inserido no serviço de emergência, deve obter acesso e acolhimento de modo singular, considerando sua situação de saúde, capacidade cognitiva, funcional e social, sendo indispensável a efetivação de assistência que garanta sua integridade e autonomia.

No mesmo ano de aprovação do Estatuto do Idoso, foi instituída a PNAU pela Portaria GM nº 1.863 com o propósito de fortalecer a rede de serviços de cuidados integrais

às urgências (BRASIL, 2003). A publicação da PNAU foi fundamental para a reorganização do sistema de saúde, uma vez que a legislação do SUS não aborda exclusivamente a atenção às urgências (ACOSTA, 2012; BRASIL, 2003). A partir desta política, foram estabelecidos como componentes essenciais da Rede de Urgência e Emergência: a adoção de dispositivos promocionais de qualidade de vida e saúde, a estruturação das redes assistenciais, a instalação e operacionalização das Centrais de Regulação Médica das Urgências, a capacitação das equipes de saúde em todos âmbitos da rede e a orientação dessa atenção pelos princípios da humanização (ACOSTA, 2012; BRASIL, 2003).

Como pode ser observado na Figura 01, para abranger tais componentes essenciais, o SUS estabelece enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-os em seus diversos componentes: a Regulação Médica de Urgência e Emergência, o Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, o Atendimento Hospitalar, o Pós-Hospitalar e a implementação de Núcleos de Educação em Urgências para capacitação dos profissionais (BRASIL, 2006a; DOURADO, 2013; GONÇALVES, 2011).

Figura 01 – Componentes da cadeia de manutenção da vida na Rede de Urgência e Emergência no Brasil.



Fonte: A autora (2016).

O componente Pré-Hospitalar Fixo é composto pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Estratégias de Saúde da Família (ESFs), os ambulatórios especializados, os serviços de diagnósticos e terapias e as Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências. Trata-se da assistência prestada no primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou, ainda, psiquiátrica, características que possam levar ao sofrimento, sequelas e até ao óbito (BRASIL, 2006a; DOURADO, 2013).

Cabe destacar a grande contribuição do Pacto pela Saúde publicado em 2006 na implementação de diretrizes para a reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, enfatizando o primeiro nível de atenção à saúde como precursor das ações a esta parcela populacional.

Nesta política foram definidas ações de promoção e prevenção na APS para manutenção da condição funcional da pessoa idosa (BRASIL, 2010a). Estes serviços desempenham papel fundamental na RAS, de modo que devem estar capacitados para atender a demanda do envelhecimento. Constata-se tal característica não apenas no Brasil, mas em diversos países que têm implantado várias iniciativas preventivas para reduzir o risco de doenças crônicas, como exemplo da Inglaterra, que aumentou o número de médicos capacitados em especialidades específicas e alterações no modo de promover o cuidado na APS. Tais estratégias visam especialmente contribuir com a redução de internamento por condições sensíveis à APS devido a tratamentos rápidos e fragmentados (BARDSLEY, 2013).

Um estudo realizado na Austrália com o objetivo de analisar o impacto do envelhecimento da população na demanda dos serviços de emergência demonstrou que, em dez anos, o número de procura por idosos nestes serviços duplicou, havendo maior taxa para os idosos longevos, aqueles indivíduos com mais de 80 anos, comparados com pacientes de outras faixas etárias (LEONARD et al., 2014).

Devido a emergente preocupação com o envelhecimento da população associada ao aumento da demanda por serviços de saúde, em outubro de 2006 foi assinada a Portaria GM/MS nº 2.528, que traz um novo paradigma para a discussão da atual situação de saúde dos idosos, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Além disso, a regulamentação aponta medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção, como os serviços de média complexidade, no processo de reabilitação, e recuperação integral da autonomia funcional e das condições de saúde deste indivíduo (BRASIL, 2010a).

Referente ao componente Pré-Hospitalar Móvel, trata-se do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços associados ao salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências, possui equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo extrapolar os limites municipais. Este componente deve chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar ao sofrimento, sequelas e até ao óbito. De modo a prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde corretamente hierarquizado e integrado ao SUS, no qual o médico regulador, após julgar cada caso, definirá a melhor resposta, podendo ser um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios (ACOSTA, 2012; BRASIL, 2006b; DOURADO, 2013).

O SAMU tem colaborado consideravelmente com a sobrevivência de idosos. Um estudo realizado no Piauí cujo objetivo foi analisar a assistência desse serviço verificou que 69% dos atendimentos foram por causas clínicas, como crise hipertensiva, Acidente Vascular Encefálico (AVE), dispneia, dentre outros (LINO et al., 2014). Esta característica permite constatar a associação entre as DCNT e suas agudizações na pessoa idosa, a qual exige atendimento rápido com profissionais altamente treinados e capacitados.

O atendimento rápido e eficaz perpassa o pré-hospitalar, sendo necessário também o âmbito hospitalar. O componente hospitalar é constituído pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidado prioritárias, além disso, deve ter horário de funcionamento ininterrupto, deve dispor de recursos físicos, humanos e tecnológicos apropriados para ser o primeiro nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência de moderada e severa gravidade (ACOSTA, 2012; BRASIL, 2006b).

Uma pesquisa realizada em emergência hospitalar nos Estados Unidos aponta que mais de 40% dos usuários eram idosos, o que exige mais tempo e recursos do serviço devido à complexidade de seus cuidados oriundos das condições crônicas subjacentes (HASTINGS, 2013).

E ainda tem o componente Pós-Hospitalar, composto por modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária (BRASIL, 2006a; DOURADO, 2013). Neste contexto, levando-se em conta a atenção ao idoso, em 2002 foi proposto, a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, pela Portaria GM/MS nº 702, embasada

na condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/02) (BRASIL, 2002b).

Considerando a portaria mencionada, ainda em 2002, foi sancionada a Portaria GM/MS nº 249, a fim de aprovar as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Estes serviços configuram-se em ambiente hospitalar e devem possuir extensões para o desenvolvimento de atividades diurnas (hospital dia), ambulatórios especializados e atendimento domiciliar. Destaca-se que esta portaria estabelece que os cuidados à população idosa devem ser com equidade, universalidade, integralidade e descentralização, independente se o estabelecimento é referência ou não a esta faixa etária (BRASIL, 2002c). Além disso, a portaria em questão determina normas de instalações físicas e acesso do idoso aos serviços de saúde, como os pronto-atendimentos, onde se faz primordial a inclusão de rampas, corrimãos, piso revestido com material antiderrapante e portas que não possuam trancas ou chaves (BRASIL, 2002c).

O entendimento da reestruturação do Sistema de Urgência e Emergência e a Atenção à Saúde do Idoso é primordial para a constatação do empenho em assistir integralmente esta população, bem como compreender a regulamentação da política e pelos amplos progressos obtidos na implantação do componente pré-hospitalar móvel e do complexo regulatório da porta das urgências e emergências.

Neste contexto, a PNAU foi reformulada, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.600 no ano de 2011, tendo sido criada a Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2011a). Esta lei determina a ampliação do acesso e do acolhimento aos casos agudos em todos os serviços de saúde, promovendo a resolução integral da necessidade levantada ou transferindo-a de forma responsável, para um serviço de maior complexidade, oferecendo atenção à urgência de modo hierarquizado, regulado e organizado a fim de promover o elo de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade.

A PNAU recomenda que a rede de atenção às urgências seja implantada em todo território nacional, que os municípios se estruturam para a garantia de um atendimento qualificado, equilibrado, universal e integral às urgências de baixa, média e alta complexidades. Estes serviços devem realizar avaliação e estabilização inicial dos usuários e providenciar a transferência para os serviços de referência, para esclarecer o diagnóstico por meio de exames especializados, avaliação médica especializada ou internação, ressaltando a importância da qualidade e a resolutividade na atenção, pois constituem a base

do processo e dos fluxos assistenciais de toda a rede e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção (BRASIL, 2011a).

Após a reformulação da PNAU, observa-se pelas portarias sancionadas um avanço na Rede de Atenção às Urgências. Entretanto, apenas o SAMU havia progredido, os demais componentes da Rede não estavam sendo implementados na mesma dimensão, havendo comprometimento da assistência, principalmente no que diz respeito ao pré-hospitalar fixo da política.

Apesar das políticas públicas estabelecerem que a implantação das UPAs ocorreram em 2003, constata-se que este termo não é encontrado nesta política, a qual emprega o termo pré-hospitalar como sinônimo (KONDER, 2013). Somente em 2008, com aprovação da Portaria GM/MS nº 2.922, foi estabelecida as diretrizes para o fortalecimento e implementação das UPAs, sendo consideradas um novo espaço de atenção, com regionalização e ampliação do acesso (BRASIL, 2008). Vale destacar que a lei em questão foi revogada pela Portaria GM/MS nº 1.020 em 2009 (BRASIL, 2009a), que por sua vez também foi revogada pela Portaria GM/MS nº 1.601 em 2011 (BRASIL, 2011b).

A partir de então, finalmente houve enfoque para a implantação destas unidades, com destaque para a aprovação da Portaria GM/MS nº 2.648 no ano de 2011 que determina novas diretrizes para a implantação da UPA e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, de acordo com a PNAU (BRASIL, 2011c). Além desta, outras portarias foram publicadas pelo MS, que dispõem sobre o incentivo financeiro de custeio para construção e ampliação das UPAs e o conjunto de serviços da Rede de Atenção às Urgências, a saber: Portaria nº 2.820, de 28 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011d), Portaria nº 2.821, de 28 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011e), Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011f), e Portaria nº 1.171, de 5 de junho de 2012 (BRASIL, 2012a). Sabendo que a presente pesquisa teve às UPAs como local de estudo, faz-se pertinente um estudo mais aprofundado destes serviços para a melhor compreensão de como tem ocorrido a assistência à população idosa nestas unidades.

Referindo-se a assistência à saúde nos serviços de média complexidade, nota-se nas leis mencionadas uma restrição de informações relacionadas ao idoso nestes estabelecimentos, sobretudo nos serviços de urgência e emergência, não sendo encontrados aspectos específicos nestas legislações sobre assistência ao idoso em situação emergencial.

Mesmo que não sejam encontradas esta temática nas leis estudadas, constata-se que as informações estabelecidas nestas políticas de saúde corroboram às necessidades dos

idosos nos serviços de urgência e emergência, pois todas as leis apresentam de forma generalizada a assistência nas unidades de saúde. Porém, considerando que cada serviço tem características próprias, com diferentes realidades, ressalta-se a importância em explicitar a função das UPAs na assistência ao idoso.

3.3. As Unidades de Pronto Atendimento e a assistência à pessoa idosa

As UPAs configuram-se por estabelecimentos de saúde não-hospitalares de média complexidade que visam estabelecer a relação das UBSs/ESFs com a rede hospitalar. No âmbito de suas atribuições, estas unidades desempenham papel relevante no atendimento intermediário à saúde, constituindo importante porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde de Urgência e Emergência (BRASIL, 2006a; SILVA et al., 2012).

Estas unidades devem atender a demanda nas 24 horas, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de complexidade intermediária, estabilizar os casos graves, como também fornecer a retaguarda às unidades de atenção básica. Precisam ainda possuir estrutura física, recursos humanos e tecnologia compatíveis com seu importante papel na assistência à saúde da população. Por meio da Portaria GM/MS nº 104 de 2014, estas unidades são classificadas em diferentes portes, conforme demonstra a Figura 02.

Figura 02 – Classificação por portes das Unidades de Pronto Atendimento.

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 7HS ÀS 19HS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS 19HS ÀS 7HS	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	Média de 150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	Média de 250 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	Média de 350 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

Fonte: Brasil (2014).

As UPAs são classificadas segundo a capacidade física estabelecida, o número de leitos e de recursos humanos disponíveis, além da capacidade diária de realizar atendimentos médicos. Entre as finalidades desta distinção, destaca-se a consolidação dos princípios do

SUS, especialmente a universalidade, integralidade e regionalização, a qual permite a implantação destas unidades nos municípios de pequeno e médio porte (BRASIL, 2014).

O processo de implantação e regulamentação das UPAs é recente no país, das 957 unidades que estão em fase de construção e ampliação, apenas 384 estão em funcionamento (BRASIL, 2015). No estado do Paraná, a implantação das UPAs vem exercendo papel relevante na reestruturação da rede de urgência e emergência, provocando importante discussão entre gestores estaduais, municipais e docentes/pesquisadores do campo da saúde pública, que têm considerado o tema como prioritário no debate da agenda política sobre a gestão e a organização do SUS. O Estado, atualmente, conta com 27 UPAs, sendo duas unidades implantadas há quatro anos no município estudado (PARANÁ, 2014).

De acordo com dados recentes disponibilizados pelo MS, nos municípios onde funcionam as UPAs, foi reduzida em 96%, as situações em que os pacientes faziam o primeiro contato aos serviços de saúde na rede hospitalar (BRASIL, 2013a). Para Oliveira et al. (2015), embora estes serviços representem grande avanço ao sistema de saúde no país, desafios têm sido observados constantemente, sobretudo, referentes à fragmentação do cuidado ao idoso, pois a UPA tem-se tornado a unidade de sua preferência, contribuindo para que o mesmo deixe de realizar acompanhamento adequado na APS.

Uma pesquisa realizada na Inglaterra relata que os desafios na assistência ao idoso na APS pode fragilizar o vínculo, devido à complexidade do fortalecimento de laços e ainda, gera desordem em todo o sistema de saúde (MANLEY et al., 2016). Práticas de acolhimento limitadas na APS contribuem para que o idoso mantenha o cuidado à saúde baseado no modelo biomédico, uma vez que a própria velhice o torna dependente de fatores curativistas que, associados à dificuldades de mudanças nos hábitos culturais e valores da população, induzem os usuários a procurarem assistência onde encontrarem porta aberta (AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; SUDRÉ et al., 2014).

Tal característica tem gerado baixa resolutividade e qualidade da assistência, sobrecarga de trabalho dos profissionais e gastos desnecessários no setor de emergência (AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014; FORMIGA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

Estes serviços correspondem a média complexidade por ofertarem procedimentos de maior infraestrutura tecnológica, como exames laboratoriais, de imagem, medicamentos diferenciados, especialmente os injetáveis e até internação. Tal fator, associado a rapidez e presteza, proporciona aos que o procuram maior resolutividade dos seus problemas de saúde por caracterizarem-se como ágeis e resolutivos, por isso tem sido a escolha como entrada

aos serviços de saúde para muitos usuários (AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

O fluxo de usuários nos serviços de saúde, relacionado à complexidade do atendimento, é permitido a partir de mecanismos de referência e contrarreferência, que são organizados e pactuados em redes locorregionais de atenção integral às urgências. Sabendo que as necessidades imediatas da população requerem respostas rápidas, o sistema deve ser capaz de acolher o público prestando-lhe atendimento e redirecionando-lhe para os locais apropriados à continuidade do tratamento por meio do vínculo com os serviços da rede e com as demais centrais de regulação (BRASIL, 2006b). É necessário que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede para o sucesso do vínculo e a garantia de um atendimento adequado e a continuidade da assistência especialmente à população idosa, que possui particularidades próprias nesta etapa da vida e é fundamental que os cuidados garantam sua integridade e autonomia.

Para a Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia, o cuidado ao idoso tem sido mais dificultado pela carência de coordenação entre os pontos de atenção à saúde, sobretudo pela inadequada comunicação entre eles (EITO; BELIO; VIVAR, 2012). A criação de um mecanismo organizado e sistemática de troca de informação é fundamental para a garantia de uma gestão coerente e para a transferência adequada de dados e isso tem se tornado prioridade entre os gestores do sistema de saúde, pois podem contribuir para melhorar a assistência ao idoso em todo o sistema de saúde (EITO; BELIO; VIVAR, 2012; VANCEA; SOLÉ-CASALS, 2016).

Além das iniciativas para transformar as práticas de trabalho nos serviços de saúde, o paciente deve ter enfoque nas melhorias da assistência. Destaca-se a proposta do autocuidado apoiado, que deve enfatizar a função central do usuário e sua família, de modo que possam desenvolver um sentido de responsabilidade por sua própria saúde, com o estabelecimento de metas terapêuticas a serem alcançadas, o monitoramento das intervenções propostas e técnicas de apoio para autoavaliação do estado de saúde (AMORIM; PESSOA, 2014).

Pesquisas internacionais referem que, por meio da Promoção da Autonomia da Pessoa Idosa, o cuidado centrado na pessoa tem sido implantado especialmente nos serviços que atendem agudizações, como as UPAs, que sua execução pode ser demorada, mas os benefícios são imprescindíveis para que o idoso receba um plano de cuidados, evitando a procura frequente nestes serviços, bem como promove autonomia e independência

prolongada (ALTHAUS et al., 2011; DEASEY; KABLE; JEONG, 2016; SUIJKER et al., 2012; VANCEA; SOLÉ-CASALS, 2016).

O estudo de Araújo e Silva (2012), que teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e patológico de idosos que frequentam uma UPA no interior de São Paulo, apresenta alta demanda desta população com grande variedade de queixas, as quais sugerem-se a implementação de políticas públicas voltadas às especificidades e exigências destes indivíduos nestes serviços.

Cabe destacar que, visando oferecer assistência específica e integral a pessoa idosa, foi implantada no município de Canoas (Rio Grande do Sul, Brasil), a primeira UPA do país exclusiva para idoso, que dispõe de acolhimento qualificado para área de geriatria e gerontologia (CANOAS, 2014). Embora a UPA do Idoso corresponda a uma importante iniciativa, constata-se poucas unidades geriátricas de referência no país, especialmente no âmbito das urgências e emergências. Tal fato implica em atendimento generalizado entre as faixas etárias, o que torna relevante a análise do acesso e do acolhimento da pessoa idosa nestes serviços.

3.4. Acesso e acolhimento ao idoso nas UPAs

A estruturação da PNAU, importante política para a Rede de Atenção às Urgências, ocorreu no mesmo período de elaboração das políticas de qualificação do SUS. No Brasil, no ano de 2006, foi criado por meio da Portaria GM/MS nº 3.125 o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência, conhecido como Programa QualiSUS, que estabeleceu as diretrizes para a estruturação e organização da atenção às urgências nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006c).

O Programa QualiSUS é atrelado com o Humaniza SUS: a Política Nacional de Humanização (PNH). Este programa ressalta a humanização como dimensão essencial da assistência à saúde com qualidade a partir da redução de filas e tempo de espera, ampliação do acesso, atendimento acolhedor de acordo com a gravidade do caso, a referência territorial, a garantia de informações ao usuário e de gestão participativa (BRASIL, 2006c).

A PNH instituída pelo MS em 2004, ressalta a necessidade de garantir acesso e atenção integral à população, bem como estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas (BRASIL, 2004a); assinala ainda, a complexidade do que se pode instituir como esfera de monitoramento e avaliação à luz da Humanização, desafiando a

necessidade de “criar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente transformações nos quadros de saúde-doença, mas reorganizar os processos de trabalho e mudanças nas relações sociais entre usuários, trabalhadores e gestores em sua habitual experiência nos serviços de saúde, além de provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos indivíduos, até mesmo em suas dimensões subjetivas (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2010b).

Portanto, as bases conceituais do QualiSUS e Humaniza SUS estão bem harmonizadas com as políticas de qualificação, como a questão do acesso, do acolhimento e da humanização (DOURADO, 2013). Deste modo, para que haja um atendimento que vise à integralidade do cuidado à população idosa, o acesso e o acolhimento são dispositivos primordiais e devem ser trabalhados juntos e de forma contínua nas UPAs.

O significado de acesso à saúde e a formação de um modelo capaz de mensurá-lo têm sido objetos de grande interesse, já que estas particularidades são fundamentais para o desenvolvimento de propostas e metas sustentáveis no setor saúde (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Até o momento, a definição de acesso ainda é discutida, demonstrando seu nível de pluralidade e complexidade, o qual muitas vezes é empregado incorretamente na sua relação com os serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012; MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014; RESTREPO-ZEA et al., 2014; SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Pesquisadores como Marin, Moracvick e Marchioli (2014), Sanchez e Ciconelli (2012), Travassos e Castro (2012) defendem o acesso como um fator que vincula a relação entre a procura e a entrada no serviço, referem-se às particularidades por possíveis usuários e revela a capacidade da oferta de produzir serviços (aumentar ou obstruir) e de responder às necessidades de saúde da população, especialmente aos idosos, que possuem características particulares na velhice e necessitam de atendimento rápido, eficaz e com resolutividade das necessidades de saúde apontadas.

De acordo com pesquisadores nacionais (RESTREPO-ZEA et al., 2014; SANCHES; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2012) e internacionais (YANG et al., 2015), as principais características de acesso à saúde são resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Todas as dimensões giram em torno da capacidade que os estabelecimentos dispõem, por meio de recursos e serviços, de atender às necessidades dos indivíduos e da coletividade, pois se trata do produto final quando se busca atendimento (RESTREPO-ZEA et al., 2014).

A disponibilidade inclui de forma ampla a relação geográfica entre as instituições físicas de saúde e o indivíduo que delas precisam, como distância e opções de transporte (RESTREPO-ZEA et al., 2014; TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Associado à alta prevalência de DCNT entre os idosos e as complicações que podem ocorrer caso não alcancem acesso aos serviços de forma ágil e objetiva, torna-se imprescindível minimizar os possíveis percalços na execução do acesso funcional.

A aceitabilidade trata-se da natureza dos serviços prestados e a maneira como eles são entendidos pelos usuários e comunidades (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; YANG et al., 2015). Aliada a aceitabilidade, tem-se a informação, pois para que os idosos compreendam a disponibilização dos recursos, necessitam ter conhecimento. O conhecimento eficaz remete ao empoderamento para tomar decisões bem informadas sobre o uso dos serviços de saúde, que impacta tanto na percepção de saúde dos indivíduos como no seu acesso aos serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Referente a capacidade de pagamento corresponde à relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2012; YANG et al., 2015). Diante dos problemas presentes no setor saúde, os idosos que possuem condições financeiras recorrem ao sistema privado, para ter suas necessidades alcançadas, entretanto, devido às dificuldades com pensões e aposentadorias, esta condição é rara, e os idosos procuram assistência no sistema público.

As dimensões do acesso associadas ao envelhecimento populacional trazem preocupações para autoridades e gestores no setor saúde mundial. Um estudo colombiano aponta que, apesar do país estar perto da cobertura total, é preocupante o acesso referentes às questões que englobam equidade e qualidade na assistência (RESTREPO-ZEA et al., 2014). Apesar dos serviços de saúde ainda oferecerem acesso inflexível, focalizado e excludente, constata-se o empenho em valorizar os resultados da assistência recebida e não apenas as questões de entrada nos serviços (CAMPOS et al., 2014; GOMIDE et al., 2012).

No Brasil, a PNH ressalta que humanizar é proporcionar acesso ao atendimento de qualidade, vinculando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004b). A humanização deve ser vista como uma das dimensões primordiais do cuidado, não podendo ser compreendida apenas como um “programa” a ser aplicado aos diversos serviços de

saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede do SUS (BRASIL, 2004b).

Sabe-se que o acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013), o qual exige sensibilidade, conhecimento e responsabilização contínua pela saúde do idoso de modo a receber bem o usuário, escutá-lo, compreendê-lo, fazer valer as necessidades individuais e coletivas de cada pessoa (BRASIL, 2010b; OLIVEIRA; PINTO, 2015). O acolhimento é classificado como tecnologia leve, ou seja, as práticas de saúde estão intermediadas por dispositivos associados com o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e usuário, bem como, qualidade do atendimento e resolutividade das ações (BRASIL, 2010b; OLIVEIRA; PINTO, 2015).

O dispositivo de re(organização) do processo de trabalho preconizado no acolhimento, destaca a dinâmica de atendimento no serviço de saúde (BRASIL, 2010b). As UPAs devem proporcionar aos idosos assistência precisa, sistemática e resolutiva, estabilizando a situação clínica condizente a sua densidade tecnológica e encaminhando-os aos demais níveis da atenção para continuidade do cuidado, fortalecendo a ferramenta de referência e contrarreferência, enquanto elo de comunicação da RAS (BRASIL, 2013b).

Para que haja acolhimento adequado, faz-se necessário comprometimento dos profissionais, pois estes desempenham papel intermediador entre os indivíduos e o acesso aos recursos e serviços de saúde. Além disso, como a empatia está entre os atributos da humanização, é primordial que os profissionais utilizem-na em seu processo de trabalho para com os usuários idosos, compreendendo suas especificidades e limitações; bem como necessitam compreender sua função no sucesso do acolhimento. Para isso, valorizar os trabalhadores e oferecer educação permanente contribui ao alcance desta prática (BRASIL, 2004b).

Cabe destacar que o número de profissionais deve ser condizente ao trabalho para não interferir na eficiência da prática em questão, uma vez que se sabe que o dimensionamento de pessoal inadequado gera sobrecarga de trabalho e afeta o processo de acolhimento. Outro atributo da PNH que preconiza o acolhimento nos serviços de saúde é a ambiência, relacionada a capacidade de o estabelecimento possuir estrutura física e ambiente que ofereça assistência confortável, reduzindo o sofrimento do idoso. A ambiência trata-se do espaço físico compreendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve favorecer atendimento acolhedor, resolutivo e humano (BRASIL, 2010).

Entre as práticas humanizadas propostas pela PHN nos serviços de urgência e emergência, destaca-se o estímulo à implantação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), cujo intuito é reestruturar os processos de gestão e atenção nestes serviços, potencializando um movimento pró-humanização já funcional nas instituições hospitalares, relacionadas ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) estabelecido no ano 2000 pelo MS (BRASIL, 2006c).

Visando o avanço da legislação relacionadas às UPAs, o MS sancionou em 2013 a Portaria nº 342, a qual define que, independente do porte das UPAs, deve ser implantado o processo de ACCR, em ambiente específico, de modo a priorizar o atendimento daqueles com agravos à saúde e, ainda, estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento, de classificação de risco e a garantia de apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da unidade (BRASIL, 2013a).

Desde 2004, a maioria dos serviços brasileiros de urgência e emergência adotam algum protocolo de ACCR, sendo o protocolo de Manchester o mais utilizado. Este protocolo foi implantado em 1997 em Manchester, Reino Unido e, a partir de então, é adotado como norma em hospitais de vários países, como Suécia, Portugal, Canadá e Japão (BRASIL, 2009c). Oportuno destacar que, segundo a proposta da PNH e também da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 423/2012, por meio da consulta de enfermagem, a classificação de risco e a priorização da assistência em Serviços de Urgência é atividade privativa do enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2004a; COFEN, 2012).

O Protocolo de Manchester é um instrumento estruturado, do tipo fluxograma, em que o enfermeiro identifica a queixa principal do usuário e aplica o instrumento seguindo as respostas afirmativas das questões e dos discriminadores do fluxograma. Indica a prioridade clínica e ainda fornece informações referentes ao tempo de atendimento, assim, o usuário é classificado em um dos quatro critérios para atendimento, sendo: vermelho (emergente – atendimento imediato), amarelo (urgente – pode aguardar atendimento por até 60 minutos), verde (pouco urgente – 120 minutos) e azul (não urgente – 240 minutos) (ACOSTA, 2012; BRASIL, 2009c; PINTO-JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Um dos objetivos deste instrumento é minimizar o fluxo “desordenado” dos usuários nestes serviços, sendo imprescindível a reorganização do processo de trabalho destas unidades, o que permite o atendimento não por ordem de chegada, mas pelos distintos graus de especificidade e necessidades de acordo com as variadas prioridades (BRASIL, 2004a).

Assim, no atendimento, deve-se priorizar a condição clínica dos usuários, com embasamento na avaliação e classificação de risco; em situação de enfrentamento de fila, por exemplo, prioriza-se aquele que, no momento, corre mais risco de vida em função do seu agravo e/ou sofrimento (BRASIL, 2009c).

Ressalta-se que, segundo a recomendação do Estatuto do Idoso, é primordial que os indivíduos nesta faixa etária devem ter prioridade no atendimento de modo imediato e individualizado em todos os órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população (BRASIL, 2009b). Reforçando esta norma, a PNSI aborda como diretriz o acolhimento preferencial do idoso nos estabelecimentos de saúde, respeitando o critério de risco, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2010a). Para realização do acolhimento preferencial, o profissional deve estar qualificado para reconhecer as questões acerca do processo de envelhecimento e suas particularidades, com conhecimento sobre as redes de referências e acesso do idoso em toda a rede assistencial.

Embora tais regulamentações estabeleçam atendimento preferencial a este segmento etário (BRASIL, 2009b), um estudo realizado em Ponta Grossa, Paraná, aponta que o tempo de espera para agendamento de consultas e atendimento nos serviços de saúde é frequentemente relatado como problema por idosos (GRDEN et al., 2015).

Uma pesquisa australiana verificou que os modelos contemporâneos de oferecimento de assistência emergencial aos idosos carecem de reformulação a fim de melhorar a atenção a esta parcela populacional, além de necessitarem de planejamento e educação permanente. Além disso, o estudo propõe a verificação dos modelos de financiamento para incentivar o investimento nestes serviços, uma vez que as mudanças propostas nas urgências e emergências serão capazes de evoluir somente se a política da Austrália melhorar os instrumentos de financiamento e nos ajustes dos modelos em saúde, considerando a necessidade de cuidado e recursos peculiares (BURKET et al., 2016).

Em busca de melhorar a oferta de atendimento qualificado aos idosos, e considerando que a família desempenha papel fundamental na reabilitação de seus entes em processo de doença, em 8 de Abril de 1999, foi instaurada a Portaria GM/MS nº 280, a qual estabelece a obrigatoriedade dos hospitais públicos ou conveniados com o SUS de facultar a presença de acompanhante de pacientes idosos (BRASIL, 1999a). Em Junho deste mesmo ano, foi decretada a Portaria GM/MS nº 830, que especifica as condições deste acompanhamento, de modo que fica estabelecido a cada paciente idoso o direito a um acompanhante e o

fornecimento a este, de refeições e acomodações, como cadeira ou poltrona (BRASIL, 1999b). Esta característica também foi reforçada pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2009b).

Assim, as demandas do SUS exigem novas tecnologias e qualificação dos serviços, satisfação dos usuários e profissionais e humanização no atendimento. Aliada a estes fatores, destaca-se que a participação popular é um dos princípios do SUS e trata-se de uma importante ferramenta para avaliar os serviços, além de possibilitar a intervenção dos usuários nestes serviços (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; MENDES et al., 2012). Desta forma, a pesquisa qualitativa propicia a inclusão da percepção dos atores envolvidos nos serviços, oferecendo informações acerca do objeto de estudo.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que utilizou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Tal qual se propõe os estudos descritivos, na presente pesquisa buscou-se descrever as relações entre o acesso e o acolhimento por meio da caracterização da população idosa atendida na UPA (POLIT; HUNGLER, 2011) e o nível de atendimento público na perspectiva dos usuários (GIL, 2010).

Foi adotado nesta pesquisa o estudo exploratório com a finalidade de familiarizar o pesquisador com o fenômeno investigado, realizar descrições precisas da realidade e identificar as relações existentes entre seus componentes, proporcionando visão geral sobre determinado fato, principalmente de temas pouco explorados como o atendimento de idosos em UPAs (GIL, 2010).

No que se refere à abordagem qualitativa, foi empregada objetivando responder a questões muito particulares, como comportamentos, sentimentos, emoções, fenômenos culturais e movimentos sociais, aos quais não são alcançados e nem captados em equações, médias e estatísticas. Neste contexto, buscou-se analisar experiências e vivências complexas, proporcionando a compreensão de como a população idosa, durante o atendimento às UPAs, dá sentido ao ocorrido em suas vidas (STRAUSS, CORBIN, 2008).

4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado em um município que é sede de uma Regional de Saúde, localizada no estado do Paraná-BR. O Paraná possui 22 regionais de saúde, sendo esta a terceira maior regional do estado com 748.686 habitantes e referência a 29 municípios da região (IBGE, 2011; PARANÁ, 2014).

O município conta com 357.077 habitantes, tendo atualmente 43.716 idosos residentes, os quais representam 12,2% dos habitantes (IBGE, 2011), o que elenca o município com o maior índice de idosos dentre àqueles com mais de 200 mil habitantes do Estado do Paraná (IBGE, 2011).

Este município possui os seguintes serviços de saúde: uma Secretaria da Saúde, duas Unidades de Pronto Atendimento, uma Central de Regulação de Leitos, uma Central de Regulação Médica das Urgências, um Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica, 33 UBSs, 72 Equipes de Saúde da Família, uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual, duas Policlínicas e uma Clínica de Assistência Especializada, uma Clínica Odontológica, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), o SAMU, um Laboratório Municipal de Análises Clínicas, dois hospitais e ainda um hospital de especialidade oncológica, todos estes oferecem seus serviços à população gratuitamente (PARANÁ, 2014).

O cenário da pesquisa foram as duas UPAs do Município, demonstradas na figura 03, a qual a primeira imagem trata-se da UPA Zona Sul e a segunda, a UPA Zona Norte.

Figura 03 - UPAs Zona Sul e Zona Norte de um município do Paraná, Brasil.



Fonte: Paraná (2012).

A UPA Zona Norte foi inaugurada em 2012, oferece atendimento para aproximadamente 200 mil habitantes, o que corresponde à metade dos munícipes. Esta unidade é listada pelo MS como porte II, tendo 12 leitos de observação, divididos em feminino e masculino com inclusão de dois leitos de isolamentos (PARANÁ, 2014).

Já a UPA Zona Sul foi inaugurada no mesmo ano e possui abrangência para o restante da população do município estudado. Esta unidade é classificada como porte III pelo MS, possuindo dez leitos masculino, dez feminino, nove leitos pediátricos, além de três leitos de isolamento (PARANÁ, 2014).

O funcionamento das UPAs, conforme propõe a PNAU, é ininterrupto, 24 horas por dia, todos os dias da semana. Optou-se por realizar a pesquisa em ambas UPAs do município

para obter uma análise geral do atendimento no município neste tipo de serviço. Afinal, sabe-se que apesar dos serviços utilizarem os mesmos protocolos e métodos de trabalho, o processo sofre influências dos profissionais, principalmente da equipe de gerência. Além disso, as unidades são classificadas como portes diferentes pelo MS, então, cada serviço tem sua particularidade e especificidade.

4.3. Participantes do estudo

A seleção dos participantes desta pesquisa foi estabelecida de acordo com os princípios da amostragem e saturação teórica, preconizado pela TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008). Este processo é estabelecido pelo pesquisador que, durante a coleta de dados, codifica, categoriza e conceitualiza os dados de cada Grupo Amostral (GA) e, por meio das comparações realizadas entre os dados e os questionamentos e inferências do investigador sobre os mesmos, determina-se o que ainda precisa ser investigado na cena social. A coleta de dados ocorreu até que nenhum dado novo ou relevante surgisse referente a uma categoria.

Deste modo, a população do estudo se constituiu de 25 usuários idosos, de ambos os sexos, que atenderam os seguintes critérios de elegibilidade: aceitar participar da pesquisa, ter idade igual ou superior a 60 anos, ter sido atendido em uma das UPAs (Zona Norte ou Zona Sul), no mês de novembro de 2015 e ter obtido pontuação mínima do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), em conformidade com o nível de escolaridade. Dentre estes idosos, cinco apresentaram déficit cognitivo, sendo solicitada a participação do cuidador responsável na entrevista, pois entendeu-se que a interação e o cuidado nestas situações são diferentes, bem como o significado atribuído a eles.

Como a amostragem não foi pré-determinada, a composição dos GAs surgiu como a análise das primeiras interações com os usuários, proporcionando a análise comparativa. Após a leitura e análise aprofundada de todos os códigos encontrados nas primeiras entrevistas, surgiu a hipótese de que a condição clínica dos idosos interferia na percepção sobre o acesso e o acolhimento. Assim, considerou-se pertinente estabelecer que os GAs corresponderiam à classificação de risco dos idosos atendidos em ambas UPAs, ou seja, quatro grupos compuseram este estudo, conforme apresenta o Quadro 1.

O primeiro GA foi constituído por oito idosos classificados como Verde (pouco urgente); o segundo GA, estabelecido por sete usuários, elencados pelos enfermeiros pela

coloração Amarela (urgente); o terceiro GA, constituído por cinco pessoas de cor Azul (não urgente).

Seguindo-se a transcrição das entrevistas e a análise contínua dos códigos emergentes com sensibilidade teórica, percebeu-se que todos indivíduos classificados pela coloração Vermelha (atendimento imediato) apresentavam déficit cognitivo, o que era esperado devido a hipótese de que idosos que procuram o serviço em reais situações emergenciais são aqueles que possuem maiores complicações da senescência e senilidade. Deste modo, foi solicitada a participação do cuidador na entrevista e o quarto GA foi composto por cinco cuidadores responsáveis dos idosos.

Ao realizar o estudo com idosos classificados por todas as cores tornou-se possível um panorama geral e melhor compreensão do objeto de estudo, permitindo a participação de idosos com condições clínicas não urgentes até aqueles de extrema emergência.

Quadro 1 – Participantes do estudo, segundo grupos investigados.

Unidade de Atendimento	Total	Grupo	Coloração
UPA Zona Norte UPA Zona Sul	4 <hr/> 4 8	1º Grupo	Verde
UPA Zona Norte UPA Zona Sul	3 <hr/> 4 7	2º Grupo	Amarelo
UPA Zona Norte UPA Zona Sul	2 <hr/> 3 5	3º Grupo	Azul
UPA Zona Norte UPA Zona Sul	3 <hr/> 2 5	4º Grupo	Vermelho
Total de participantes	25		

Fonte: A autora (2016).

4.4. A Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2015 a abril de 2016 em **quatro etapas**.

A **primeira etapa** correspondeu à busca dos atendimentos aos idosos nas UPAs. Devido à não informatização das UPAs, como os prontuários eletrônicos empregados na Atenção Básica, foi necessário operar as fichas de atendimento impressas. No setor de prontuários de cada uma das UPAs, foram separadas as fichas de atendimentos dos idosos das outras faixas etárias, correspondente ao mês de novembro de 2015. Optou-se por selecionar o atendimento deste mês a fim de facilitar o contato com os idosos e facilitar sua percepção perante um atendimento recente. Após a separação das fichas de atendimento, estas foram divididas e enumeradas de acordo com a classificação de risco recebida.

Em seguida, procedeu-se a **segunda etapa**, em que foi realizado o sorteio com auxílio do software Excel (versão 2013) dos idosos de cada classificação. Das fichas de atendimentos sorteadas, foram obtidos o nome e contato telefônico do idoso.

A **terceira etapa** se deu por contato telefônico, no qual a pesquisa e seus objetivos foram apresentados, feito o convite prévio a participar do estudo e agendado entrevista na data, horário e local escolhido pelo idoso ou seu familiar. Com o aceite, foi realizado o levantamento de dados da ficha de atendimento como: idade, sexo, procedência, classificação de risco obtida, queixa referida, diagnóstico recebido e o desfecho do atendimento, além do contato telefônico e o endereço do idoso. Tais informações foram preenchidas em um formulário elaborado pela pesquisadora a fim de organizar os dados.

Com a data definida, procedeu-se a **quarta e última etapa**, que aconteceu por meio de entrevistas. Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora em dia, horário e local de preferência do idoso ou de seu familiar. Duas entrevistas foram realizadas nas dependências da Universidade Estadual de Maringá (UEM) por solicitação dos participantes e as demais ocorreram nos domicílios dos idosos. A realização das entrevistas fora do serviço de saúde teve a finalidade de minimizar a influência dos profissionais nas informações oferecidas pelos idosos.

4.4.1. Instrumentos utilizados

Para avaliação cognitiva utilizou-se o MEEM, um instrumento composto por questões agrupadas em categorias, cada uma com a finalidade de avaliar "funções" cognitivas específicas, como a orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação do MEEM varia de zero a 30 pontos, sendo que os valores mais baixos indicam comprometimento cognitivo. Como o MEEM sofre influência da escolaridade, os valores de referência sugeridos para distinguir os sujeitos com possíveis déficits cognitivos são: para analfabetos = 20 pontos, de um a quatro anos de escolaridade = 25 pontos; de cinco a oito anos = 26,5; de nove a 11 anos = 28 e para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos = 29 pontos (BRUCKI, 2003).

O guia de entrevista (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora teve adequação e aparente de conteúdo realizado por três especialistas da área. Ponderando que a coleta de dados foi realizada no ambiente domiciliar e na universidade, entendeu-se a necessidade de um roteiro que guiasse a entrevista, já que, mesmo com os pressupostos da observação participante, a presença da pesquisadora na casa do indivíduo ou este nas dependências da universidade trazia mudanças na dinâmica e rotina de suas atividades diárias.

Foram realizadas entrevistas-piloto com quatro idosos para testar a validade das questões e, então, iniciou-se a pesquisa com os idosos do estudo. Destaca-se que o guia de entrevista, teve a finalidade de nortear o trabalho de campo e a interação com os idosos. Ou seja, o mesmo não foi utilizado de forma direta e objetiva.

Este guia foi composto por três partes, contendo questões abertas e fechadas: a primeira parte trata-se das características sociodemográficas (idade, data de nascimento, sexo, estado civil, escolaridade, profissão); a segunda refere-se a questões do atendimento – se foi encaminhado pela UBS, qual a UBS de referência, o meio de transporte utilizado, a classificação de risco obtida, a queixa referida, o diagnóstico recebido e o desfecho do atendimento; e a terceira parte, por se tratar de uma entrevista aberta, a questão norteadora que guiou as entrevistas foi: Como tem sido o acesso e o acolhimento nas UPAs? Para chegar ao foco desejado, algumas perguntas contribuíram para conduzir as entrevistas no momento da coleta de dados.

4.4.2. Entrevista

Segundo Minayo (2013), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, por intermédio da qual, o pesquisador procura obter informações contidas na fala dos atores sociais. Não se trata de uma conversa comum e neutra, afinal constitui um meio de coleta dos fatos transmitidos pelos participantes enquanto sujeitos-objeto da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. O pesquisador deve possuir algumas características importantes para que a entrevista seja bem sucedida, deve tratar o participante com respeito, ser capaz de escutar qualificadamente e com sensibilidade e estimular a pessoa a responder (CHARMAZ, 2009; GIL, 2010).

O pesquisador solicitou aos participantes a permissão para a gravação das entrevistas. As entrevistas tiveram uma média de duração de 26 minutos e os dados foram gravados em equipamento digital do tipo MP4, sendo registrado também as expressões, sons, repetições, silêncio, risos. Após cada entrevista, realizou-se a transcrição na íntegra do material coletado que foi digitalizado em arquivo de elaboração de texto. Para a redação final da dissertação, foram feitas pequenas correções gramaticais, adequando à norma culta a fala dos sujeitos sem comprometer o sentido da informação.

4.5. Análise dos dados

Após a transcrição da primeira entrevista, ocorreu a análise dos dados a fim de identificar os dados que ainda necessitavam ser elucidados para que as categorias pudessem ser expressas.

A TFD é um método que objetiva conhecer o fenômeno no contexto em que este ocorre, na perspectiva do sujeito, o que permite analisar a inter-relação entre significados e ação, com base nas informações obtidas e analisadas na pesquisa social. Para esta etapa, foi utilizado o método comparativo constante, o qual é indicado por Glaser e Strauss (1999) para as pesquisas que adotam a TFD como metodologia. O processo analítico da TFD ocorre de modo indutivo, no qual o pesquisador, com base na análise comparativa constante de cada incidente, estabelece as categorias conceituais que revelam estes dados. Desta maneira, as categorias analíticas emergem dos próprios dados e são elaboradas no decorrer da pesquisa.

O uso dessa técnica se justificou por se tratar de um método de fluxo livre e criativo, no qual os analistas se movem para frente e para trás entre os tipos de codificação, ou seja, um processo contínuo de ir e vir entre os dados, usando técnicas e procedimentos analíticos livremente e em resposta à tarefa analítica que se tem em mãos. Desta forma, as etapas para

a análise dos dados da TFD tomadas por base neste estudo foram: a codificação aberta e a codificação axial (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A **codificação aberta** foi a primeira etapa da análise e realizada manual como se indica (STRAUSS; CORBIN, 2008). Neste momento, efetuou-se a microanálise, com leituras excessivas das entrevistas, submetendo-as ao processo de codificação linha a linha e em certos momentos palavra por palavra. Realizar a codificação desta maneira fez com que o pesquisador se certificasse de que nada foi deixado de fora; além disso, permitiu a identificação dos conceitos, das propriedades e a essência do discurso a partir dos dados. Esta etapa consistiu em abrir os dados didaticamente, examinando-os, comparando-os e conceitualizando-os. Para Strauss e Corbin (2008), a microanálise é o momento de ouvir os dados, o que estão dizendo e como estão dizendo.

A cada fragmento da entrevista atribuiu-se palavra(s) ou expressão, no qual são chamados códigos substantivos (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Os códigos substantivos foram escritos utilizando os verbos no gerúndio para induzir a reflexão sobre as ações e causar sensibilidade teórica ao incitar que o pesquisador deixe de refletir sobre os tópicos estáticos. O Quadro 2 representa um modelo de como os dados foram tratados inicialmente nesta pesquisa.

Quadro 2 – Modelo de categorização aberta.

Componente de análise	Códigos substantivos
“Na UPA, primeiro a gente passa pelo acolhimento, aí eles medem a pressão e a febre. Se eles veem que a gente realmente está mal, daí eles já colocam a gente lá para dentro, fica esperando na frente dos consultórios.”	Refletindo sobre o processo de acolhimento; Reconhecendo o acolhimento com classificação de risco;

Fonte: A autora (2016).

Partindo-se dos códigos abertos, surgiu a necessidade de tornar os códigos mais abstratos. Para tanto, estes foram separados, examinados e comparados em busca de semelhanças e diferenças, posteriormente foi realizado o agrupamento dos códigos, que se deu por meio da criação de subcategorias e categorias.

Os códigos deram os nomes dos conceitos que posteriormente receberam a denominação de categorias (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A codificação aberta foi realizada logo após a transcrição de cada entrevista e, então, nos passos analíticos posteriores, os dados foram reagrupados, iniciando a redução das categorias. Em outras palavras, algumas categorias iniciais foram agrupadas entre si por similaridades para o processo de melhor representação da realidade e ao objeto de estudo investigado. O quadro 3 representa o momento em que os dados são agrupados e reagrupados para constituição das categorias.

Quadro 3 – Exemplo de reagrupamento dos códigos.

Categoria: Dificuldades de acessibilidade à UPA
Códigos abertos:
Considerando que não há UPAs no município suficientes para atender a demanda;
Constatando a grande distância da residência até à UPA;
Explicando a necessidade do uso de transporte coletivo ao procurar a UPA;
Identificando lotação na UPA;
Relatando dificuldades para encontrar setores dentro da UPA;
Identificando necessidade de locomoção a outro serviço para realização de exames;
Constatando maior demanda em uma das UPAs do município;

Fonte: A autora (2016).

A partir do momento em que as categorias emergiram, as codificações aberta e axial ocorreram simultaneamente. Logo, a codificação axial inicia-se quando há relação entre conceitos e subcategorias que emergiram na codificação anterior, ou seja, os conceitos selecionados são analisados e reorganizados a fim de gerar explicações mais precisas e completas sobre o objeto investigado.

Na codificação axial deste estudo, iniciou-se o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos na codificação aberta; associando categorias de acordo com suas características e dimensões. Isto é possibilitado a partir de exaustivo trabalho de leitura e releitura das entrevistas, comparando todos os códigos um a um, a fim de garantir que fossem classificados e ordenados adequadamente (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nesta etapa, ocorreu a integração das categorias com a finalidade de reunir os dados e elaborar conexões entre as categorias e subcategorias. É um processo de reagrupamento

das informações que são relacionadas com o objetivo de gerar explicações mais elaboradas e densas sobre aquilo que está sendo estudado.

Esta fase se faz necessária pois há um grande volume de conceitos originados na fase anterior. Pode ser necessário retornar ao campo para aumentar os elementos de análise ou retornar ao conjunto de elementos iniciais e fazer nova busca de dados (STRAUSS; CORBIN, 2008). Ao codificar axialmente, o pesquisador procura respostas para suas questões com perguntas: por quê – de que forma – onde – quando – como – e com quais resultados, a fim de descobrir relações entre as categorias.

Para a teorização do contexto, foram utilizados instrumentos operacionais com o propósito de guiar a etapa final da análise. Por isso, a partir deste momento, foi adotada a análise de conteúdo, que é conduzida por um processo mais estruturado quando comparado a uma abordagem convencional. Permite que o pesquisador utilize o referencial para fundamentar suas escolhas e decisões para a identificação de códigos e formação das categorias; portanto, neste estudo foram utilizadas as políticas públicas de saúde referentes à saúde do idoso, do acesso e acolhimento e das UPAs e seus atributos.

Destaca-se a escolha por essa técnica porque permite flexibilidades, contextualização das propostas, vislumbra o fenômeno social em seus diversos contextos, como a história, a cultura, a crença, as relações, a acessibilidade a recursos e os resultados contínuos na ocasião analisada (MINAYO, 2013).

4.6. Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 466/12 referente à pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM, com Parecer de número 1.375.173 (Anexo A).

O projeto e a aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM foram encaminhados à Secretaria de Saúde do Município de Maringá/PR para apreciação pelos pares, obtendo-se autorização para a realização da pesquisa (Anexo B).

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa previamente pelo contato telefônico, sendo que, após explicação dos objetivos da pesquisa, da forma de participação e dos direitos, puderam optar ou não pela participação do estudo. Aceitando participar, no

momento da entrevista, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma delas ficou em posse do pesquisador e a outra com os participantes.

Destaca-se que não houve nenhum tipo de exposição a risco de natureza física e psicológica para os participantes envolvidos e nem originou efeitos institucionais a nenhum deles.

Vale lembrar que foi garantido a liberdade de não participar ou retirar-se do estudo em qualquer momento que fosse desejado e, ainda, a preservação da identidade dos envolvidos na pesquisa, sendo identificados pela Letra I correspondente ao termo “Idoso” e F para “Familiares”, seguido do número relativo à entrevista e a classificação de risco obtida. Igualmente, foi mantido sigilo e anonimato do local de pesquisa.

O acervo referente aos dados coletados se manterá em posse da pesquisadora por um período de cinco anos, após será destruído.

5. RESULTADOS

Visando uma melhor organização e publicação posterior dos dados, os resultados estão apresentados em formato de artigos científicos.

5.1. Artigo 1: Assistência aos idosos em Unidades de Pronto Atendimento: revisão integrativa de literatura

ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

RESUMO: Objetivo: analisar a produção científica sobre atendimento aos idosos em unidades de pronto atendimento nas publicações da área da saúde. Método: foi realizada revisão de literatura do tipo integrativa, com busca nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO, utilizando os descritores *Health Services for the aged and Emergency* e *Emergency Medical Services and Aged*, entre 2003 e 2015. Resultados: oito publicações atenderam aos critérios de inclusão e a análise destes estudos revelou duas categorias relevantes: características dos idosos e motivos da procura por atendimento em UPAs e dificuldades enfrentadas pelo idoso durante o atendimento em UPAs. Evidenciou-se a escassez de estudos voltados a população idosa em serviços de urgência e emergência e a importância em transformar o processo de cuidado. Conclusão: a análise dos serviços demonstrou a necessidade de reestruturação no atendimento, bem como capacitação dos funcionários, principalmente na área de geriatria, com destaque aos enfermeiros, que prestam assistência direta aos usuários, e inclusive, são responsáveis, pelo acolhimento com classificação de risco, ferramenta adotada na maioria dos serviços de urgência e emergência do país.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência; Serviços de Saúde para Idosos; Idoso; Revisão; Enfermagem.

CARE OF ELDERLY PEOPLE IN EMERGENCY CARE UNITS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Objective: to analyze the scientific production about the care of elderly people in Emergency Care Units (UPAs, as per its acronym in Portuguese) in publications linked to the field of health. Method: An integrative literature review was conducted, with a search in the PubMed, LILACS and SciELO databases, using the descriptors “Health Services for the aged and Emergency” and “Emergency Medical Services and Aged”, between 2003 and 2015. Results: Eight publications met the inclusion criteria, and the analysis of these studies showed two relevant categories: “Characteristics of the elderly people and reasons for the pursuit of care in UPAs” and “Difficulties faced by the elderly person during the care in UPAs”. It was made clear the shortage of studies focused on the elderly population in urgency and emergency services and the importance of transforming the care process. Conclusion: The analysis of the services attested to the need to restructure the care, as well as the training of workers, mainly in the field of geriatrics, with emphasis being placed on nurses, who provide direct assistance to users, and they are even responsible for the welcoming with a risk classification, which is a tool adopted in most urgency and emergency services in Brazil.

Key-words: Emergency Medical Services; Health Services for the Aged; Aged; Peer Review; Nursing.

ASISTENCIA A LOS ANCIANOS EN UNIDADES DE CUIDADOS DE EMERGENCIA: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

RESUMEN: Objetivo: analiza la producción científica sobre la atención a los ancianos en las Unidades de Cuidados de Emergencia (UPAs, según su acrónimo en portugués) en las publicaciones del área de salud. Método: Se realizó una revisión integradora de la literatura, con una búsqueda en las bases de datos PubMed, LILACS y SciELO, usando los descriptores “*Health Services for the aged and Emergency*” y “*Emergency Medical Services and Aged*”, entre 2003 y 2015. Resultados: Ocho publicaciones estaban en consonancia con los criterios de inclusión, y el análisis de estos estudios reveló dos categorías relevantes: “Características de los ancianos y los motivos de la demanda de atención en UPAs” y “Dificultades que encuentra el anciano durante la atención en UPAs”. Se evidenció la escasez de estudios dirigidos a la población anciana en los servicios de urgencia y emergencia y la importancia de convertir el proceso de atención. Conclusión: El análisis de los servicios demostró la necesidad de una reestructuración en la atención, así como la formación de los funcionarios, principalmente en el área de geriatría, haciendo hincapié en los enfermeros, los cuales prestan asistencia directa a los usuarios e incluso son responsables de la atención con clasificación de riesgo, herramienta adoptada en la mayoría de los servicios de urgencia y emergencia en Brasil.

Palabras-clave: Servicios Médicos de Urgencia; Servicios de Salud para Ancianos; Anciano; Revisión; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial, o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acelerada nas últimas décadas. No Brasil, projeta-se para 2025 um contingente de 32 milhões de idosos, constituindo o sexto país em termos de população idosa (IBGE, 2011)⁽¹⁾. Considerando o declínio típico da senescência, o idoso possui uma combinação de fatores que leva à maior vulnerabilidade às doenças crônico-degenerativas, dentre outras fragilidades que também merecem atenção.

Diante destes fatores, a demanda por serviços de saúde aumenta e, por conseguinte, torna-se indispensável à adequação do atendimento em todos os níveis de atenção (BOECKXSTAENS; GRAAF, 2011)⁽²⁾, especialmente àqueles serviços que tem grande procura, como as UPAs (GRUNEIR; SILVER; ROCHON, 2011)⁽³⁾.

As UPAs exercem função primordial, além de serem consideradas uma das portas de entrada imediata aos usuários. Desde 2008, estes serviços unem-se ao componente do sistema de atenção à saúde, instituído pela PNAU, cuja finalidade é colaborar na organização das redes de atendimento integral às urgências e emergências, responsáveis pelo atendimento a usuários agudos ou crônicos agudizados, com ou sem risco imediato de vida (BRASIL, 2008)⁽⁴⁾.

Apesar do processo de implantação e regulamentação das UPAs ser recente no país, com 957 unidades em fase de construção e apenas 326 em funcionamento (BRASIL,

2014)⁽⁵⁾, estes estabelecimentos têm sido alvo de discussão entre gestores estaduais, municipais e docentes/pesquisadores do campo da saúde pública, que consideram o tema como prioritário no debate da agenda política sobre a gestão e a organização do SUS.

Por se tratar de uma modalidade recentemente reestruturada no país, possivelmente seja o motivo para a escassez de estudos, principalmente trabalhos que abordem idosos nestes serviços. Portanto, acredita-se que o conhecimento dos estudos referentes ao atendimento da população idosa neste cenário de gestão é primordial para a organização dos serviços de saúde, o que possibilitará melhor articulação entre a RAS e um atendimento qualificado a esta parcela populacional.

Diante da complexidade do processo de envelhecimento, associada à alta demanda dos idosos em todos os níveis de atenção dos serviços, este estudo buscou analisar a produção científica sobre atendimento aos idosos em unidades de pronto atendimento na literatura nacional e internacional. Com tais informações foi possível conhecer o cenário do estudo da atenção aos idosos na UPA, possibilitando reflexões que levem a implementar estratégias para reduzir sua ocorrência e melhorar a qualidade da assistência.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão integrativa de literatura sobre atendimento aos idosos em UPAs, permitindo sintetizar a temática para gerar compreensão do questionamento e inclusão das evidências na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)⁽⁶⁾.

Para a elaboração da presente pesquisa, foram utilizadas as seguintes etapas: (1) identificação do tema e seleção da questão de estudo, (2) estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra/busca na literatura, (3) pesquisa bibliográfica, (4) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, (5) avaliação dos estudos incluídos na revisão, (6) interpretação dos resultados e (7) apresentação da revisão (BARROSO, 2003)⁽⁷⁾.

Na etapa 1, a formulação da pergunta foi guiada pela estratégia PICO (JBI, 2008)⁽⁸⁾, sendo “P” a população, neste estudo refere-se aos idosos, “I” ao fenômeno de interesse, ou seja, o atendimento em UPAs e “Co” trata-se do desfecho, ou seja, do resultado que se espera encontrar. Dessa forma, a questão norteadora desta pesquisa foi: “Qual o conhecimento científico produzido sobre atendimento a idosos em UPAs?”.

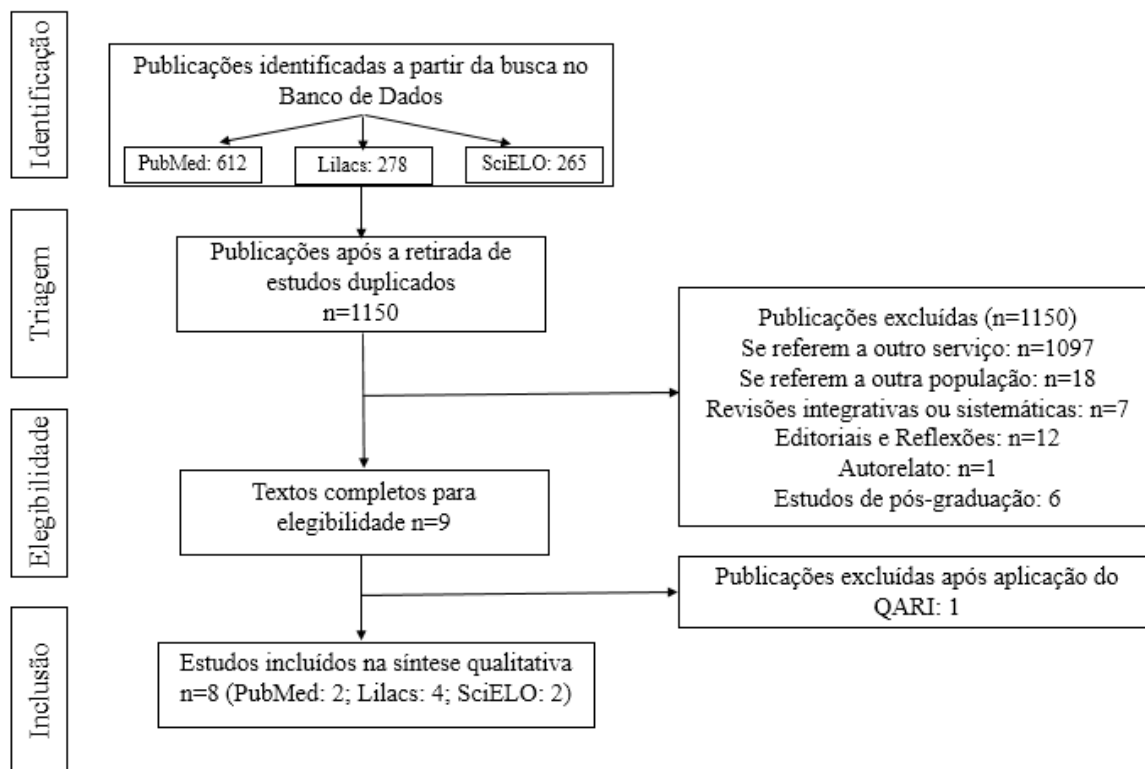
Na etapa 2, o estabelecimento de critérios para a seleção, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: estudos primários, publicados entre janeiro de 2003 a dezembro de 2015, sem definição de idiomas, realizados com pessoas de 60 anos ou mais para estudos nacionais e 65 anos ou mais para os internacionais. A definição do ano de início da revisão justifica-se pelo fato da implantação da lei que reestrutura os serviços de urgência e emergência. Foram excluídos capítulos de livros, artigos de reflexão, teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias e relatórios técnicos.

Para a etapa 3, realizou-se extensa pesquisa bibliográfica eletrônica nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature, Analysis and Retrieval System Online* (PubMed) *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se os seguintes descritores controlados: Serviços de Saúde para Idosos (*Health Services for the aged*) combinado com Emergência (*Emergency*) e Serviços Médicos de Emergência (*Emergency Medical Services*) combinado com Idoso (*Aged*).

O levantamento foi realizado entre os meses de janeiro e fevereiro de 2016, obtendo 612 estudos na base de dados PubMed, 278 na Lilacs e 265 na SciELO, totalizando 1155 publicações. Em seguida, efetuou-se a seleção, considerando-se, primeiramente, como potencialmente elegíveis os trabalhos cujos títulos e resumos informaram ter como sujeitos os indivíduos com 60 anos ou mais e terem sido desenvolvidos em UPAs. Destaca-se que para as publicações internacionais, foram consideradas como UPAs, as unidades que não compõem o contexto hospitalar, configurando-se como serviços de média complexidade.

Após análise prévia da observância dos critérios de inclusão, e considerando a leitura exploratória (título e resumo), obteve-se um quantitativo inicial de 56 pesquisas, das quais foram excluídos cinco estudos que se encontravam repetidos nas bases de dados. Assim, 51 publicações foram eleitas e delas realizou-se leitura integral. Após esta análise, 42 estudos foram excluídos, três por se tratar de revisão de literatura e 39 por se tratar de serviços de urgência e emergência hospitalares. Posteriormente, após a aplicação do instrumento de avaliação da qualidade dos estudos, o Teste de Confiabilidade JBI QARI *Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research* (JBI, 2008)⁽⁸⁾, um estudo foi excluído, permanecendo então oito estudos ao final. O processo de seleção das publicações está representado na Figura 4.

Figura 4 - Fluxograma das etapas metodológicas empregadas na revisão integrativa.



Fonte: A autora (2016).

Para a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, na etapa 4 adotou-se um formulário de coleta de dados, elaborado pelas pesquisadoras, contendo informações sobre autores, ano de publicação do estudo, base de dados e periódicos, amostra, delineamento, objetivos, rigor metodológico, resultados e conclusões dos estudos. As etapas subsequentes correspondentes à análise dos estudos incluídos na revisão, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão seguem nos resultados e discussão do presente trabalho.

O processo de análise ocorreu em dois momentos: a primeira fase foi realizada pela leitura, descrição dos dados e construção do quadro sinóptico; e na segunda fase, os dados foram agrupados por semelhanças e organizados em categorias temáticas. A apresentação dos resultados e análise dos dados obtidos foi feita de forma descritiva.

RESULTADOS

Dos oito artigos analisados, identificou-se que seis foram realizados no Brasil, um nos Estados Unidos da América e um na Inglaterra. Tal fato pode ser justificado pelos serviços que compõem a RAS brasileira tratarem-se de uma característica nacional, na qual se observou que a maioria dos estudos internacionais referem-se a serviços de pronto-atendimentos, aquelas unidades que compõem o complexo hospitalar, que não foram incluídos na presente pesquisa.

Quanto às bases de dados, dois estudos foram constatados tanto na PubMed quanto na SciELO e quatro na LILACS. Referentes ao periódico, verificou-se quatro distintos, “Kairós Gerontologia”, “BMC Geriatric”, “BMJ Journal”, e destaca-se a “Revista Ciência e Saúde Coletiva” com cinco artigos.

Nota-se que a metade dos estudos foram publicados em 2010, e o principal referencial metodológico adotado foi a triangulação de métodos, sendo a etapa quantitativa destes estudos executada por meio de informações extraídas de banco de dados, o que sugere a importância do registro adequado do atendimento de idosos nestes serviços para análise dos dados epidemiológicos desses eventos.

O quadro 4 apresenta a síntese dos estudos incluídos na revisão, os quais constituíram o *corpus* deste estudo e representaram a essência para a elaboração dos resultados, discussão e respectiva conclusão sobre o tema dos atendimentos aos idosos nas UPAs.

Quadro 4 – Síntese dos estudos incluídos sobre atendimento de idosos em UPAs.

Ano/ Periódico/ Base	Autores/ Amostra/ Tipo de Estudo	Título do artigo	Objetivo	Resultados/ Conclusões
2015 Ciência e Saúde Coletiva SciELO	Conte M et al. Amostra: seis idosos e três profissionais Tipo de Estudo: Estudo de Caso.	Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil	Colocar em discussão um fenômeno, pouco conhecido, que é a tentativa de suicídio em idosos.	A concepção de clínica Ampliada privilegia a singularidade do usuário, o que tem sido, muitas vezes, negligenciada no modelo biomédico. Destaca a necessidade da construção de uma linha de cuidado pautada em estratégias, como o Plano Terapêutico Singular, investimentos em educação permanente sobre o tema do envelhecimento ativo e acolhimento na crise, por meio da articulação da rede intersectorial.
2012 Kairós Gerontologia LILACS	Araújo CLO e Silva AC. Amostra: 50 idosos. Tipo de Estudo: Coorte Retrospectivo.	Perfil sociodemográfico e patológico de idosos que frequentam uma unidade de	Caracterizar o perfil sociodemográfico e patológico dos idosos que frequentam uma	Os idosos que participaram do estudo, tinham entre 60 a 70 anos, mais da metade eram do sexo feminino, com ensino fundamental completo, praticavam atividade física. O maior motivo de procura foi por hipertensão arterial,

		Pronto Atendimento do Vale do Paraíba (SP)	Unidade de Pronto Atendimento em uma cidade do Vale do Paraíba (SP).	diabetes e lombalgia. Políticas públicas voltadas as necessidades da pessoa idosa em serviços de pronto-atendimento devem ser implementadas.
2011 BMC Geriatrics Pubmed	Kaskie et al. Amostra: 5510 idosos. Tipo de Estudo: Coorte Prospectivo.	Older adults who persistently present to the emergency department with severe, non-severe, and indeterminate episode patterns	Examinar o uso de serviços de emergência a partir de uma perspectiva populacional.	Dividiu-se os idosos em três grupos, àqueles com condições graves, com situações de saúde não graves e com episódios indeterminados, todos buscaram o serviço de urgência e emergência frequentemente. Estratégias devem ser implantadas para gerenciar as condições crônicas de saúde e também para substituir o atendimento de casos não graves para serviços primários.
2010 Ciência e Saúde Coletiva LILACS	Deslandes SF e Souza ER. Amostra: 22 serviços de pronto atendimento 24h. Tipo de Estudo: Triangulação de métodos.	Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras	Analisar as capacidades, os obstáculos e as potencialidades da atenção dispensada aos idosos vítimas de violências e acidentes pelo sistema pré-hospitalar de cinco capitais.	Analisaram-se dados de 80 serviços de atenção pré hospitalar móvel e fixa, encontrou-se diferenças e dificuldades das equipes no atendimento aos idosos vitimizados, por falta de capacitação profissional; deficiência nas ações preventivas, escassez no envolvimento da família e orientações pertinentes, quase não há atendimento ao agressor e incipiência na articulação e parcerias entre os serviços.
2010 Ciência e Saúde Coletiva LILACS	Mello ALSF e Moysés SJ. Amostra: oito serviços de pronto atendimento 24h. Tipo de Estudo: Triangulação de métodos.	Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil)	Realizar análise diagnóstica dos sistemas de saúde pré-hospitalares a idosos vítimas de acidentes e violências em Curitiba (PR).	Pondera-se incipiência no tratamento dos acidentes e violência contra idosos nas ações desenvolvidas pelos serviços pesquisados. Há carência de protocolos com abordagem preventiva, deficiência nos registros de casos, necessidade de capacitação de profissionais que atuam nos serviços de saúde e outros que se encontram relacionados à temática do idoso vitimizado.
2010 Ciência e Saúde Coletiva LILACS	Lima MLC et al. Amostra: 4 serviços de pronto atendimento 24h. Tipo de Estudo: Triangulação de métodos.	Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil)	Realizar análise diagnóstica dos sistemas de saúde em relação à atenção aos idosos vitimizados por acidentes e violências em Recife (PE).	Observou-se que as diretrizes das políticas estudadas são contempladas apenas parcialmente; há que se avançar na organização de estrutura, número de leitos, transporte e transferência de pacientes, referência e contrarreferência, central de regulação, capacitação profissional e cobertura em reabilitação. E ainda, adequação do suporte aos idosos, cuidadores e vitimizados.
2010	Santos ER et al.	Cenário do atendimento aos	Descrever o atendimento na	O cenário do atendimento ao idoso vítima de acidente e violência tem

Ciência e Saúde Coletiva SCielo	Amostra: 8 serviços de pronto-atendimento 24h. Tipo de Estudo: Triangulação de métodos.	agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil)	rede SUS de Manaus ao idoso vítima de acidente ou violência nos três níveis de atendimento.	o seu ponto mais crítico no âmbito hospitalar, sendo este nível de atenção largamente apontado pelos gestores e profissionais como necessitado de reestruturação.
2003 BMJ Pubmed	Shaw et al. Amostra: 274 idosos. Tipo de Estudo: Coorte Prospectivo.	Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial	Determinar a eficácia da intervenção multifatorial após uma queda em pacientes idosos com comprometimento cognitivo e demência, assistidos no serviço de urgência.	A intervenção multifatorial não é eficaz na prevenção de quedas em idosos com disfunção cognitiva e demência atendidos em serviços de emergência após sofrerem queda.

Fonte: A autora (2016).

DISCUSSÃO

A análise dos resultados possibilitou identificar como principais aspectos de relevância frente ao atendimento de idosos em UPAs, os motivos da procura por atendimento em UPAs, relacionadas as razões que levam os idosos a buscarem assistência nestes estabelecimentos e implicações avaliativas do atendimento ao idoso nas UPAs, que envolve a avaliação dos serviços referentes à atenção prestada a esta população.

Cabe salientar que, a análise dos motivos pela procura e a avaliação do atendimento prestado aos idosos em UPAs podem repercutir em melhorias na assistência à saúde desta população. Logo, reconhece-se tal perspectiva como eixo norteador da discussão dos resultados.

Motivos pela procura por atendimento em UPAs

No que se refere aos motivos dos atendimentos nas UPAS, a partir da análise dos estudos incluídos nesta revisão, identificou-se que os idosos têm procurado frequentemente os serviços de urgência para acompanhamento de danos crônicos, como hipertensão arterial, Diabetes *mellitus* e lombalgia, e por problemas como quedas e tentativa de suicídio

(ARAÚJO; SILVA, 2012; CONTE et al., 2015; KASKIE et al., 2011; SHAW et al., 2003)⁽⁹⁻¹²⁾.

Diante do envelhecimento populacional e da alta incidência de quedas e suicídio entre idosos, espera-se que o atendimento oferecido em todos os pontos de atenção proporcione resolução destas demandas com integralidade e longitudinalidade do cuidado. Entretanto, observa-se um modelo biomédico com ações exclusivamente curativistas e fragmentadas (CONTE et al., 2015; SHAW et al., 2003)^(10,12) que, associado as lacunas assistenciais, repasse de verbas insuficiente e distribuição dos serviços incoerente, torna-se o cuidado ao idoso nos serviços de urgência e emergência um desafio diário (CAMPOS et al., 2014)⁽¹³⁾.

A situação fica ainda mais peculiar quando o idoso vivencia o processo agudo de uma doença crônica. Neste momento, ao procurar atendimento no serviço emergencial, além de necessitar de cuidado humanizado, este indivíduo precisa de atendimento com densidades tecnológicas elevadas, já que se leva em consideração que a associação de diversas doenças contribui para maus resultados no estado de saúde e na recuperação do idoso. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos aponta que muitos idosos com queixas crônicas agudizadas retornam frequentemente nos serviços de emergência tendo como desfecho principal hospitalizações prolongadas (HASTINGS et al., 2008)⁽¹⁴⁾.

Embora estudos internacionais (HASTINGS et al., 2008; SHAW et al., 2003)^(12,14) também demonstrem dificuldades referentes à continuidade do cuidado, no Brasil já há algum tempo se tem investido em propostas para reformulação do sistema de saúde. A principal característica desta reforma é a implantação da RAS, que visa a transformação de um sistema em formato piramidal para um circular, onde não haja hierarquia e fragmentação, mas sim continuidade do cuidado de forma que os níveis de atenção forneçam atendimento de acordo com sua complexidade, básica, média e alta, todos organizados e ordenados pela APS (BRASIL, 2006d; OLIVEIRA et al., 2015)⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Portanto, a transformação do sistema de saúde é fundamental para minimizar a alta frequência de uso nas UPAs associada a diversos motivos de procura, o que tem sido amplamente discutido por pesquisadores (ACOSTA; LIMA, 2013; KASKIE et al., 2011; MACHADO et al., 2012)^(11,17,18).

Vários fatores de risco têm sido identificados na população idosa para a alta procura dos serviços de emergência, como os portadores de deficiências e comorbidades, àqueles que fazem uso de polifarmácia e os que moram sozinhos, apresentam grande procura pelo serviço emergencial quando comparados aos idosos que não possuem tais fatores

(HASTINGS et al., 2008)⁽¹⁴⁾. Entretanto, estes fatores não são consistentes em todos os estudos, ainda que na maioria dos casos as consequências advindas após a alta seja a hospitalização, a admissão em lares e a evolução ao óbito (HASTINGS et al., 2008)⁽¹⁴⁾.

Um estudo revela que os idosos atendidos em UPA no interior paulista possuíam comorbidades do sistema cardiovascular e endócrino (ARAÚJO; SILVA, 2012)⁽⁹⁾. Estas comorbidades podem ser interpretadas entre duas vertentes: a primeira, para que haja controle e qualidade de vida de seus portadores, é primordial a realização de acompanhamento longitudinal e integral na APS; por outro lado, a segunda vertente refere-se a patologias que podem levar a complicações graves e irreversíveis e, por meio da APS, o indivíduo deve ser encaminhado à UPA.

O uso frequente dos serviços de emergência é percebido pelos usuários como sinônimo de acesso ágil e fácil. Além disso, fatores como a dificuldade no atendimento e acompanhamento na APS, representada pela demora de atendimento, de agendamento das consultas, limitação dos horários de funcionamentos (GARCIA; REIS, 2014; GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012; SANTIAGO et al., 2013)⁽¹⁹⁻²¹⁾, somado à fragilidade do sistema na criação e manutenção de vínculo, no modo de escutar, acolher e fornecer respostas coerentes, contribuem para que os usuários procurem cada vez mais o serviço de urgência e emergência, independente da sua situação de saúde (GARCIA; REIS, 2014; GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012; OLIVEIRA et al., 2015; WERNER et al., 2014)^(16,19,20,22).

As características da UPA, como a garantia da obtenção de consulta, a possibilidade de realizar exames no mesmo dia, a disponibilização de medicamentos injetáveis, dentre outras, favorecem para que os usuários supervalorizem estes serviços (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012)⁽²⁰⁾, o que traz como consequência um fenômeno mundial que é a sobrecarga de trabalho nestes estabelecimentos. Vale destacar que muitas queixas de saúde referidas ao procurar a UPA não requerem cuidados condizentes a este nível de atenção (AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014; CACCIA-BAVA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2015)^(16,23,24).

Salienta-se a relevância da reforma do sistema de saúde, a iniciar pela APS, para que melhore o acesso e resolutividade, acolhendo o usuário em situações agudas, não previstas e não agendadas, de modo a oferecer atenção integral à saúde da população (GARCIA; REIS, 2014)⁽¹⁹⁾. Um estudo europeu aponta que a implementação de sistemas que promovam responsabilidade compartilhada com garantia de acesso aos usuários e continuidade da assistência na APS poderia evitar 4.000 atendimentos nos serviços de emergência por ano

(WERNER et al., 2014)⁽²²⁾. Estes resultados ressaltam a divergência entre acesso e a continuidade da assistência, cujo seguimento do cuidado há muito tempo tem sido considerado como o elemento central da atenção à saúde, sendo que, quanto maior a continuidade, maior é a satisfação do cliente e seus resultados clínicos (WERNER et al., 2014)⁽²²⁾.

A intensa preocupação em melhorar o acesso a APS, como consultas para o mesmo dia, ameaçam interferir negativamente na continuidade do cuidado, com a possível redução do tempo de consulta e a solicitação de exames (WERNER et al., 2014)⁽²²⁾. Ainda, reconhece-se que a burocratização das ações e procedimentos nestas unidades, muitas vezes, não consideram as necessidades do indivíduo (CAMPOS et al., 2014)⁽¹³⁾.

Constata-se que o desafio em melhorar o acesso na APS é mais complexo, pois não se trata apenas em aumentar o número de vagas de consultas. O trabalho da ESF merece destaque, porque este é um elo transformador no acesso do serviço e na assistência à saúde (WERNER et al., 2014)⁽²²⁾. Mas, para que haja melhoria em tais vertentes, é preciso que a equipe esteja qualificada e recebendo investimentos necessários para que consigam exercer seu papel ordenador, proporcionando uma assistência à família e a comunidade de modo integral e longitudinal.

Pondera-se a necessidade da construção de um modelo de atenção mais abrangente e que seja mais eficaz, como a Clínica Ampliada, um modelo que possa contribuir para prevenção de quedas e evitar as tentativas de suicídio. Para que haja atenção integral, o cuidado deve abranger modalidades desde as especificidades da população idosa até a competência profissional, concretizando em uma rede de cuidado intersetorial, em que um plano terapêutico singular poderia conduzir este processo. Este modelo de atendimento possibilitaria ampliação dos equipamentos e repertórios de cuidado em saúde, como redução de danos e construção de espaços para que os indivíduos falem de suas experiências (CONTE et al., 2015)⁽¹⁰⁾.

O fato da UPA constituir-se hoje uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, sobretudo pela alta demanda de idosos nestes serviços, merece atenção dos trabalhadores e gestores a fim de se obter melhor articulação com a APS e com o atendimento especializado e hospitalar (AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014; CACCIA-BAVA et al., 2011; GARCIA; REIS, 2014)^(19,23,24).

A grande demanda de idosos nos serviços de urgência e emergência tem chamado a atenção dos gestores neste nível de atenção por diversos motivos; entretanto, o acelerado

processo do envelhecimento associado aos percalços enfrentados em toda a rede tem implicado em fragmentação do cuidado a esta população, o que exige avaliação dos serviços de forma minuciosa buscando a implementação de estratégias eficazes nas melhorias da assistência a este segmento etário.

Implicações da avaliação do serviço para o atendimento ao idoso

No que concerne às implicações avaliativas do serviço para o atendimento ao idoso, os estudos que compõem a presente revisão apontam dificuldades enfrentadas por esta população por meio da análise diagnóstica dos sistemas de saúde pré-hospitalares a usuários idosos vítimas de acidentes e violências em capitais brasileiras, além de avaliação da eficácia de intervenção multifatorial após pacientes idosos sofrerem queda (DESLANDES; SOUZA, 2010; KASKIE et al., 2011; LIMA et al., 2010; MELLO; MOYSÉS, 2010; SANTOS et al., 2010)^(11,25-28).

A avaliação da qualidade tem ocorrido há muito tempo por gestores e com o passar dos anos tem sofrido mudanças no seu foco e nos meios de realizá-la. Há grande importância em analisar os serviços de saúde, sobretudo a Saúde Pública, com o fornecimento de alternativas de planejamento e por fornecer um controle técnico e social dos serviços e programas prestados a sociedade (SANTIAGO et al., 2013)⁽²¹⁾.

Em alguns países da Europa, é utilizado um conjunto de instrumentos de avaliação, orientação e formação para o campo da saúde e da assistência às necessidades dos idosos (BOECKXSTAENS; GRAAF, 2011)⁽²⁾. Este método europeu está em constante processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento devido ao *feedback* do usuário, destacando-se a importância da participação do indivíduo na avaliação do sistema de saúde (BOECKXSTAENS; GRAAF, 2011; SANTIAGO et al., 2013)^(2,21).

Em 2003, surgiu no Brasil o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que buscou realizar uma revisão dos marcos conceituais que fundamentam as propostas de avaliação de desempenho formuladas por organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), e examinar sua adequação neste país ao levar em conta seus princípios e a organização do sistema de saúde (FIOCRUZ, 2003)⁽²⁹⁾. O PRO-ADESS determina que os componentes a serem avaliados devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde.

Portanto, baseado na revisão de literatura, este projeto sugere como dimensões para esta avaliação: efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança (FIOCRUZ, 2003)⁽²⁹⁾.

Recentemente, a fim de conhecer o papel exercido do componente da Rede de Atenção às Urgências e avaliar o seu desempenho no sistema de saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), com apoio do MS e da OPAS, promoveu o estudo “Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)” (CONASS, 2015)⁽³⁰⁾.

O estudo apresentado pelo CONASS foi realizado em sete estados (Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, e Sergipe) e teve como sujeitos de observação coordenadores, profissionais e usuários. O estudo mencionado buscou conhecer os fatores que favorecem e dificultam o processo de implantação, o desempenho e a resolubilidade das UPAs (CONASS, 2015)⁽³⁰⁾. Evidenciou-se neste trabalho que a oferta da UPA se baseia no diagnóstico e condições clínicas, cumprindo o papel esperado por essas unidades no sistema (CONASS, 2015)⁽³⁰⁾.

A avaliação de desempenho das UPAs apresenta que os estados e municípios estão sobrecarregados com a sucessão de normas federais para RAS, o que tem gerado insuficiência para financiamento das ações. Em alguns estados, por se tratar de uma iniciativa do MS, o financiamento é compartilhado entre o governo federal e os municípios sem participação financeira da esfera estadual (CONASS, 2015)⁽³⁰⁾.

Outro desafio nestas unidades é a gestão de pessoas, referentes à seleção e captação de profissionais adequados, em que o problema mais agudo são as insuficiências na capacitação e qualificação para que atuem nos componentes. Conclui-se a partir dos dados coletados que há três importantes desafios a serem superados: questões do financiamento, fortalecimento da gestão estadual e profissionalização dos recursos para a gestão e a operação das redes (CONASS, 2015)⁽³⁰⁾.

Um estudo brasileiro pertencente a esta revisão teve o objetivo de analisar as características da atenção pré-hospitalar aos idosos vítimas de violências e acidentes de cinco capitais e tal estudo identificou o mesmo achado pela pesquisa do CONASS: a existência de diversidade de categorias profissionais, uma vez que as equipes de trabalho dos serviços são distintas, e algumas não possuem o contingente mínimo exigido pela legislação (DESLANDES; SOUZA, 2010)⁽²⁵⁾.

Uma pesquisa realizada em Recife apontou que as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são contempladas apenas parcialmente, havendo necessidade de melhorar a estrutura dos serviços em número de leitos, transporte e transferência de pacientes, referência, contrarreferência e estrutura adequada para o acompanhante do idoso, além de ser necessário promover capacitação profissional (LIMA et al., 2010)⁽²⁶⁾.

A análise da capital paranaense concluiu que a temática é prematura nos serviços pesquisados devido à falta de planejamento ao atendimento e de protocolos com ações preventivas. Destaca-se a importância de considerar a organização dos dados, fluxos entre os serviços que compõem o sistema e de desenvolver programas de prevenção, assistência e reabilitação aos idosos vitimizados pelas diversas situações às quais podem estar submetidos (MELLO; MOYSÉS, 2010)⁽²⁷⁾.

Na capital do Amazonas, o estudo revelou que a recente hierarquização do sistema local de saúde resulta na superlotação das UPAs e serviços de urgência hospitalares. O aspecto mais frágil para o atendimento das vítimas é o registro dos dados e a notificação dos casos, que é condição básica para resolver o problema, além de estabelecer medidas preventivas. Quanto à estrutura dos serviços, destaca-se que os serviços de pronto-atendimento apresentaram a melhor estrutura física entre as unidades analisadas (SANTOS et al., 2010)⁽²⁸⁾.

Em contrapartida, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divulgou em 2011 uma pesquisa domiciliar realizada com famílias brasileiras para verificar como a população avalia os serviços de utilidade pública, dentre os quais os serviços de urgência e emergência obtiveram as avaliações mais negativas (CAMPOS et al., 2014)⁽¹³⁾. Ao encontro deste dado, um estudo realizado no Chile que avaliou os fatores mais importantes na avaliação do sistema de saúde demonstrou que a maioria da população pertence ao sistema público de saúde (80%), e o maior problema apontado por eles foram os cuidados de emergência (ARAVENA; INOSTROZA, 2015)⁽³¹⁾.

A presente revisão identificou uma publicação internacional cujo objetivo era avaliar a eficácia de intervenções realizadas pelo acompanhamento de fisioterapeuta de idosos atendidos em serviços de emergência após sofrerem queda. Os resultados apresentam que não houve diferenças significativas, concluindo-se que a intervenção multifatorial não era eficaz para este quesito (SHAW et al., 2003)⁽¹²⁾. Ou seja, intervenções preventivas, especialmente relacionadas a quedas, devem ser realizadas nos serviços primários,

preferencialmente nos domicílios, devido ao maior contato e vínculo com a população, o conhecimento de sua realidade, seus costumes e crenças (SHAW et al., 2003)⁽¹²⁾.

Aspectos relacionados ao atendimento de idosos nos serviços de saúde também foram observados. Considerando que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial aliado às peculiaridades próprias de tal fato (como dificuldades auditivas e visuais, declínio funcional e mental associado ao uso de drogas psicoativas e a presença de doenças crônicas) é primordial que os serviços busquem oferecer assistência à saúde de modo integral e com qualidade.

Estratégias para avaliar os serviços de saúde têm sido estudadas e aprimoradas com o passar do tempo. A análise das UPAs evidenciou que estas unidades têm exercido seu papel, porém enfrenta desafios de financiamento, gestão e profissionalização. A investigação diagnóstica situacional em serviços de atenção a acidentes e violências à população idosa permitiu constatar que tal recurso não tem oferecido atendimento integral como recomendam as medidas. Além disso, verificou que ações de prevenção têm sido escassas aos idosos vitimizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal limitação deste estudo diz respeito aos descritores para a seleção dos estudos, não havendo descritor diretamente relacionado a UPAs. Tal fato justifica a seleção de muitos estudos na primeira etapa, na qual, após a leitura na íntegra, percebeu-se que se tratava de unidades emergenciais hospitalares, levando-as à exclusão da amostra por fim selecionada.

Os estudos analisados a partir desta revisão discutiram o atendimento ao idoso vítima de violência e acidentes, dentre estes, quedas e suicídio. A grande procura por atendimentos em UPAs tem sido uma realidade no país, o que causa lotação, estresse nos profissionais e, conseqüentemente, dificuldade na prestação do atendimento. Constatou-se a necessidade de reestruturação de fluxos de atendimento, preenchimento dos dados, ampliação da equipe multiprofissional, sobretudo com metas que evitem a centralização do profissional médico.

Apenas um dos estudos realizados no Brasil sobre a análise diagnóstica identificou estrutura adequada nas UPAs, os demais apresentam deficiências no atendimento ao idoso, não sendo empregados os preceitos conforme recomendam as políticas públicas vigentes no país. Logo, é primordial a capacitação dos funcionários, principalmente na área de geriatria,

com destaque aos enfermeiros que prestam assistência direta aos usuários e, inclusive, são responsáveis, pelo ACCR, ferramenta adotada na maioria dos serviços de urgência e emergência do país.

Verifica-se a necessidade do empenho de gestores, profissionais, instituições formadoras da área da saúde, a fim de que os idosos sejam acolhidos e atendidos em suas especificidades e fragilidades, sobretudo, nos serviços de média complexidade, que têm ganhado destaque entre os pesquisadores e representam fundamental importância, uma vez que a qualidade do atendimento pré-hospitalar é essencial para a assistência à saúde com qualidade e eficácia aos indivíduos, especialmente aos idosos. Evidencia-se a necessidade de realizar novos estudos a fim de elencar estratégias que melhorem o atendimento a idosos em UPAs.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censos Demográfico de 2010: Dados preliminares do universo. Brasília: MDS; 2011.
2. Boeckxstaens P, Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care [Internet]. 2011 [acesso em 2016 fev 03];19(6):369-89. Disponível em: <https://biblio.ugent.be/publication/2138361>
3. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency Department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness and consequences of unmet health care needs. Medical Care Resand Rev [Internet]. 2011 [acesso em 2016 mar 03];68(2):131-55. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/46191324>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, 03 dez. 2008. p. 66.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013. Brasília: Diário Oficial da União, 2014.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 2016 mar 04];17(4):758-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso
7. Barroso J, Gollop CJ, Sandelowski M, Meynell PPF, Collins LJ. The Challenges of Searching for and retrieving qualitative studies. West J Nurs Res. 2003; 25(2):153-78.

8. JBI. Reviewers' manual. Adelaide/Austrália: The Joanna Briggs. Institute [Internet]. 2008 [acesso em 2016 fev 04]. Disponível em: http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/JBIReviewManual_CiP11449.pdf
9. Araújo, CLO; Silva, AC. Perfil sociodemográfico e patológico de idosos que frequentam uma unidade de Pronto Atendimento do Vale do Paraíba (SP). *Rev Kairós* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 fev 05];15(5): 225-32. Disponível em: <http://www.revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5606/11439>
10. Conte M, Cruz CW, Silva CG, Castilhos NRM, Nicolella ADR. Convergence and Non-Convergence: stories of elderly who have attempted suicide and the Integrated Care System in Porto Alegre/RS, Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 fev 10];20(6):1741-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601741&lng=en
11. Kaskie B, Obrizan M, Jones MP, Bentler S, Weigel P, Hockenberry J, et al. Older adults who persistently present to the emergency department with severe, non-severe, and indeterminate episode patterns. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2011 [acesso em 2016 fev 04];11(65). Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-65>
12. Shaw FE, Bond J, Richardson DA, Dawson P, Steen N, McKeith IG, et al. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2003 [acesso em 2016 fev 11];326. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/326/7380/73>
13. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mar 09];38(spe): 252-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en
14. Hastings SN, Oddone EZ, Fillenbaum G, Sloane RJ, Schmader KE. Frequency and Predictors of Adverse Health Outcomes in Older Medicare Beneficiaries Discharged From the Emergency Department. *Medical Care*. 2008;46(8):771-77.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2006d.*
16. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Emergency care units (UPA) 24h: the nurses' perception. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 mar 11];24(1):238-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100238&lng=en

17. Acosta AM, Lima MADS. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 mar 09];15(2):564-73. Disponível em:
https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a31.pdf
18. Machado GVC, Oliveira FL. P, Barbosa HAL, Giatti L, Bonolo PF. Associated factors to the use of an emergency service, Ouro Preto, 2012. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 mar 17];23 (4):416-24. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400416&lng=en
19. Garcia VM, Reis RK. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. *Ciênc. Cuid Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 fev 18];13(4):665-73. Disponível em:
http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/19127/pdf_245
20. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 mar 19];25(Esp 2):19-25. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900004&lng=en
21. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMA SM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 mar 21];18(1):35-44. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005&lng=en
22. Werner RM, Canamucio A, Marcus SC, Terwiesch C. Primary care access and emergency room use among older veterans. *Journ Gen Int Med* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 jan 22]; 29(suppl 2):689-94. Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070231/pdf/11606_2013_Article_2678.pdf
23. Azevedo DSS, Tibães HBB, Alves ÁMT. Determinants of direct demand by the population with preventable situations in er. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mar 22];8(10):3306-13. Disponível em:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/4898/pdf_6227
24. Caccia-Bava MCG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2011 [acesso em 2016 jan 22];44(4): 347-54. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/v44n4.pdf>
25. Deslandes SF, Souza ER. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2010 [acesso em 2016 jan 28];15(6):2775-86. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600015&lng=en

26. Lima MLC, Souza ER, Lima MLLT, Barreira AK, Bezerra ED, Acioli RML. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 2016 jan 25];15(6):2677-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a06v15n6.pdf>
27. Mello ALSF, Moysés SJ. Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil). *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2010 [acesso em 2016 jan 28];15(6):2709-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a09v15n6.pdf>
28. Santos ER, Souza ER, Ribeiro AP, Souza AMM, Lima RTS. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [acesso em 2016 jan 28];15(6):2741-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a12v15n6.pdf>
29. Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Projeto-Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS): Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015.
31. Aravena LP, Inostroza PM. ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes a evaluar el sistema de salud en Chile. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 fev 28];143(2):244-51. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200012&lng=es

5.2. Artigo 2: O acesso nas Unidades de Pronto Atendimento: percepção dos idosos e seus familiares

O ACESSO NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: PERCEPÇÃO DOS IDOSOS E SEUS FAMILIARES

RESUMO: Este estudo objetivou compreender a percepção dos idosos e seus familiares referente ao acesso nas Unidades de Pronto Atendimento. Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa que utilizou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, realizado com usuários idosos e seus familiares que receberam atendimento nas duas Unidades de Pronto Atendimento de um município no interior paranaense. A coleta de dados foi guiada por entrevistas semiestruturadas e a análise dos dados aconteceu por meio das etapas de codificação aberta e axial. Segundo os participantes, os recursos disponibilizados nestes serviços possibilitam a garantia de atendimento, acesso a exames e a medicamentos. Tais recursos tem atraído os usuários e conseqüentemente geram excesso de demanda que implica na sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. Conclui-se que investimentos na reestruturação da rede de atenção, principalmente na atenção primária, com ampliação do número de consultas e criação de vínculo podem contribuir para as unidades de pronto atendimento atingir o objetivo de acesso à assistência com qualidade à população idosa.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Emergência; Serviços de Saúde para Idosos; Enfermagem.

THE ACCESS IN THE EMERGENCY CARE UNITS: THE PERCEPTION OF ELDERLY PEOPLE AND THEIR RELATIVES

ABSTRACT: This study was aimed to understand the perception of elderly people and their relatives with regard to the access in the Emergency Care Units. It was a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, that used the methodological framework of Grounded Theory, conducted with elderly users and their relatives who were served in the two Emergency Care Units in a city located in the countryside of Paraná State. Data collection was guided by semi-structured interviews, and data analysis took place by means of the open and axial coding steps. According to the participants, the resources made available in these services enable the guarantee of care, as well as the access to exams and medicines. Such resources have attracted users, and therefore they produce an excess demand that entails work overload for the health professionals. It is concluded that investments in the restructuring of the care network, mainly in primary care, with growth in the number of consultations and creation of bonds, may contribute to the Emergency Care Units in the sense of achieving the goal of providing access to quality care to the elderly population.

Key-words: Health Services Accessibility; Emergencies; Health Services for the Aged; Nursing.

EL ACCESO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE EMERGENCIA: LA PERCEPCIÓN DE ANCIANOS Y SUS FAMILIARES

RESUMEN: Este estudio intentó comprender la percepción de ancianos y sus familiares con relación al acceso en las Unidades de Cuidados de Emergencia. Se trató de un estudio

descriptivo y exploratorio, con planteamiento cualitativo, que utilizó el marco metodológico de la Teoría Fundamentada, realizado con usuarios ancianos y sus familiares que recibieron atención médica en las dos Unidades de Cuidados de Emergencia de una ciudad del interior paranaense. La recopilación de datos se basó en entrevistas semiestructuradas, y el análisis de los datos tuvo lugar mediante las etapas de codificación abierta y axial. Según los participantes, los recursos disponibles en estos servicios posibilitan la garantía de la atención, así como el acceso a los exámenes y medicamentos. Tales recursos han atraído a los usuarios y, por consiguiente, generan un exceso de demanda que implica sobrecarga laboral para los profesionales de la salud. Se concluye que las inversiones en la reestructuración de la red de atención, principalmente en la atención primaria, con la ampliación del número de consultas y establecimiento de lazos, pueden contribuir a las Unidades de Cuidados de Emergencia en el sentido de alcanzar el objetivo de proporcionar un acceso a la atención de calidad a la población anciana.

Palabras-clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Urgencias Médicas; Servicios de Salud para Ancianos; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Projeções demográficas apontam que a população mundial de idosos passará de 841 milhões em 2013 para dois bilhões em 2050 (SONG; CHEN, 2015; VANCEA; SOLÉ-CASALS, 2016)^(1,2). Para os países em desenvolvimento como o Brasil, esta transição demográfica tem ocorrido aceleradamente. De acordo com as estimativas do IBGE, em 2013 havia pouco mais de 22 milhões de idosos, representando 10,9% da população, já em 2050 mais de 73 milhões destes indivíduos farão parte da estrutura nacional, passando para 33% (IBGE, 2011)⁽³⁾.

O fenômeno do envelhecimento traz tanto desafios como oportunidades. Para a saúde pública tem sido motivo de preocupação mundial, já que a Análise Global de Doenças aponta que 23% da carga global das enfermidades são atribuídas às consequências do envelhecimento. Tal situação contribui para o aumento da demanda por serviços de saúde e seus recursos, exigindo respostas das políticas de saúde e novas formas de cuidado, com modelos de atenção que ponderem as características dos idosos, que seja agilizada e organizada de modo integral durante todo o percurso assistencial (BOECKXSTAENS; GRAAF, 2011)⁽⁴⁾.

A alta frequência de agudizações das condições crônicas nos idosos tem gerado grande demanda nos serviços de urgência e emergência, sobretudo nas UPAs, sendo fundamental organização para oferecer uma assistência adequada a esta população (GARCIA; REIS, 2014)⁽⁵⁾, já que é uma das portas de entrada do SUS.

É evidente que o acesso é uma condição necessária para que os usuários façam uso dos serviços de saúde sempre que houver necessidade. Acesso trata-se de um termo amplo que abrange a aquisição do cuidado a partir das demandas e está relacionado à resolutividade, excedendo a dimensão geográfica, e englobando outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços (CAMPOS et al., 2014; YANG et al., 2015)^(6,7). Esta característica tem sido preocupante para autoridades e também gerado inquietação na comunidade científica. No Brasil, o acesso aos serviços de saúde tem sido discutido como um dos principais problemas associados à assistência (MENDES et al., 2012)⁽⁸⁾.

Tendo em vista tais argumentos, pesquisas que fomentem o acesso aos idosos em UPAs são de extrema relevância para a melhoria das condições de saúde desta parcela populacional. Constata-se na literatura estudos que versam a temática acesso e a pessoa idosa apenas na APS (WERNER et al., 2014)⁽⁹⁾ e nos serviços de emergência hospitalares (HASTINGS et al., 2008; McHALE et al., 2013)^(10,11), havendo uma lacuna de informações que abordem o tema acesso nos serviços emergenciais de média complexidade, como as UPAs.

Diante desta lacuna de conhecimento sobre o acesso de idosos em UPAs e acreditando na relevância da temática para a melhoria do cuidado à pessoa idosa, justifica-se esta pesquisa cujo objetivo foi compreender a percepção dos idosos referente ao acesso à assistência à saúde em UPAs.

METODOLOGIA

O estudo é descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, que utilizou como método a Teoria Fundamentada nos Dados. A TFD busca compreender a realidade a partir da percepção do indivíduo, e extrair das experiências vivenciadas os aspectos mais significativos (STRAUSS; CORBIN, 2008)⁽¹²⁾.

O cenário elegido foram as duas UPAs de um município no interior do Paraná, com o último censo demográfico apontando-o como possuidor do maior índice de idosos entre os oito municípios com mais de 200 mil habitantes. Atualmente residem 43.716 mil idosos, os quais representam 12,2% da população geral, que é de 357.077 habitantes (IBGE, 2011)⁽³⁾.

A implantação das UPAs é recente no país e o estado do Paraná conta atualmente com 27 unidades, sendo duas implantadas há quatro anos no município estudado (PARANÁ,

2014)⁽¹³⁾. A UPA Zona Norte, elencada como porte II pelo MS, conta com uma abrangência de aproximadamente 200 mil habitantes, tendo uma sala de repouso/observação com 12 leitos, incluindo dois leitos de isolamento. A UPA Zona Sul atende o restante da população do município, sendo classificada como porte III, com trinta e um leitos de observação e três isolamentos (PARANÁ, 2014)⁽¹³⁾.

Utilizou-se como critério de inclusão: pacientes com 60 anos ou mais que foram atendidos em uma das UPAs, Zona Norte ou Zona Sul, no mês de novembro de 2015, que aceitaram participar do estudo e obtiveram pontuação mínima de 20 pontos do teste MEEM (BRUCKI, 2003)⁽¹⁴⁾, ou ser familiar do idoso que não atingiu tal pontuação. A coleta de dados foi realizada com entrevista semiestruturada, gravada em meio digital, na residência dos participantes, entre os meses de dezembro de 2015 a abril de 2016.

Ao realizar o método comparativo constante proposto pela TFD, notou-se que a condição clínica do indivíduo interferia na sua percepção referente ao acesso, de modo que os grupos foram constituídos em conformidade com a classificação de risco obtida na UPAs estudadas, segundo o Protocolo de Manchester utilizado nas unidades. Portanto, quatro GAs compuseram a pesquisa, sendo: primeiro GA constituído por oito idosos classificados pela cor Verde; o segundo GA, estabelecido por sete idosos classificados por Amarela; o terceiro constituído por cinco pessoas que receberam classificação Azul, e o quarto GA composto por cinco cuidadores responsáveis de idosos que apresentaram comprometimento cognitivo, classificados com a cor Vermelha.

A composição dos GAs foi interrompida quando se constatou saturação teórica e a coleta e a análise dos dados ocorreram concomitantemente, sendo fundamental para nortear a seleção dos próximos participantes (STRAUSS; CORBIN, 2008)⁽¹²⁾.

Para a análise dos dados, foram empregadas as etapas da codificação aberta e codificação axial da TFD. Na codificação aberta, os dados foram analisados linha a linha com o objetivo de identificar cada incidente, formando os códigos preliminares. Na codificação axial, os dados foram agrupados visando relacionar categorias às subcategorias (STRAUSS; CORBIN, 2008)⁽¹²⁾. Posteriormente, foram utilizados instrumentos a fim de guiar a etapa final com um processo mais estruturado comparado a abordagens mais convencionais; para tanto, adotou-se a análise de conteúdo no intuito de fundamentar as escolhas e decisões para a formação das categorias, utilizando-se as políticas públicas de saúde do idoso, de acesso e das UPAs.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM (Parecer n.º 1.375.173), e seu desenvolvimento ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b)⁽¹⁵⁾. Para a diferenciação dos participantes, assim como para a preservação de sua identidade, optou-se pela codificação por meio de números arábicos correspondentes a entrevista, precedidos da letra “T” para os Idosos e “F” para os Familiares, seguido do número correspondente a entrevista e ainda, a classificação de risco obtida. Manteve-se também o anonimato do local e cenário do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Breve caracterização dos participantes do estudo

Dos 25 idosos participantes da pesquisa, prevaleceram aqueles que se encontram na faixa etária de 60 a 69 anos (14). A maioria dos sujeitos estudados eram do sexo feminino (18), casados (14), possuíam até quatro anos de estudo (21) e eram aposentados (11). As queixas que os levaram às UPAs foram por Doenças do Sistema Osteomuscular e Conjuntivo (9), Doenças Cardiovasculares (5), Doenças Respiratórias (5), Doenças Genitourinárias (3), rebaixamento do nível de consciência (1), coleta de exames laboratoriais (1) e administração de medicamentos (1).

Quanto aos cinco cuidadores principais dos idosos, todos eram do sexo feminino (5), a maioria era filha (3), tinham acima de 60 anos (3), possuíam até oito anos de estudo (3) e a atividade principal era o cuidado ao idoso e afazeres domésticos (3).

Os resultados foram organizados em duas categorias: **Dimensões do acesso experienciadas pelos idosos e familiares nas UPAs** e **Desafios do acesso à saúde: os motivos que levam os idosos à procurarem as UPAs, que passaram a ser discutidas.**

Dimensões do acesso experienciadas pelos idosos e familiares nas UPAs

O significado de acesso vai além da porta de entrada, pois se configura como uma ferramenta transformadora da realidade, a partir da garantia do ingresso universal do usuário ao sistema de saúde (GOMIDE et al., 2012; MENDES et al., 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2012; YANG et al., 2015)^(7,8,16,17). Até os dias atuais a definição do termo acesso não

é clara, mas possui diversos aspectos que o dimensionam, dando consistência ao seu significado.

Dentre as suas dimensões, inclui-se a relação geográfica, que versa sobre a medida da distância entre a residência do usuário até o serviço de saúde (CAMPOS et al., 2014)⁽⁶⁾. A relação geográfica foi mencionada pelos idosos como entrave no acesso para a busca de atendimento nas UPAs, que, associado a necessidade de transporte coletivo para seu deslocamento, intensificam tais problemas:

A UPA é distante e dependendo do horário não tem mais ônibus, a gente tem que se virar, tem que pedir para um parente ou vizinho levar a gente lá (UPA), ou aguentar até amanhecer (I14 – Amarelo).

É evidente que, para chegar até o serviço, muitos idosos necessitam utilizar algum meio de transporte e devem se adequar aos horários caso a opção seja o transporte coletivo. Uma pesquisa realizada em Pernambuco corrobora tal dado, mostrando que 13,6% da população utiliza ônibus para acessar o serviço de emergência (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013)⁽¹⁸⁾.

No entanto, é preciso levar em consideração as complicações que podem surgir aos usuários idosos caso não obtenham acesso aos serviços de forma rápida. A garantia do acesso funcional é fundamental a fim de efetivar o SUS como política pública em defesa da vida (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2012)⁽¹⁷⁾, além de possibilitar manutenção de boas condições de saúde deste segmento etário.

Apesar de o aspecto geográfico apresentar-se como um limitador para o acesso de alguns idosos à UPA, este não foi considerado uma barreira para procurarem a unidade. Alguns depoentes destacaram que, diante da necessidade, a distância não é um problema, visto que a UPA consegue propor a resolutividade da queixa apresentada:

Quando a gente está precisando ir ao médico, não mede a distância. Não é pegar o ônibus que vai fazer desistir, fica mais difícil, mas fazer o quê? Precisamos do atendimento e na UPA sempre dão um jeito no que estou sentindo (I7 – Verde).

Percebe-se que o acesso geográfico nem sempre determina a opção do paciente pela procura do serviço, de tal modo que este fator se torna com menor relevância quando comparado às características dos serviços, como, por exemplo, a forma como são recebidos, a confiança nos profissionais, o tipo de atendimento oferecido e, sobretudo, a resolutividade de seus problemas com a aceitabilidade da assistência e dos recursos disponíveis (OLIVEIRA et al., 2015)⁽¹⁹⁾.

A aceitabilidade dos recursos oferecidos é uma dimensão do acesso no qual o indivíduo encontra-se satisfeito com o serviço procurado. Na UPA, tais recursos tem implicado na preferência de procura pelos idosos e seus familiares, principalmente no acesso para realização de exames laboratoriais:

Os exames são todos feitos ali, isso é muito bom. Quando minha mãe ficou internada, fazia exames todos os dias, colhia de manhã, ia lá para o municipal e depois já dava o resultado. Foi muito bom, porque como ela é acamada, não precisava ficar mexendo com ela, tirando ela dali (C23 – Vermelho).

A coleta de exames laboratoriais nas próprias dependências da unidade com a obtenção dos resultados em curto período tem repercussão positiva nos serviços de saúde (MENDES et al., 2012)⁽⁸⁾. Por outro lado, observa-se alguns descontentamentos na aceitabilidade da organização dos recursos humanos das UPAs, como a sobrecarga dos profissionais da enfermagem:

Certa vez que fui na UPA, estava pesado para as meninas da enfermagem, porque tem enfermeira que tem que sair dali e acompanhar paciente até o Hospital Municipal para fazer exames! Dá até dó, porque muitas vezes, a gente via que era pouco profissional para muitos pacientes (C23 – Vermelho).

É notória a necessidade do encaminhamento de pacientes a outros serviços para a realização de determinados exames, o que exige acompanhamento do profissional da enfermagem, gerando sobrecarga de trabalho. Além disso, nota-se em alguns momentos que a conduta do profissional também não atende as expectativas dos usuários:

Cheguei na recepção falei que estava com muita dor no rim. Na UPA é assim, qualquer dor que você esteja, eles te passam “Buscopan”. [...] O médico mandou fazer exame de urina e deu infecção. Mas não pediu para tirar uma radiografia do rim. Ali, eles só fazem radiografia se você estiver morrendo (I15 – Amarelo).

A informação é um aspecto peculiar do acesso, correspondente à cordialidade e à capacidade que os profissionais têm em orientar os indivíduos nos serviços de saúde. Observam-se fragilidades no fornecimento de informação nas UPAs pesquisadas, visto que a conduta dos profissionais deve ser explicada ao usuário sempre que possível.

Os fatores culturais necessitam ser considerados no ato de fornecer informações, com o intuito de orientar a população adequadamente, de modo a empoderá-la a respeito dos recursos apropriados para cada situação (CAMPOS et al., 2014)⁽⁶⁾.

A ausência do diálogo entre profissionais e usuários impossibilitam o acesso à informação e conseqüente incompreensão do tratamento, resultando, muitas vezes, na não adesão à terapêutica. O diálogo favorece relações de confiança, agiliza o atendimento, promove a compreensão da conduta e até melhora o desfecho clínico (SKAR; BRUCE; SHEETS, 2015)⁽²⁰⁾. Sobressaíram os depoimentos que retratam satisfação dos idosos para com os profissionais que realizaram orientações durante o atendimento, ou seja, que tiveram trocas de informações no momento da assistência:

Os funcionários atendem muito bem, eles falam as coisas claramente e a gente entende o que estão falando. Quando a gente não entende, eles repetem (I11 – Amarelo).

A atenção dispensada pelos profissionais fortalece a principal característica do acesso que é a capacidade do serviço em atender as queixas de saúde da população com a resolução de seus problemas (MENDES et al., 2012)⁽⁸⁾.

O atendimento nas UPAs é marcado por fatores que, segundo os idosos, propiciam o alcance de seus objetivos. Destaca-se a garantia de atendimento pela demanda espontânea, o acesso a medicamentos injetáveis, a liberação do paciente somente após a melhora de sua condição clínica e o encaminhamento a outros serviços, promovendo a continuidade da assistência:

Sempre que precisei fui atendida lá na UPA e atendem muito bem. Lá toma os medicamentos na hora, se melhora vai embora, senão fica lá esperando melhorar, eles não mandam embora se não ficar bem. E se não der jeito lá, eles encaminham para os hospitais (I2 – Verde).

O problema de saúde é sempre resolvido lá na UPA. E depois, ali é somente um pronto atendimento, se eles acham que a gente precisa de procedimento de outro médico, daí eles dão encaminhamento para especialista (C21 – Vermelho).

Um estudo europeu aponta que a implementação do modelo de cuidado centrado na pessoa idosa e em sua família possibilitaria assistência individualizada, integral e contínua, contribuindo para melhorias na saúde destes indivíduos bem como descongestionaria os serviços de saúde (BOECKXSTAENS; GRAAF, 2011)⁽⁴⁾. Além disso, pesquisa realizada nos Estados Unidos aponta que a alta hospitalar dos usuários idosos nos serviços emergenciais acontece somente após o estabelecimento de diagnóstico e a formulação de um plano de tratamento (HASTINGS et al., 2008)⁽¹⁰⁾. Cabe salientar que o plano de cuidados executados nestes serviços é realizado de acordo com suas características e pertinentes às suas atribuições.

A UPA como primeira opção de acesso: denúncia da fragilidade da atenção primária

De acordo com a RAS, a APS deve ser a primeira e principal porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde (CAMPOS et al., 2014)⁽⁶⁾. Apesar dessa lógica, observa-se que vários percalços favorecem para distorção da procura do serviço adequado ao idoso, como dificuldades de acesso provocado pelo horário de funcionamento e limitação de vagas, sendo raras as ocasiões em que conseguem atendimento no mesmo dia:

Às vezes, a gente nem vai no posto porque dependendo do horário não tem médico, ele não fica o dia inteiro (I10 – Amarelo).

Se estou passando mal, não vou no posto. Para fazer o quê lá? Eles vão me agendar para depois de 2 ou 3 dias. E, se estou com dor no momento, não dá para esperar, aí vou na UPA. Devemos nos organizar e resolver onde é melhor ir (I12 – Amarelo).

A insuficiência de recursos humanos é um problema frequente no SUS, sobretudo dos profissionais médicos (BOECKXSTAENS; GRAAF, 2011; CAMPOS et al., 2014; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; ROS et al., 2011; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2012; WERNER et al., 2014)^(4,6,17,18,21). Contudo, o conceito em atender a demanda da APS não deve ser confundido com a garantia de consulta médica, pois o acesso corresponde ao alcance de determinada prática que seja resolutiva para a condição de saúde do usuário (CAMPOS et al., 2014)⁽⁶⁾.

Nota-se o predomínio do modelo cujas ações exigidas são curativistas e centradas na figura do médico, que influencia negativamente no processo de trabalho, pois, para os pacientes, obter acesso nos serviços de saúde é sinônimo de conseguir consulta médica imediata (CAMPOS et al., 2014)⁽⁶⁾. Desta forma, como o enfermeiro da APS atua diretamente com os indivíduos, cabe a este profissional escutar, observar e reconhecer as necessidades de cuidado ao idoso, de modo a proporcionar bem-estar, minimizar a procura a serviços de complexidades média e alta por condições básicas e, ainda, evidenciar o seu valor perante estes indivíduos, demonstrando sua capacidade de responsabilização pelo cuidado.

Quando há deficiência no trabalho do enfermeiro e de todos os profissionais da APS, a assistência ao idoso acontece de forma fragmentada, já que o mesmo procura seu atendimento em um serviço que não tem como característica o acompanhamento:

No postinho, se você marca consulta para às 4h, você fica lá plantada esperando. Uns enfermeiros que não colaboram com o atendimento, atende a gente com má vontade, são grosseiros, por isso nem vou lá, vou direto na UPA (I8 – Verde).

Para incentivar as pessoas a buscarem assistência na APS, estratégias de vínculo e longitudinalidade devem ser priorizadas, pois a coordenação dos casos pela atenção básica estreitaria as relações com os outros níveis, possibilitando acesso mais ágil a exames e

procedimentos com complexidades elevadas (ALTHAUS et al., 2011; BOECKXSTAENS; GRAAF, 2011; CAMPOS et al., 2014; WERNER et al., 2014)^(4,6,9,22).

As dificuldades enfrentadas na APS refletem diretamente na rotina da UPA, já que o acesso a esta unidade é visto como mais fácil. Cabe destacar que, diante da urgência, o ser humano requer resolução imediata de sua condição, e a organização da APS não consegue atender suas expectativas, o que pode influenciar na procura errônea pelo serviço de emergência (AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014; BERG; LOENEN; WESTERT, 2016; CAMPOS et al., 2014; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; GARCIA; REIS, 2014; McHALE et al., 2013; MENDES et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2015; WERNER et al., 2014)^(5,6,8,9,11,18,19,23,24). Além disso, tal acontecimento gera interrupção da continuidade do cuidado supostamente oferecida na atenção básica, devido à procura por serviços emergenciais que tratam especificamente da agudização das condições crônicas.

A incompreensão entre as diferenças dos pontos da rede de atenção foi destacada pelos idosos entre os entraves do atendimento na UPA. Deparam-se comumente com a procura aos serviços emergenciais por condições não urgentes:

Ali na UPA, o que tumultua o atendimento é devido às pessoas não saberem separar o que é o posto da UPA (I10 – Amarelo).

Eu já fui na UPA por outras coisas, por exemplo, quando estava com uma gripinha boba (I9 – Amarelo).

Considerando que toda a rede assistencial deve fazer parte do Sistema de Urgência e Emergência, desde a APS até a terciária, com acolhimento adequado e encaminhamento aos demais níveis do sistema, faz-se necessário um elo de comunicação que seja eficaz ao encaminhar estes pacientes visando promover atenção à saúde com responsabilidade. Somado a isso, devido à procura indiscriminada às UPAs, os usuários que realmente necessitam de atendimento neste nível de atenção são prejudicados:

Tem gente que nem está doente e quer atendimento para pegar atestado médico. E muitas vezes, toma lugar de uma pessoa que chega ruim no pronto atendimento e não pode entrar imediatamente porque as salas estão ocupadas (...) (C21 – Vermelho).

Autores como Campos et al. (2014)⁽⁶⁾ e Dubeux, Freese e Felisberto (2013)⁽¹⁸⁾ relatam que o entendimento de que a unidade de emergência é um ambiente propício ao primeiro contato com o serviço de saúde faz com que os usuários, diante das recepcionistas e da equipe de triagem, revelem sintomas reconhecidos como urgentes para serem atendidos mais rapidamente ou para terem seus problemas resolvidos. Tal característica, segundo uma pesquisa realizada na Inglaterra, pode dificultar a capacidade destes serviços em tratar os pacientes com casos reais de emergência, com segurança e em tempo hábil (McHALE et al., 2013)⁽¹¹⁾.

Os problemas vivenciados na APS provocam superlotação nas UPAs, gerando sobrecarga de trabalho e conseqüentemente comprometimento da qualidade do atendimento, tornando-a um serviço fragmentado, com altos custos de saúde e resultando muitas vezes na não resolutividade das queixas de saúde apresentadas, prejudicando todo o sistema (ALTHAUS et al., 2011; AZEVEDO; TIBÃES; ALVES, 2014; BERG; LOENEN; WESTERT, 2016; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; McHALE et al., 2013)^(11,18,22-24).

Faz-se necessária a implementação de ferramentas que possibilitem melhorias no acesso à assistência à saúde nas UPAs, sobretudo no que diz respeito ao descongestionamento dos serviços e ao oferecimento de atendimento com qualidade a pessoa idosa (ALTHAUS et al., 2011; McHALE et al., 2013)^(11,22).

Neste contexto, torna-se promissora a implantação de protocolos, como para os usuários receberem na APS os resultados de exames realizados nas UPAs, possibilitando o acompanhamento adequado de sua saúde e não apenas uma checagem destes exames. Esta estratégia contribuiria na ordenação de fluxos dos usuários idosos nas UPAs e promoveria assistência à saúde com integralidade (GOMIDE et al., 2012)⁽¹⁶⁾. Outra estratégia seria a implantação de unidades que oferecessem atendimento geriátrico exclusivo, de tal modo que predominaria as enfermidades mais comuns da velhice, proporcionando enfoque na assistência a esta população (BRASIL, 2009b)⁽²⁵⁾, como o exemplo do município de Canoas, em que foi implantada a UPA do idoso.

Estes aspectos sugerem a existência de alternativas para oferecer cuidado com qualidade a população idosa, sendo imprescindível reorganizar o processo de trabalho a partir dos problemas vivenciados nestes serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UPA adota os preceitos da Rede de Atenção às Urgências no que diz respeito à equidade e a universalização do acesso. Nesta pesquisa, esses preceitos foram reconhecidos como positivos pelos usuários, com destaque para a garantia de atendimento no mesmo dia da procura independente da gravidade, a disponibilização de maiores recursos, especialmente exames e medicamentos que propiciam a resolutividade do problema de saúde.

No entanto, foram encontradas algumas situações em que os participantes julgam como sendo deficientes do acesso, como a relação geográfica, a escassez no número dos profissionais de enfermagem e, ainda, a alta procura à unidade por causas não urgentes, denunciando as fragilidades de acesso e resolutividade da APS. Tais fatores, associados entre si, têm dificultado a efetividade do acesso nestes serviços emergenciais, devido à superlotação que gera demora do atendimento e implica na fragmentação da assistência, causando, conseqüentemente, a incapacidade de resolver as demandas levantadas pelos idosos.

A alta demanda de idosos em UPAs demonstram uma emergência em replanejar os serviços do SUS, principalmente com investimentos no acompanhamento destes indivíduos na APS, para que haja procura adequada nos serviços de média e alta complexidades e consequente melhoria na qualidade do atendimento a esta população.

No que tange às limitações do estudo, destaca-se que a coleta dos dados foi realizada somente com os usuários. Desta forma, sugere-se produção de estudos posteriores com os profissionais, visando identificar como estes interpretam a assistência prestadas aos idosos nestas unidades.

REFERÊNCIAS

1. Song P, Chen Y. Public policy response, aging in place, and big data platforms: Creating an effective collaborative system to cope with aging of the population. *BioSci Trends* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Mai 05];9(1):1-6. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/9/1/9_2015.01025/_pdf
2. Vancea M, Solé-Casals J. Population Aging in the European Information Societies: Towards a Comprehensive Research Agenda in eHealth Innovations for Elderly. *Agi Disease* [Internet]. 2016 [acesso em 2016 mai 06];7(4):526-39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4963195/pdf/ad-7-4-526.pdf>

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censos Demográfico de 2010: Dados preliminares do universo. Brasília: MDS; 2011.
4. Boeckxstaens P, Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care [Internet]. 2011 [acesso em 2016 mai 03];19(6):369-89. Disponível em: <https://biblio.ugent.be/publication/2138361>
5. Garcia VM, Reis RK. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. Ciênc. Cuid Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mai 18];13(4):665-73. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/19127/pdf_245
6. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde Debate [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mai 09];38(spe):252-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en
7. Yang YT, Iqbal U, Ko HL, Wu CR, Chiu HT, Lin YC, et al. The relationship between accessibility of healthcare facilities and medical care utilization among the middle-aged and elderly population in Taiwan. Intern Journ Qual Health Care [Internet]. 2015 [acesso em 2016 mai 22];27:222-31. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/27/3/222.full.pdf>
8. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 2016 abr 27];17(11):2903-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100007&lng=en
9. Werner RM, Canamucio A, Marcus SC, Terwiesch C. Primary care access and emergency room use among older veterans. Journ Gen Int Med [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mar 22];29(suppl 2):689-94. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070231/pdf/11606_2013_Article_2678.pdf
10. Hastings SN, Oddone EZ, Fillenbaum G, Sloane RJ, Schmader KE. Frequency and Predictors of Adverse Health Outcomes in Older Medicare Beneficiaries Discharged From the Emergency Department. Medical Care. 2008; 46(8):771-77.
11. McHale P, Wood S, Hughes K, Bellis MA, Demnitz U, Wyke S. Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. BMC Medicine [Internet]. 2013 [acesso em 2016 mai 29];11(258). Disponível em: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-258>
12. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

13. Paraná. Estado do Paraná. Unidades de pronto atendimento - rede de urgência e emergência. 2014. Disponível em: <<http://www.cidadao.pr.gov.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
14. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Ivan H, Okamoto IH. Sugestões para o Uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr* [Internet]. 2003 [acesso em 2016 jun 02];61(3):777-781. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012b.
16. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 mar 15];45(1):31-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/v45n1.pdf>
17. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mai 27];38(103):805-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400805&lng=en
18. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Rev Saúde Col* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 mai 29];23(2):345-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200003&lng=en
19. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Emergency care units (UPA) 24h: the nurses' perception. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 mar 11];24(1):238-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100238&lng=en
20. Skar P, Bruce A, Sheets D. The organizational culture of emergency departments and the effect on care of older adults: a modified scoping study. *Intern Emerg Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 mai 20];23(2):174-78. Disponível em: <http://www.internationalemergencynursing.com/article/v23n2/pdf>
21. Ros MJ, Recio AO, Gil SP, Arambarri MJA, Eizaguirre JMM, Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Atención Primaria* [Internet]. 2011 [acesso em 2016 jun 02];43(10):516-13. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/v43n10/pdf>

22. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daepfen JB, Bridevaux IP, et al. Effectiveness of Interventions Targeting Frequent Users of Emergency Departments: A Systematic Review. *Annals Emerg Medicine* [Internet]. 2011 [acesso em 2016 mai 29];58(1):41-52. Disponível em: [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(11\)00212-5/pdf](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(11)00212-5/pdf)
23. Azevedo DSS, Tibães HBB, Alves ÁMT. Determinants of direct demand by the population with preventable situations in er. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mar 22];8(10):3306-13. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/4898/pdf_6227
24. Berg MJVD, Loenen TV, Westert GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Family Practice* [Internet]. 2016 [acesso em 2016 jun 01];33(1):42-50. Disponível em <http://fampra.oxfordjournals.org/article/v33n1.pdf>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

5.3. Artigo 3: Práticas de acolhimento em Unidades de Pronto Atendimento: experiências relatadas pelos idosos e seus familiares

PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: EXPERIÊNCIAS RELATADAS PELOS IDOSOS E SEUS FAMILIARES

RESUMO: Estudo descritivo com abordagem qualitativa que objetivou identificar as práticas de acolhimento aos idosos atendidos em Unidades de Pronto Atendimento. Foi realizado nas duas Unidades de Pronto Atendimento de um município do Noroeste do Paraná-Br, com vinte e cinco idosos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados utilizando as etapas de codificações aberta e axial da Teoria Fundamentada nos Dados. Evidenciou-se que o acolhimento é percebido entre as práticas de receptividade ao entrar no serviço, na continuidade do cuidado devido a dinâmica de trabalho, nos aspectos referentes a ambiência e infraestrutura que possibilitam acomodação e atenção dos profissionais. Chegou-se à conclusão que apesar dos idosos sentirem-se satisfeitos devido suas necessidades de saúde serem supridas, há urgência na reestruturação na organização dos serviços, capacitação profissional e estratégias de atendimento para que proporcionem a esta população, assistência com responsabilidade.

Palavras-chave: Acolhimento; Serviços de Saúde; Idosos; Enfermagem Geriátrica.

WELCOMING PRACTICES IN EMERGENCY CARE UNITS: EXPERIENCES REPORTED BY ELDERLY PEOPLE AND THEIR RELATIVES

ABSTRACT: This is a descriptive study, with a qualitative approach, that was aimed to identify the welcoming practices towards the elderly people served in Emergency Care Units. It was conducted in the two Emergency Care Units in a city located in the Northwest of Paraná – Brazil, with twenty-five elderly people. Data were collected by means of semi-structured interviews and analyzed using the open and axial coding steps of Ground Theory. It was made clear that the welcoming is perceived among the practices of receptivity at the time of entering the service, during the continuity of care, due to the work dynamics, and also in the aspects relating to ambience and infrastructure, which allow accommodation and attention on the part of the professionals. This lead to the conclusion that, although the elderly people feel satisfied due to the fact that their health needs are being met, there is an urgent need to restructure the organization of the services, train professionals and draw up care strategies in such a way as to provide care with responsibility to this population.

Key-words: User Embrace; Health Services; Aged; Geriatric Nursing.

PRÁCTICAS DE ACOGIDA EN UNIDADES DE CUIDADOS DE EMERGENCIA: EXPERIENCIAS REPORTADAS POR ANCIANOS Y SUS FAMILIARES

RESUMEN: Estudio descriptivo, con planteamiento cualitativo, que intentó identificar las prácticas de acogida de los ancianos atendidos en las Unidades de Cuidados de Emergencia. Se realizó en las dos Unidades de Cuidados de Emergencia de una ciudad del Noroeste de Paraná – Brasil, con veinticinco ancianos. Los datos fueron recopilados mediante entrevistas semiestruturadas y analizados utilizando las etapas de codificación abierta y axial de la Teoría Fundamentada. Se evidenció que la acogida es percibida entre las prácticas de receptividad a la hora de entrar en el servicio, durante la continuidad de la atención, debido a la dinámica de trabajo, y en los aspectos relacionados con el ambiente y la infraestructura,

los cuales posibilitan acomodación y atención por parte de los profesionales. Se concluyó que, aunque los ancianos se sientan satisfechos porque sus necesidades de salud se cumplen, hay una urgencia para reestructurar la organización de los servicios, ofrecer capacitación profesional y desarrollar estrategias de atención capaces de proporcionar una asistencia con responsabilidad para esta población.

Palabras-clave: Acogimiento; Servicios de Salud; Anciano; Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

O rápido processo de envelhecimento no mundo tem ocorrido em razão da transição demográfica, cujos principais determinantes são os avanços da tecnologia, a redução da taxa de fecundidade e de mortalidade e o aumento da expectativa de vida (OBANDO; CASTILLO; RAMÍREZ, 2014)⁽¹⁾. No Brasil, tal fato tem ocorrido de forma acelerada quando comparado aos países desenvolvidos. Os dados do IBGE apontam que em 2010, havia 20.590.599 idosos, correspondendo a 10,8% da população brasileira, enquanto as projeções estimam que em 2060 haverá 73.551.010, no qual representará 33,7% de toda a população, gerando um aumento de 357% em 50 anos (IBGE, 2011)⁽²⁾.

O envelhecimento populacional tem progredido com outros fatores, como as condições crônicas que acometem grande parte da população idosa e está fortemente atrelada às fragilidades desta classe. Pesquisas assinalam que as DCNT representam importante desafio para a saúde pública, provocando incapacidade que afetam a qualidade de vida dos indivíduos e a economia dos países (FERNANDES; SOARES, 2012; OBANDO; CASTILLO; RAMÍREZ, 2014; SILVA et al., 2015)^(1,3,4). Este fenômeno traz repercussões pois revela novas demandas para o sistema de saúde (FERNANDES; SOARES, 2012; OBANDO; CASTILLO; RAMÍREZ, 2014; SCHWARZ; HASSON; ATHLIN, 2016)^(1,3,5), sobretudo às UPAs.

As UPAs foram implantadas em 2008 a partir da reestruturação do atendimento às urgências e emergências consolidada pela PNAU, configurando-se como estabelecimentos de saúde não-hospitalares que visam estabelecer a relação entre as UBSs e as ESFs com a rede hospitalar. No campo de suas atribuições desempenham papel relevante no atendimento à saúde de média complexidade, possibilitando acesso aos usuários idosos nos serviços neste nível de atenção (DOURADO, 2013)⁽⁶⁾.

A estruturação da PNAU ocorreu no mesmo período de elaboração das políticas de qualificação do SUS, o QualiSUS e Humaniza SUS. Suas bases conceituais estão bem coadunadas com as políticas de qualificação, especialmente as questões do acolhimento, da

humanização e da organização do sistema de urgência e emergência de acordo com o grau de risco dos usuários (BRASIL, 2010b; DOURADO, 2013)^(6,7).

O ato de acolher excede a perspectiva do acesso ao serviço de saúde, perpassa uma ação de porta de entrada e recepção do usuário (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013)⁽⁸⁾. É um processo contínuo que exige sensibilidade, conhecimento e responsabilização ativa pela condição de saúde do idoso, com associação das três esferas constitutivas do acolhimento em sua prática: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2010b)⁽⁷⁾.

Foram encontrados na literatura estudos que versam o cuidado ao idoso na APS (ADENIJI, 2015; CADOGAN, 2015)^(9,10), mas pesquisas com este público nos serviços de emergência são escassas, havendo necessidade de compreensão acerca do acolhimento na assistência ofertada a este grupo populacional e a importância destas unidades na organização do cuidado a partir da percepção dos próprios usuários idosos.

O enfoque ao desenvolvimento das ações do acolhimento compreendendo em que situações e o modo como estão sendo desenvolvidas, a partir da percepção dos usuários idosos, pode contribuir no aprimoramento da organização dos gestores e profissionais a fim de propiciar melhorias na qualidade dos serviços ofertados. Diante deste contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar as práticas de acolhimento aos idosos atendidos nas UPAs.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que utilizou a TFD como referencial metodológico. A TFD objetiva conhecer o fenômeno social no contexto em que este ocorre, de modo a compreender a inter-relação entre significados e ação (STRAUSS; CORBIN, 2008)⁽¹¹⁾.

A pesquisa foi desenvolvida em duas UPAs de um município do Noroeste do Paraná. Este município possui o maior índice de idosos do Estado, com 43.716 mil idosos residentes, uma representatividade de 12,2% da população geral (IBGE, 2011)⁽²⁾. As duas unidades em questão são responsáveis por todo atendimento intermediário, sendo as únicas implantadas no município para esta finalidade.

A UPA Zona Sul é classificada como porte III pelo MS, possui seis consultórios médicos e capacidade para 34 leitos, enquanto a UPA Zona Norte é elencada como porte II, possuindo quatro consultórios médicos, 12 leitos de internamento, sendo dois deles, de isolamentos. Ambas as unidades contam com os serviços de nutrição e dietética, serviço de prontuário de paciente, serviço de manutenção de equipamentos e serviço social (PARANÁ, 2014)⁽¹²⁾.

Os critérios para a seleção dos sujeitos nos GAs foram: indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, atendidos em uma das UPAs, Zona Norte ou Zona Sul, no mês de novembro de 2015, aceitar participar do estudo e obter pontuação mínima em conformidade com o teste MEEM, sendo considerado o nível de escolaridade (BRUCKI, 2003)⁽¹³⁾, ou ser familiar do idoso que não atingiu tal pontuação.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2015 a abril de 2016, junto a vinte e cinco idosos, dentre os quais cinco apresentaram déficit cognitivo, solicitando-se a participação do familiar na entrevista.

O primeiro GA foi constituído por oito idosos, classificados com a cor Verde. Ao desenvolver a análise comparativa, observou-se a importância em realizar o estudo com idosos classificados por todas as cores, segundo o Protocolo de Manchester utilizado nas unidades (BRASIL, 2013b)⁽¹⁴⁾, devido à condição clínica do sujeito interferir no entendimento sobre o acolhimento da unidade. Assim, os GAs foram estabelecidos pela classificação de risco (Azul, Verde, Amarela e Vermelha) a fim da melhor compreensão do objeto de estudo.

O segundo GA foi definido por sete idosos, classificados pela cor Amarela; o terceiro GA foi formado por cinco indivíduos que foram classificados em Azul; e o quarto GA composto por cinco familiares de idosos com comprometimento cognitivo, classificados com a cor Vermelha.

A coleta e a análise dos dados aconteceram de forma dinâmica e concomitante (STRAUSS; CORBIN, 2008)⁽¹¹⁾. Para a composição dos grupos foram respeitados os critérios de amostragem e saturação teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008)⁽¹¹⁾. O primeiro contato com os participantes foi por intermédio de uma funcionária da UPA e a coleta de dados se deu por entrevista semiestruturada. Estas foram gravadas, com duração média de 26 minutos, sendo realizada a maioria (23) no domicílio do idoso, utilizando um instrumento constituído por três partes: características sociodemográfica dos idosos e sua família;

características do atendimento e questões acerca do acolhimento durante o atendimento na UPA.

Para análise dos dados foi empregada a técnica analítica da TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008)⁽¹¹⁾, com o envolvimento das seguintes etapas: codificação aberta, que teve como referência a identificação de como os idosos usuários compreendem as práticas de acolhimento nas UPAs; e a codificação axial decorrente da reunião dos códigos em dois eixos, que correspondem às duas categorias apresentadas neste estudo, intituladas: **Satisfação com o acolhimento das UPAs e Dificuldades encontradas no processo de acolhimento nas UPAs.**

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 466/2012, com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM, mediante parecer de número 1.375.173. Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o anonimato foi garantido e suas falas identificadas com a letra “I” para os Idosos e “F” para os Familiares, seguida do número da entrevista e a classificação de risco obtida. Além disso, o anonimato do local e cenário do estudo também foi mantido.

RESULTADOS

Conhecendo os participantes da pesquisa

A idade dos idosos participantes da pesquisa variou de 60 a 90 anos, com média de 69 anos. Houve predominância do sexo feminino com 18 idosas e o estado civil da maioria era casado (14). Dos 25 idosos, 21 tinham o nível de escolaridade de até quatro anos de estudo. Referente às queixas de saúde que os levaram a procurar as UPAs, a maioria foi devido as Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo (9), seguido das Doenças do Aparelho Circulatório (5) e do Aparelho Respiratório (5).

Quanto aos familiares, a idade esteve entre 40 e 78 anos, com média de 61 anos. Todos eram do sexo feminino e sobressaíram aqueles cuja atividade laboral era o cuidado ao idoso e domésticas do lar (4), possuíam até oito anos de estudo (3) e eram filhas do idoso (3).

Satisfação com o acolhimento das UPAs

A prática de acolhimento foi percebida pelos depoentes por meio da dinâmica de atendimento no serviço de saúde. A organização da unidade oferece continuidade à assistência e alcance das expectativas do indivíduo, sendo esta considerada fundamental no processo de acolhimento ao atendimento dos idosos nas UPAs, principalmente quando se trata do processo de classificação de risco:

Quando chego lá, sou bem recebido. Se tem gente na minha frente, aguardo um pouco e logo sou chamado para fazer a triagem. Se for caso de emergência, dentro da triagem mesmo, já me passa para dentro. Quando não é emergência, faço a triagem, volto para a recepção, sento na cadeira, fico aguardando e o médico me chama lá (I7 – Verde).

De acordo com os participantes da pesquisa, o idoso é classificado por quatro cores distintas (azul, verde, amarelo ou vermelho) e, de acordo com sua classificação, define-se o desfecho do atendimento. Quando o indivíduo é classificado de azul, geralmente o médico realiza o atendimento necessário, depois encaminha para APS para que seja assistido com integralidade e longitudinalidade, característica preponderante aos idosos que possuem alta frequência de agudizações de suas condições crônicas:

Primeiro passei pela recepção, depois pelo médico e para a sala de medicação. Então, deram encaminhamento para o posto. Tinha bastante gente, mas me chamaram logo. Eles tratam a gente muito bem (I18 – Azul).

Ainda que na fala acima haja características de um cuidado longitudinal exposta na conduta do profissional médico, é oportuno refletir sobre os atendimentos desnecessários gerados nas UPAs, que poderiam ocorrer diretamente na APS. Outra situação que deve ser considerada é a forma de organização da RAS do município, uma vez que a população com casos de complexidade baixa procuram a UPA para o primeiro atendimento.

Sabe-se que a necessidade de acompanhamento laboratorial para a estabilidade de enfermidades, como nos casos dos idosos com DCNT, proporciona o interesse pela UPA, visto que este serviço oferece o atendimento procurado:

Quando cheguei na UPA, disse na recepção que tinha ido para fazer o exame e mostrei o papel. A moça já me chamou. Fui bem atendido. Nem cheguei a sentar para esperar. Depois que colheu o sangue, ela falou assim: espera um pouquinho que já dou o resultado (I19 – Azul).

Tal fato gera reflexões no processo de acolhimento dos serviços, uma vez que este indivíduo não possui o acompanhamento necessário na APS. Considerando que a APS deve exercer funções de coordenação do cuidado, é imprescindível que os idosos tenham acompanhamento longitudinal nestes pontos de atenção, pois a integralidade da assistência se torna fragmentada sem este serviço.

Salienta-se que em todo o processo de atendimento, seja na classificação de risco, na sala de medicação ou no atendimento médico, foi notória a satisfação dos indivíduos ao discorrerem sobre a empatia dos profissionais na assistência prestada como sinônimo de acolhimento:

O acolhimento é a maneira deles tratarem a gente, acolher com carinho e dedicação. Quando estive na UPA acompanhando minha mãe, toda hora estavam ali perguntando como ela estava. Isso dá mais força para gente. (...) O acolhimento foi ótimo (F23 – Vermelho).

A empatia faz parte do processo de humanização, sendo de extrema importância para a valorização da assistência e a qualidade do cuidado, o que demonstra satisfação dos indivíduos deste estudo ante os profissionais que realizam o cuidado nas UPAs.

Associada as práticas de acolhimento intermediadas pelos profissionais, foi destacada pelos participantes a explanação do direito do idoso em ter acompanhamento de alguém de sua preferência durante a permanência na unidade. Cabe destacar que a acolhida aos acompanhantes é percebida de forma positiva, com destaque para a humanização pelo oferecimento de alimentação durante a estadia:

Os funcionários da UPA até avisaram que, se quisesse ficar alguém como acompanhante, devido minha idade, poderia. Mas é que eu

não tenho muitas pessoas que me acompanham no médico, lá eu me viro (I10 – Amarelo).

Quando precisei ir a UPA, sempre estava tudo organizado (...). Ainda, eles me davam alimentação, porque eu ficava ali acompanhando minha mãe (F23 – Vermelho).

Apesar dos serviços de emergência serem permeados por rotina acelerada e propícios ao desenvolvimento do tecnicismo por parte dos profissionais, é notória a humanização na assistência prestada, tendo a família como uma unidade de cuidado, proporcionando-lhes suporte diante da situação vivida.

Ainda que a acessibilidade nas UPAs seja um aspecto favorável no acolhimento do idoso, as barreiras vivenciadas no desfecho do atendimento nestes estabelecimentos geram insatisfação dos indivíduos no modo como entendem a qualidade da assistência prestada. Exemplo mencionado foi o discurso de um idoso em que destaca a boa acolhida ao acesso na unidade para administração de medicamento injetável prescrito, porém houve a necessidade em aguardar por consulta médica para que este profissional prescrevesse novamente sua medicação, mesmo em posse da receita médica:

Estou com anemia, a médica receitou seis medicações e tinha que aplicar intravenosa uma por semana, com soro. Liguei nos postinhos, nos serviços de saúde da cidade inteira para ver quem poderia aplicar, todos disseram que não fazia esta aplicação (...) Liguei nesta UPA, e o enfermeiro falou que poderia ir (...) Mas, achei muito difícil a demora. Fui classificada de azul e atenderam todo mundo na minha frente, só fui para tomar injeção e tive que passar pelo médico (I21 – Azul).

O fato dos usuários não encontrarem acessibilidade em outros serviços do município faz a UPA desempenhar assistência que não corresponde à sua função principal. Esta característica é reconhecida pelo usuário também como prática de acolhimento desta unidade.

Dificuldades encontradas no processo de acolhimento nas UPAs

Embora os relatos citados na categoria anterior demonstrem alguns pontos positivos no acolhimento dos idosos nas UPAs, foram observados depoimentos que retratam alguns percalços neste processo. O tempo de espera, principalmente para realização de exames e aquisição de seus resultados e, conseqüentemente, atraso na conduta da equipe médica sobre o desfecho da situação clínica do idoso, está entre a principal fragilidade do acolhimento:

Esperei muito tempo, porque tinha colhido um monte de exames, que demora de três horas e meia a quatro horas para ficar pronto. Quando ficou pronto, tive que esperar mais um tempão para o médico vir falar o que realmente tinha acontecido, se a minha mãe ia ficar internada ou se ia embora (...) (F22 – Vermelho).

O problema da UPA são os exames que tem que mandar para outro lugar e tem que ficar esperando um tempão para voltar. Não tem todos exames ali. Só colhe e manda para outro lugar, aí tem que esperar voltar e depois resolve, se terá alta ou se precisará ficar internado (I2 – Verde).

Destaca-se ao tempo desprendido para realização de exames em uma das unidades, na qual os exames laboratoriais são apenas colhidos em suas dependências para então encaminhar a coleta para outro serviço para a realização da análise.

Além do tempo de espera sobre os procedimentos realizados na unidade, a infraestrutura também foi apontada como fragilidade no processo para realizar o acolhimento adequado. A sobrecarga nestes serviços tem gerado superlotação, a qual torna a infraestrutura do serviço incompatível para atender a todos com qualidade da assistência:

Às vezes, pode ser que em certos momentos, aquele ambiente de injeção, poderia ter mais cadeiras, mas ali é pequeno também, não dá. Eu tenho impressão que talvez seja por isso que demora para atender (I21 – Azul).

Os mais novos estavam em pé nos corredores, porque não tinha cadeira para todos sentarem, e as cadeiras não eram confortáveis. Talvez devido ter muita gente, não estava limpo, tem gente que joga as coisas no chão, outros que passam mal e acabam vomitando e outros pisam em cima. E também sobre a ventilação, nós pedimos para a enfermeira abaixar um pouco o ar condicionado, porque nós estávamos com frio (I6 – Verde).

Em ambas as unidades foram destacados problemas com a ambiência, a escassez de cadeiras para os indivíduos se acomodarem na sala de medicação, o que resulta na necessidade em aguardar a liberação de uma vaga para receber a medicação. Além do número de cadeiras apresentar-se insuficiente, os idosos ressaltaram o desconforto proporcionado por estas.

Somada a essas questões, a saturação nos serviços emergenciais não influencia apenas na sobrecarga da sua infraestrutura, mas se nota produção de trabalho incompatíveis com o número de profissionais, o que para os idosos interfere diretamente no processo de acolhimento da UPA:

Quando fui atendida na UPA, tinham poucos profissionais, isso pode ter influenciado a demora, como na hora em que fui fazer o Raio-X, não havia nenhum funcionário, a sala estava fechada com um papel na porta informando que ele tinha ido na emergência infantil, aí ele demorou pra vir e fazer o meu Raio-X (I6 – Verde).

A sobrecarga de trabalho dos profissionais da UPA implica em maior tempo de espera para o atendimento. Embora o tempo de espera corresponda a um dos atributos do acolhimento, trata-se de um percalço comum nos serviços de saúde. E para àqueles que procuram os serviços em situações emergenciais é alarmante, pois o tempo de socorro pode representar a manutenção da qualidade de vida e até mesmo a sobrevivência dos pacientes, sobretudo dos idosos.

DISCUSSÃO

O termo acolhimento é muito amplo e discutido entre os pesquisadores, no entanto, o mais importante não é a busca pela definição correta, mas a nitidez e elucidação da noção do termo que é adotada pelos atores concretos – ou seja, na visão dos usuários, com a manifestação das perspectivas e intencionalidades (BRASIL, 2013c)⁽¹⁵⁾. Os atores deste estudo mencionaram o significado de acolhimento como a receptividade ao serviço, o modo de escutar, de atender dos profissionais e os fatores referentes à ambiência, que está entre as diretrizes da PNH, porém existem alguns desafios a serem superados.

O ato de acolher não se limita apenas a uma recepção cordial, mas inclui a escuta ativa do usuário, vínculo, resolutividade e desempenho profissional. A escuta qualificada é elemento crucial ao processo de acolhimento, pois visa promover uma resposta positiva e responsabilidade pela resolução de sua necessidade por meio de práticas interventivas, que é o produto final do trabalho em saúde (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013)⁽⁸⁾.

Entre tais práticas interventivas, observou-se atributo importante do acolhimento, o fornecimento de alimentação para o acompanhante. Ressalta-se que a PNH preconiza que o idoso tem o direito de ter alguém a acompanhá-lo durante sua permanência nos serviços de saúde (BRASIL, 2010b)⁽⁷⁾. E o suprimento das necessidades fisiológicas destes está entre as estratégias para funcionamento adequado da UPA (BRASIL, 2013b)⁽¹⁴⁾.

Ao entrar no serviço, para que o indivíduo seja acolhido adequadamente, o MS estabelece que a UPA deve possuir sala específica para a realização do processo de ACCR, onde se considera o potencial de risco e a garantia de atendimento ordenado de acordo com a gravidade do caso (BRASIL, 2013b)⁽¹⁴⁾. A enfermagem dentro desta realidade possui papel facilitador ao processo de acolhimento aos indivíduos, sobretudo dos usuários idosos nas UPAs. O enfermeiro ocupa posição diferenciada, por ser responsável pelo ACCR na entrada do paciente ao serviço e por todas suas atividades estarem diretamente ligadas a assistência destes.

Pela dinâmica de trabalho, pôde ser percebido entre as práticas de acolhimento, a continuidade do cuidado expressado pelo encaminhamento a outro serviço. A UPA trata da agudização da enfermidade e encaminha o paciente à APS para obter cuidado de modo longitudinal, demonstrando a responsabilização aos indivíduos. Ao considerar que o sistema de saúde brasileiro segue um modelo horizontal, conhecido como RAS (MENDES, 2011)⁽¹⁶⁾, tendo a comunicação entre os pontos de atenção realizada principalmente pelo sistema de referência e contrarreferência, torna-se fundamental sua utilização entre os serviços de saúde (RUSTAD et al., 2016)⁽¹⁷⁾.

O atendimento em UPAs tem demonstrado fragilidade no sistema de contrarreferência para a APS, fragmentando o sistema de outros serviços de saúde, fazendo com que o usuário, após o atendimento recebido, busque por conta própria a continuidade do seu atendimento (GARCIA; REIS, 2014)⁽¹⁸⁾.

Para acolher a demanda, faz-se essencial que os serviços de saúde tenham estrutura física e ambiência adequadas, a fim de que os usuários obtenham atendimento confortavelmente, amenizando seus sofrimentos (BARNES et al., 2012; BRASIL, 2013c)^(15,19).

A ambiência é fortemente atrelada ao acolhimento. Na saúde, refere-se ao espaço físico compreendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve possibilitar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010b; KELLEY et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2015)^(7,20,21). Para os sujeitos deste estudo, a ambiência das UPAs analisadas está aquém do esperado, principalmente no que se refere ao conforto, limpeza e ventilação, limitando-se ao acolhimento conservador com práticas isoladas de triagem e organização de filas. Um estudo realizado em Atlanta-Geórgia corrobora esta condição, no qual o conforto das cadeiras esteve entre os fatores que mais influenciaram na insatisfação (SHAPIRO; CLEVINGER; EVANS, 2012)⁽²²⁾.

A infraestrutura compromete a assistência de enfermagem para o cuidado à população idosa (BOLTZ et al., 2013)⁽²³⁾. Tal situação vai ao encontro dos achados do presente trabalho, pois a infraestrutura incompatível à demanda foi apontada pelos idosos como fator gerador de comprometimento na qualidade do atendimento.

À dinâmica de atendimento na UPA é acrescida ao comprometimento dos profissionais com o trabalho. O profissional é elemento-chave para a execução do acolhimento, por isso há necessidade deste, compreender seu papel enquanto responsável para o sucesso do acolhimento, podendo executar práticas de acolher independente da sua função (BRASIL, 2013c; GANLEY; GLOSTER, 2011)^(15,24). Todavia, constata-se na literatura nacional e internacional, um número reduzido de profissionais, ocasionando sobrecarga de trabalho que afeta os principais aspectos do acolhimento, como a escuta e determinação de prioridades para atendimentos emergenciais (GALLAGHER et al., 2014; KEIZER et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; RUSTAD et al., 2016)^(17,25-27).

Além da sobrecarga de trabalho, notam-se algumas ambiguidades nas percepções sobre o processo de acolhimento na UPA, exemplo assinalado pelo relato do idoso que, ao precisar fazer uso de medicamento injetável e não encontra-lo disponível em outros serviços

do município, sentiu-se acolhido na UPA. Entretanto, mesmo em posse da prescrição médica, foi necessário aguardar atendimento para que nova prescrição fosse realizada, gerando insatisfação pelo longo tempo de espera e demonstrando falta de autonomia da equipe de enfermagem para executar o procedimento. Faz-se necessário capacitar os profissionais e também melhorar a rotina de trabalho para transformar as práticas biomédicas em assistência multiprofissional nas unidades emergenciais.

Apesar dos registros de avanço do modelo assistencial brasileiro, para reorganizar a RAS e potencializar sua intercomunicação, observa-se que ainda há falhas na padronização de determinados procedimentos que os serviços julgam não tratar de sua responsabilidade, que há rotineiramente transposições de funções de um serviço para outro, e isso leva os usuários a não saber qual unidade é mais adequada procurar. A transposição de função entre os serviços potencializa um percalço enfrentado nos serviços de saúde, que é a carência de informação referente às funções de cada ponto de atenção. Justamente por isso, há urgência em orientar a população a fim de promover a evolução do pensamento crítico e das decisões a serem tomadas.

Associada a resolução das demandas trazidas pelos indivíduos, há a disponibilização dos serviços oferecidos nas UPAs, que chamam a atenção dos usuários do SUS, devido a ampla possibilidade de acesso a exames e resolutividade no atendimento (GARCIA; REIS, 2014)⁽¹⁸⁾. Contudo, a interpretação equivocada das informações, ou até mesmo exposição de informações limitadas, pode contribuir para a grande demanda por condições não graves nas UPAs (BOLTZ et al., 2013; GARCIA; REIS, 2014; UCHIMURA et al., 2015)^(18,23,28). A superlotação destas unidades acarreta em desprendimento de maior tempo, o que provoca descontentamento ao usuário no processo de acolher (já que tal aspecto corresponde a uma virtude do acolhimento) bem como gera insatisfação nos profissionais devido à falta de continuidade no trabalho (SCHWARZ; HASSON; ATHLIN, 2016)⁽⁵⁾.

Outra fragilidade associada ao tempo de espera refere-se à realização de exames. Vale destacar que este é um desafio enfrentado nos serviços de saúde de modo geral, portanto corrobora com a literatura, porque o tempo para ser atendido e para receber o resultado dos exames apresenta alta insatisfação pela população (SANTIAGO et al., 2013)⁽²⁹⁾.

Salienta-se que nenhuma das UPAs do município possui em suas dependências laboratório para se fazer análise dos exames. Pelo depoimento, nota-se que o usuário mencionou o encaminhamento do material biológico a outro serviço, referindo-se ao Hospital Municipal, localizado ao lado de uma das UPAs, responsável pela análise dos

exames dos serviços municipais (PARANÁ, 2014)⁽¹²⁾. Apesar do descontentamento do idoso, este método de trabalho condiz com a legislação, pois as atribuições da UPA discorrem que, diante da necessidade, possibilitará acesso a exames aos usuários com a existência de sala de coleta de materiais, dentro de intervalo de tempo tecnicamente aceitável e de acordo com parâmetros definidos pelas equipes locorregionais, com laboratórios fora da Unidade (BRASIL, 2013b)⁽¹⁴⁾. Reforça-se a importância em orientar a população sobre a organização de trabalho da UPA.

Desta forma, o enfermeiro surge como agente transformador da saúde ao proporcionar práticas de acolhimento com qualidade aos idosos e por capacitar sua equipe para que os mesmos se agreguem de significados relacionados à assistência humanizada e em suas práticas contribuam para a melhoria do processo de trabalho e do atendimento das demandas, a fim de propiciar um serviço de melhor qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os usuários compreendem o acolhimento não apenas com o ato de recepcionar, mas o modo de atender dos profissionais e a ambiência da unidade. Apesar dos percalços enfrentados na procura deste serviço pelo tempo de espera, a grande demanda, a incompatibilidade da infraestrutura e a carência de profissionais, foram identificados aspectos satisfatórios do atendimento na UPA, principalmente pela resolutividade de problemas de saúde que motivaram a busca pelo serviço.

Os gestores das UPAs precisam voltar sua atenção para as dificuldades vivenciadas pelos idosos durante as práticas de acolhimento nestes serviços, a fim de implantar protocolos e estratégias que possibilitem melhorias na qualidade do atendimento, uma vez que a garantia de resolução das necessidades pode significar continuidade na qualidade de vida desta população.

É necessária a reestruturação dos serviços de saúde que compõem a RAS, sobretudo o acolhimento da APS, para que exerça seu papel coordenador e ordenador de cuidado de modo que conheça as necessidades de seus usuários, para que filtrem os atendimentos às UPAs àqueles compatíveis com suas características. Outro aspecto importante se faz pela capacitação profissional e empoderamento da população para reconhecerem os pontos de atenção e suas funções.

Cabe considerar que este estudo se limita à percepção dos usuários idosos atendidos em UPAs, o que demonstra que novas pesquisas com os profissionais de saúde podem ser promissoras para o investimento em saúde e para o avanço do conhecimento em enfermagem e saúde.

REFERÊNCIAS

1. Obando JEN, Castillo EC, Ramírez RR. Demanda de atención de salud de la población adulta mayor de la * provincia Del Santa. In *Crescendo* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 abr 17];5(1):49-57. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5127602>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censos Demográfico de 2010: Dados preliminares do universo. Brasília: MDS; 2011.
3. Fernandes MTO, Soares SM. The development of public policies for elderly care in Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 abr 22];46(6):1494-1502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en
4. Silva JVF, Silva EC, Rodrigues APRA, Miyazawa AP. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Cad Graduação* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 22];2(3):91-100. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/v2n3.pdf>
5. Schwarz UVT, Hasson H, Athlin AM. Efficiency in the emergency department – A complex relationship between throughput rates and staff perceptions. *Int Emerg Nurs*. [Internet]. 2016 [acesso em 2016 abr 22];29:15-20. Disponível em: [http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X\(16\)30077-5/pdf](http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(16)30077-5/pdf)
6. Dourado EMR. Análise da política nacional de atenção às urgências: uma proposta [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Distrito Federal, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
8. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev Brasil Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 abr 22];66(1):31-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=en
9. Adeniji C, Kenning C, Coventry PA, Bower P. What are the core predictors of ‘hassles’ among patients with multimorbidity in primary care? A cross sectional study.

BMC Health Serv Res [Internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 24];15(255). Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0927-8>

10. Cadogan CA, Ryan C, Francis JJ, Gormley GJ, Passmore P, Kerse N, et al. Improving appropriate polypharmacy for older people in primary care: selecting components of an evidence-based intervention to target prescribing and dispensing. *Implement Science* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 23];10(161). Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0349-3>
11. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
12. Paraná. Estado do Paraná. Unidades de pronto atendimento - rede de urgência e emergência. 2014. Disponível em: <<http://www.cidadao.pr.gov.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
13. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Ivan H, Okamoto IH. Sugestões para o Uso do Minixame do Estado Mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr* [Internet]. 2003 [acesso em 2016 jun 02];61(3):777-781. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en
14. Brasil. Ministério da saúde. Portaria 342, de 4 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2010 [acesso em 2016 mai 02];15(5):2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en
17. Rustad EC, Furnes B, Cronfalk BS, Dysvik E. Older patients' experiences during care transition. *Patient Prefer Adherence*. 2016 [acesso em 2016 mai 03];(10):769-79. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869594/pdf/ppa-10-769.pdf>
18. Garcia VM, Reis RK. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. *Ciênc. Cuid Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mai 18];13(4):665-73. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/19127/pdf_245
19. Barnes DE, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J, Chren MM, et al. Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining

- patients' functional status. *Health Affairs* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 abr 14];31(6):1227–36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3870859/pdf/nihms-525426.pdf>
20. Kelley ML, Parke B, Jokinen N, Renaud D. Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. *Journ Health Serv Res Policy*. 2011; 16(1):6-12. functional status. *Health Affairs* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 abr 14];31(6):1227–36. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/jhsrp.2010.009132>
21. Nascimento ERP, Silva SG, Souza BC, Souza DD, Netto AG. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 04];19(2):338-42. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127739655021>
22. Shapiro SE, Clevenger CK, Evans DD. Enhancing care of older adults in the emergency department. *Adv Emerg Nurs Journ*. 2012; 34(3):197-203.
23. Boltz M, Parke B, Shuluk J, Capezuti E, Galvin JE. Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. *The Gerontol* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 abr 14];53(3): 441-53. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/18/geront.gnt004.full.pdf+html>
24. Ganley L, Gloster AS. An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard* [Internet]. 2011 [acesso em 2016 abr 17];26(12):49-56. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829>
25. Gallagher R, Fry M, Chenoweth L, Gallangher P, Parbury JS. Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nurs Health Sciences*. 2014; 16(4):449-53.
26. Keizer E, Smits M, Peters Y, Huibers LL, Giesen P, Wensing M. Contacts with out-of-hours primary care for non urgent problems: patients' beliefs or deficiencies in healthcare? *BMC Fam Practice* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 17];16(157). Disponível em: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0376-9>
27. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Emergency care units (UPA) 24h: the nurses' perception. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 mar 11];24(1):238-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100238&lng=en
28. Uchimura LYT, Viana ALD, Silva HP, Ibañez N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 abr 21];39(107):972-83. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406343696007>

29. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMA SM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. Ciênc. Saúde Colet [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 19]; 18(1):35-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005&lng=en

6. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Os resultados encontrados permitiram o conhecimento da realidade do acesso e do acolhimento aos idosos nas UPAs, quanto aos aspectos satisfatórios e os percalços vivenciados. Neste sentido, o estudo traz contribuições para o ensino, a pesquisa e a prática da enfermagem.

Para o **ensino**, apresenta a importância do preparo do profissional desde a graduação, para que este seja capaz de reconhecer as necessidades emergenciais dos idosos para promover acesso e acolhimento de modo integral e contínuo. Destaca a importância de incluir no processo de ensino e nas grades curriculares esta temática, com o intuito de propiciar reflexões e subsídios para oferecer assistência com qualidade. Esta reflexão é significativa pois existem políticas públicas de atenção à saúde do idoso e de atenção às urgências e emergências, cuja execução envolve diversos profissionais da saúde, inclusive o enfermeiro.

Por sua vez, a contribuição deste estudo para a **pesquisa** compreende a ampliação de estudos abordando especificamente atendimentos de idosos em UPAs e suas interfaces, em específico no processo de cuidado para reduzir os percalços presentes nestas unidades. Os resultados deste estudo permitirão subsídios para repensar e readequar o cuidado prestado ao idoso. Os dados encontrados contribuem para a ampliação do conhecimento nesta linha de pesquisa e estimula o desenvolvimento de novas investigações sobre a assistência de idosos em UPAs, a fim de consolidar os conhecimentos referentes a esta temática.

Ainda, os resultados deste estudo dão suporte a pesquisas que promovam avaliação dos serviços de saúde prestados aos usuários idosos, contemplando o acesso e o acolhimento a estes indivíduos nas UPAs, além de informações imprescindíveis que contribuem para a formulação ou melhorias de planos assistenciais destinados a responder as demandas desta população.

No que tange à **prática de enfermagem**, ressalta-se a importância do resultado apresentado neste estudo, pois permite subsídios às condutas dos enfermeiros para a prática da promoção da saúde, o que ampliaria o acesso e o acolhimento ao idoso nas UPAs. Também se destaca a importância com o cuidado de enfermagem pautado no arcabouço cultural desta população, a fim de minimizar o modelo biomédico e a supervalorização destas unidades, com redução do acompanhamento na APS.

Conhecer e analisar o acesso e o acolhimento do idoso nas UPAs e compreender as percepções quanto à atuação destes serviços fornece aos profissionais uma gama de conhecimento indispensável para a assistência em saúde. Colabora ainda para a reflexão de tais condutas praticadas e a reestruturação das ações de enfermagem de forma que o cuidado englobe as crenças e particularidades deste segmento etário.

Deste modo, é notória a necessidade de o enfermeiro – seja ele docente, pesquisador, assistencial ou gestor – conhecer e valorizar as peculiaridades que abarcam o acesso e o acolhimento do idoso e sua percepção quanto ao desempenho das UPAs. Assim, o cuidado prestado a esta população será integral e com qualidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo, foi possível conhecer e analisar as práticas de acesso e acolhimento realizado junto aos idosos nas UPAs de um município no interior do Paraná, Brasil.

Os resultados constataram a nítida preferência dos idosos em procurar atendimento nas UPAs – independente da sua complexidade de saúde. Muitos sujeitos reconhecem as diferentes funções entre os pontos de atenção, destacando que os serviços primários devem realizar acompanhamento das condições crônicas e fazer o primeiro contato diante da necessidade dos usuários.

Entretanto, uma série de fatores interferem na decisão: as fragilidades do acesso à APS, a burocratização no agendamento de consultas, os horários para atendimento, a ausência do profissional médico, a baixa capacidade dos profissionais em tomar decisões frente aos problemas trazidos pela população, e esses fatores são os principais responsáveis pela baixa procura neste nível de atenção. Estas situações, somadas à facilidade em alcançar acesso em outros níveis de atenção (como nas UPAs) culminam em procura por outros serviços mais “aptos”, que disponibilizam dispositivos tecnológicos capazes de atender as necessidades dos indivíduos. Tais características implicam em aumento considerável da carga de trabalho e comprometem a qualidade do atendimento nos serviços emergenciais, sobretudo para a população idosa, que necessita de atendimento rápido e eficaz, com integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Torna-se essencial a importância do diálogo e do acolhimento às demandas da população da APS, utilizando o tempo de espera para fornecer orientações de maneira clara e acessível sobre a organização da RAS e seu processo de trabalho, a capacidade de resolução destes serviços e as opções de serviços e recursos que tem a oferecer. A APS organizada e consistente repercutiria na redução das necessidades de cuidados mais complexos, com o fornecimento da continuidade e abrangência, incluindo programas de prevenção, além de promover a coordenação de toda a rede.

Quanto à acessibilidade às UPAs, foram destacadas entre os participantes barreiras vivenciadas para chegar até a unidade, uma vez que a distância requer o uso de transporte coletivo; contudo, cabe destacar que tal fato não lhes impedem de procurar o serviço diante do problema de saúde. Na aceitabilidade dos recursos, esteve a satisfação pela disponibilização dos exames na unidade, porém descontentamentos também foram relatados

devido à transferência de usuários a outro estabelecimento para realização de exames, os quais devem ser acompanhados por profissional da enfermagem, sobrecarregando o trabalho e gerando maior tempo de espera. Além disso, alguns idosos apontaram que os exames laboratoriais são apenas colhidos nas dependências da UPA e encaminhados a outro estabelecimento para proceder a análise, o que também gera demora e compromete a qualidade da assistência.

Nota-se a insatisfação com a conduta tomada pelo profissional, uma vez que, para o idoso, o profissional médico deveria ter oferecido maior atenção à sua situação clínica, com solicitação de exames e prescrição de medicamentos mais complexos. Observa-se a ausência do diálogo entre profissionais e usuários destes serviços, o que impossibilita o acesso à informação e conseqüente incompreensão do tratamento, resultando muitas vezes, inclusive em não adesão à terapêutica. Ressalta-se que os aspectos culturais devem ser considerados ao promover educação em saúde para que os indivíduos sejam protagonistas efetivamente deste processo.

No que se refere as práticas de acolhimento, os usuários idosos destacaram a garantia de atendimento nas UPAs, porque esta unidade acolhe a livre demanda. A dinâmica de trabalho da unidade proporciona integralidade, universalidade e equidade do cuidado, intermediado pelo ACCR, que, segundo os idosos, trata-se de uma prática primordial nos serviços emergenciais.

O acolhimento na UPA foi percebido pela maioria como positiva, pelos aspectos referentes a ambiência e infraestrutura, que possibilitaram acomodação e atenção dos profissionais, pelo oferecimento de longitudinalidade do cuidado, devido ao encaminhamento aos serviços de complexidades diferentes, para que pudessem ser assistidos com qualidade. E, ainda, por proporcionar acompanhamento ao idoso, por um familiar ou alguém de sua preferência, durante toda a permanência na unidade, oferecendo condições humanas básicas, como alimentação e acomodação.

Entre os fatores que permeiam a procura por atendimento nos serviços de saúde, a resolutividade da queixa é destacada, pois se trata do produto final deste processo. Embora sejam evidentes alguns percalços na UPA, para os idosos suas necessidades são na maioria das vezes alcançadas, com destaque para a alta da unidade apenas quando há melhora da situação clínica.

Conclui-se que há necessidade de os profissionais da saúde reconhecerem, compreenderem e assistirem adequadamente o idoso, o que contribuiria na redução de

complicações de sua condição. Acredita-se que os resultados desta pesquisa subsidiarão os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, que têm como essência o cuidar, no intuito de melhorar a oferta de cuidados a esta população em toda a rede de atenção.

Uma das limitações do estudo é o fato de a pesquisa ter sido realizada somente com os usuários, sugerindo-se para o futuro, a realização de estudos com os profissionais, de forma que os achados permitam apontar a perspectiva destes indivíduos sobre a assistência prestada aos idosos em Unidades de Pronto Atendimento.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento.** 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 564-573, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a31.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2016.
- ADENIJI, C. et al. What are the core predictors of ‘hassles’ among patients with multimorbidity in primary care? A cross sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 255, jul. 2015. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0927-8>>. Acesso em: 24 abr. 2016.
- AGUILERA, S. L. V. U. et al. Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 654-667, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000300654&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2016.
- ALTHAUS, F. et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. **Annals of Emergency Medicine**, v. 58, n. 1, p. 41-52, jul. 2011. Disponível em: <[http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(11\)00212-5/pdf](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(11)00212-5/pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- AMORIM, C. C.; PESSOA, F. C. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso.** Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. São Luís, 2014.
- ANDRADE A. N. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-48, mar., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2016.
- ARAÚJO, C. L. O; SILVA, A. C. Perfil sociodemográfico e patológico de idosos que frequentam uma unidade de Pronto Atendimento do Vale do Paraíba (SP). **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 225-232, set. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5606/11439>>. Acesso em: 05 mar. 2016.
- ARAVENA, L. P.; INOSTROZA, P. M. ¿Salud pública o privada? Los factores más importantes a evaluar el sistema de salud en Chile. **Revista Médica do Chile**, Santiago, v. 143, n. 2, p. 244-251, feb. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

AZEVEDO, D. S. S.; TIBÃES, H. B. B.; ALVES, Á. M. T. Determinants of direct demand by the population with preventable situations in er. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3306-3313, out. 2014. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/4898/pdf_6227>. Acesso em: 22 mar. 2016.

BARDSLEY, M. et al. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. **BMJ Open**, London, v. 3, n. 1, p. 1-12, jan. 2013. Disponível em:

<<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/1/e002007.full.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

BARNES, D. E. et al. Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status. **Health Affairs**, v. 31, n. 6, p. 1227-1236, jun. 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3870859/pdf/nihms-525426.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

BARROSO, J. et al. The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 2, p. 153-78, mar. 2003.

BEARD, J. R.; BLOOM, D. E. Towards a comprehensive public health response to population ageing. **Lancet**, Geneva, v. 385, p. 658-662, feb. 2015.

BERG, M. J. V. D.; LOENEN, T. V.; WESTERT, G. P. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. **Family Practice**, Inglaterra, v. 33, n. 1, p. 42-50, 2016. Disponível em:

<<http://fampra.oxfordjournals.org/article/v33n1.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BLOOM, D. E. et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. **Lancet**, Geneva, v. 385, p. 649-657, nov. 2015.

BOECKXSTAENS, P.; GRAAF, P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. **Quality in Primary Care**, European, v. 19, n. 6, p. 369-389, 2011. Disponível em: <<https://biblio.ugent.be/publication/2138361>>. Acesso em: 14 out. 2016.

BOLTZ, M. et al. Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. **The Gerontologist**, Cary, v. 53, n. 3, p. 441-453, 2013. Disponível em:

<<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/18/geront.gnt004.full.pdf+html>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

BORGHI, A. C. et al. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 589-595, nov. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400589&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan 1994. Disponível em:

<<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1994/8842.htm>>. Acesso em: 14 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.923/GM, de 9 de junho de 1998. Estabelecimento do sistema estadual de referência hospitalar em atendimento às urgências e emergências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 44. 15 jun, 1998.

BRASIL. Portaria n.º 280, de 7 de Abril de 1999a. Dispõe sobre a obrigatoriedade do Acompanhante Hospitalar de Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 1999. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280_07_04_1999.html>. Acesso em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Portaria n.º 830 no dia 24 de Junho de 1999b. Torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade quando internados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 1999. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0830_24_06_1999.html>. Acesso em: 21 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 2002a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 13 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Portaria n.º 249, de 16 de Abril de 2002. Aprova na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde

do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 abr. 2002c. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/portaria249.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 56, 06 out, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3. ed. ampl, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ministério da Saúde, p. 60, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.125, de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 113, 08 dez. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 66, 03 dez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 59, 15 mai, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 56, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 44, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 1.600, de 07 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de jul. 2011a.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601 de 7 de Julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 70, 08 jul. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente de Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de Serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências e em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 48, 08 nov. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.820, de 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 112, 30 nov. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.821, de 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 113, 30 nov. 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 79, 13 out. 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171, de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 128, 06 jun. 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria 342, de 4 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Diário Oficial da União**. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília, DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivo Neuro-Psiquiátrico**, São Paulo, v. 61, n. 3b, p. 777-781, set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BURKET, E. et al. Trends and predicted trends in presentations of older people to Australian emergency departments: effects of demand growth, population ageing and climate change. **Australian Health Review**, Australian, v. 8, n. 1, jul. 2016.

CACCIA-BAVA, M. C. G. et al. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 347-354, out. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/v44n4.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

CADOGAN, C. A. et al. Improving appropriate polypharmacy for older people in primary care: selecting components of an evidence-based intervention to target prescribing and dispensing. **Implementation Science**, v. 10, n. 161, nov. 2015. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0349-3>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp, p. 252-264, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en>. Acesso em: 09 mar. 2016.

CANOAS. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Prefeitura Municipal de Canoas – Rio Grande do Sul. 2013. Disponível em: <http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/335471/PMS_CANOAS_20142017.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1763-1768, dez., 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40902/44371>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 423 de 09 de abril de 2012. Normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. **Conselho Federal de Enfermagem**, Brasília, DF, 2012.

CONTE, M. et al. Encontros ou desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 20, n. 6, p. 1741-1749, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601741&lng=en>. Acesso em: 10 fev. 2016.

DEASEY, D.; KABLE, A.; JEONG, S. Results of a national survey of Australian nurses' practice caring for older people in an emergency department. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, p. 3049-3057, oct. 2016.

DENG, Z.; MO, X.; LIU, S. Comparison of the middle-aged and older users' adoption of mobile health services in China. **International Journal of Medical Informatics**, European, v. 83, p. 210-224, 2014. Disponível em:

<[http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(13\)00249-9/pdf](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(13)00249-9/pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2016.

DESLANDES, S. F.; SOUZA, E. R. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2775-2786, mai. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600015&lng=en>. Acesso em: 28 jan. 2016.

DOURADO, E. M. R. **Análise da política nacional de atenção às urgências: uma proposta**. 2013. 155f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Distrito Federal.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200003&lng=en>. Acesso em: 29 mai. 2016.

EITO, J. F.; BELIO, M. I. P.; VIVAR, C. G. Valoración geriátrica global del anciano por los servicios de urgências extrahospitalarias. Caso clínico. **Gerokomos**, Barcelona, v. 23, n. 4, p. 162-168, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2016.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en>. Acesso em: 22 abr. 2016.

FORMIGA, L. M. F. et al. Performance of professional nursing in emergency: a descriptive study. **Revista Enfermagem UFPI**, Piauí, v. 3, n. 1, p. 53-58, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1429/pdf_1>. Acesso em: 18 fev. 2016.

FRIED, L. P. Investing in health to create a third demographic dividend. **The Gerontologist**, Inglaterra, v. 56, n. s2, p. 166-177, jan. 2016. Disponível em: <http://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/gerontologist/56/Suppl_2/10.1093>. Acesso em: 14 set. 2015.

FRIES, A. T.; PEREIRA, D. C. Teorias do envelhecimento humano. **Revista Contexto & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 10, n. 20, p. 507-514, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1571/1324>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Projeto-Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS): Relatório final.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

GALLAGHER, R. et al. Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. **Nursing & Health Sciences**, Carlton, v. 16, n. 4, p. 449-453, mar. 2014.

GANLEY, L.; GLOSTER, A. S. An overview of triage in the emergency department. **Nursing Standard**, v. 26, n. 12, p. 49-56, jul. 2011. Disponível em: <<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 665-673. out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/19127/pdf_245>. Acesso em: 18 mar. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2010.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.** New York: Aldine de Gruyter, 1999.

GOMIDE, M. F. S. et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 31-38, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/v45n1.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. especial 2, p. 19-25. jul. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/v45n1.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

GONÇALVES, A. V. F. **Avaliação do acolhimento no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva da pessoa idosa.** 2011. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

GRDEN, C. B. R. et al. Características sociodemográficas e de acesso de longevos aos serviços de saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1505-1512, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24985/pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

GRUNEIR, A.; SILVER, M. J.; ROCHON, P. A. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness and consequences of unmet health care needs. **Medical Care Research and Review**, v. 68, n. 2, p.131-155, 2011. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/46191324>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 31-37. jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=en>. Acesso em: 14 jul. 2015.

HASTINGS, S. N. et al. Frequency and predictors of adverse health outcomes in older medicare beneficiaries discharged from the emergency department. **Medical Care**, North Carolina, v. 46, n. 8, p. 771-777, ago. 2008.

HASTINGS, S. N. et al. Health services use of older veterans treated and released from veterans affairs medical center emergency departments. **Journal of the American Geriatric Society**, v. 61, n. 9, p. 1515- 1521, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Censos demográfico de 2010**: dados preliminares do universo. Brasília: MDS; 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 22 mar. 2015.

JB. Reviewers' manual. Adelaide/Austrália: **The Joanna Briggs**. Institute. 2008. Disponível em: <http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/JBIRReviewManual_CiP11449.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

KANASI, E.; AYILAVARAPU, S.; JONES J. The aging population: demographics and the biology of aging. **Periodontology**, v. 72, p. 13-18, 2016.

KASKIE, B. et al. Older adults who persistently present to the emergency department with severe, non-severe, and indeterminate episode patterns. **BMC Geriatrics**, v. 11, n. 65, p. 1-10, oct. 2011. Disponível em: <<http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-65>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

KEIZER, E. et al. Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patients' beliefs or deficiencies in healthcare? **BMC Family Practice**, Inglaterra, v. 16, n. 157, oct. 2015. Disponível em: <<http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0376-9>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

KELLEY, M. et al. Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. **Journal of Health Services Research & Policy**, Edinburgh, v. 16, n. 1, p. 6-12, jan. 2011. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/jhsrp.2010.009132>>. Acesso em: 114 abr. 2016.

KONDER, M. T. **Atenção às urgências**: a integração das Unidades de Pronto-atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

LEONARD, C. et al. Demand for emergency department services in the elderly: an 11 year analysis of the Greater Sydney Area. **Emergency Medicine Australasia**, Australia, n. 26, p. 356-360, aug. 2014.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=en>. Acesso em: 17 mar. 2016.

LIMA, M. L. C. et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2677-2686. out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a06v15n6.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

LINO, F. S. et al. Assistência ao idoso pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Enfermagem UFPI**, Terezina, v. 3, n. 1, p. 25-31, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1328/pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

MACHADO, G. V. C. et al. Associated factors to the use of an emergency service, Ouro Preto, 2012. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 416-424, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400416&lng=en>. Acesso em: 17 mar. 2016.

MANLEY, K. et al. Using systems thinking to identify workforce enablers for a whole systems approach to urgent and emergency care delivery: a multiple case study. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 368, aug. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979146/pdf/12913_2016_Article_1616.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2016.

MARI, F. R. et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-44, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403844773004>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-636, set./out. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4238/12282>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

MATHERS, C. L. et al. Causes of international increases in older age life expectancy. **Lancet**, n. 385, p. 540-548, 2015.

McHALE, P. et al. Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. **BMC Medicine**, v. 11, n. 258, dec. 2013. Disponível em: <<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-258>>. Acesso em: 29 mai. 2016.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. J. Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2709-2718, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a09v15n6.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

MELO, L. D. **O processo de envelhecimento para pessoas idosas: estudo de representações sociais e crenças de rokeach**. 2015. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 mar. 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2011. 549 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atenção-mendes2.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100007&lng=en>. Acesso em: 27 abr. 2016.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 2013.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2016.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 338-342, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127739655021>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

OBANDO, J. E. N.; CASTILLO, E. C.; RAMÍREZ, R. R. Demanda de atención de salud de la población adulta mayor de la* provincia Del Santa. **In Crescendo**, Los Angeles, v. 5, n. 1, p. 49-57, 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5127602>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-44, jan./mar. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100238&lng=en>. Acesso em: 16 mar. 2016.

OLIVEIRA, T. A.; PINTO, K. A. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: avaliação de usuários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1122-1129, abr./jun. 2015. Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22897/14790>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

O'MALLEY, A. S. After-Hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. **Health Affairs published online**, v. 32, n. 1, dec. 2012.

OTTONI, M. A. M. Longevidade: uma conquista ou um peso para a sociedade brasileira? **Polêmica Revista Eletrônica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan/fev. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/9630/7671>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

PARANÁ. Estado do Paraná. **Unidades de pronto atendimento - rede de urgência e emergência**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidadao.pr.gov.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PENNING M. J.; ZHENG, C. Income Inequities in Health Care Utilization among Adults Aged 50 and Older. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement**, Canada, v. 35, n. 1, p.55-69, mar. 2016.

PINTO-JUNIOR, D.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1041-1047, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2016.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RECHEL, B. et al. Ageing in the European Union. **Lancet**, v. 381, p. 1312-1322, apr. 2013. Disponível em:

<<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Ageing%20in%20the%20EU%20The%20Lancet.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

RESTREPO-ZEA J. H. et al. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 13, n. 27, p. 242-265, jul./dec. 2014. Disponível em:

<<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11970/9804>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

ROS, M. J. et al. Consulta de atenção primária: ¿todo es del médico? **Atención Primaria**, Espanha, v. 43, n. 10, p. 516-513, oct. 2011. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/v43n10/pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

RUSTAD, E. C. et al. Older patients' experiences during care transition. **Journal of Patient Preference and Adherence**, v. 10, p. 769-779, mai. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869594/pdf/ppa-10-769.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Pan-americana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260-268, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005&lng=en. Acesso em: 21 mar. 2016.

SANTOS, E. R. et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2741-2752, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a12v15n6.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

SCHWARZ, U. V. T.; HASSON, H.; ATHLIN, A. M. Efficiency in the emergency department – A complex relationship between throughput rates and staff perceptions. **International Emergency Nursing**, jul. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2016.07.003>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

SHAPIRO, S. E.; CLEVINGER, C. K., EVANS, D. D. Enhancing care of older adults in the emergency department. **Advanced Emergency Nursing Journal**, Philadelphia, v. 34, n. 3, p. 197-203, jul./sep. 2012.

SHAW, F. E. et al. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department randomised controlled trial. **BMJ**, n. 326, jan. 2003. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/326/7380/73>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SILVA, J. V. F. et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Cadernos de Graduação**, Maceió, v. 2, n. 3, p. 91-100, mai. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/v2n3.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400805&lng=en>. Acesso em: 27 mai. 2016.

SKAR, P.; BRUCE, A.; SHEETS, D. The organizational culture of emergency departments and the effect on care of older adults: a modified scoping study. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 23, n. 2, p. 174-178, apr. 2015. Disponível em: <<http://www.internationalemergencynursing.com/article/v23n2/pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

SMITH, J. P.; STRAUSS, J.; ZHAO, Y. Healthy aging in China. **The Journal of the Economics of Ageing**, v. 4, p. 37-43, dec. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4303107/pdf/nihms643963.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

SONG, P.; CHEN, Y. Public policy response, aging in place, and big data platforms: Creating an effective collaborative system to cope with aging of the population. **BioScience Trends**, v. 9, n. 1, p. 1-6. Feb. 2015. Disponível em: <https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/9/1/9_2015.01025/_pdf>. Acesso em: 05 mai. 2016.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SUDRÉ, M. R. S. et al. Características socioeconômicas e de saúde de idosos assistidos pelas equipes de Saúde da Família. **Ciencia, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 933-940, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19794/14354>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

SUIJKER, J. J. et al. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 85, p. 1-12, apr. 2012. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-85>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

TRAVASSOS, C; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: Giovanella, L. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100 p.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406343696007>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

VANCEA, M.; SOLÉ-CASALS J. Population aging in the european information societies: towards a comprehensive research agenda in eHealth innovations for elderly. **Ageing and Disease**, v. 7, n. 4, p. 526-539, ago. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4963195/pdf/ad-7-4-526.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2016.

YANG, Y. T. et al. The relationship between accessibility of healthcare facilities and medical care utilization among the middle-aged and elderly population in Taiwan. **International Journal of Quality in Health Care**, Inglaterra, v. 27, p. 222-231, jun. 2015. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/27/3/222.full.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

WERNER, R. M. et al. Primary care access and emergency room use among older veterans. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 29, suppl 2, p. 689-694, abr. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070231/pdf/11606_2013_Article_2678.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. de S Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: ___/___/_____

Identificação do idoso

Nome (Iniciais): _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Sexo: () F () M

Escolaridade: () analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo

() 2º grau incompleto () 2º grau completo () Superior completo

() Outro _____

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () desquitado () União Estável

Profissão: _____

Qual classificação de risco que recebeu: () Azul () Verde () Amarelo () Vermelho

UBS de referência: _____

Encaminhado pela UBS () Sim () Não

Transporte utilizado: _____

Queixa referida: _____

Diagnóstico recebido: _____

Desfecho do atendimento: _____

Questões Norteadoras:

- 1) Conte-me como o (a) Sr. (a) procura um serviço de saúde quando está precisando.
- 2) E na Upa, como o (a) Sr. (a) deu entrada nesta unidade? Fale-me sobre este processo.
- 3) Em que situações o (a) Sr.(a) busca atendimento na UPA?
- 4) O (A) Sr. (a) teve facilidades ao procurar a UPA? Quais?
- 5) O (A) Sr. (a) teve alguma dificuldade ao procurar a UPA? Quais?
- 6) Como o (a) Sr. (a) acha que deveria ser o acesso nas UPAs? Dê sugestões para melhoria.
- 7) Como foi o atendimento prestado na UPA em relação ao seu problema de saúde?
- 8) Como foi seu acolhimento na UPA? Conte-me sobre este momento.
- 9) Como o (a) Sr. (a) avalia o tempo de espera pelo atendimento ao chegar na UPA?
- 10) Gostaria de falar mais alguma coisa que não foi perguntado nesta entrevista?

Observações: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**Acesso e acolhimento em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) na perspectiva do usuário idoso**” que faz parte do curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e é orientada pela Profª Drª Lígia Carreira. O objetivo da pesquisa é compreender o acesso e o acolhimento da população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município de Maringá, para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: a partir da sua aceitação em participar do estudo, a pesquisadora colherá algumas informações do seu registro de atendimento e posteriormente por meio de uma entrevista no seu domicílio ou em local de sua preferência, na data e horário que considerar mais pertinente, o(a) senhor(a) deverá responder questões à pesquisadora, referentes ao acesso e acolhimento na sua procura à UPA. Suas respostas serão gravadas por meio de um aparelho gravador. Vale lembrar que a pesquisa pode trazer alguns riscos, referentes ao desconforto, uma vez que, trata-se de um assunto pessoal, que inclui expressão de sentimentos íntimos, além da disponibilização de seu tempo para participar da pesquisa. Porém, a pesquisadora se compromete a esclarecer qualquer dúvida ou necessidade demonstrada pelo senhor(a) e o agendamento da entrevista na data e horário que melhor lhe convier, a fim de minimizar tais desconfortos. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, e o senhor(a) pode recusar e até mesmo desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As informações obtidas da ficha de atendimento, os registros gravados e as transcrições das entrevistas serão armazenadas por um período de cinco anos e após tal fato, serão inutilizadas, sendo excluídos dos aparelhos e os impressos incinerados. Quanto aos benefícios esperados da pesquisa são indiretos, ou seja, o senhor(a) contribuirá para o processo ensino-pesquisa, na área da saúde, que fornecerá dados fundamentais para a compreensão dos fatos cotidianos, a fim de propor melhorias nos serviços de intermediária complexidade – UPA, buscando adequar o atendimento de todos indivíduos que passam pela mesma situação. Esta pesquisa não trará nenhum tipo de benefício ao senhor(a) seja financeiro ou de qualquer outra natureza. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores

esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue ao senhor(a). Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....(nome do sujeito da pesquisa ou cuidador principal) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof^ª Dr^ª Lígia Carreira da Universidade Estadual de Maringá - UEM – Pr.

Data:...../...../..... _____
Assinatura

Eu Giovana Ap. de Souza Scolari, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado. Além disso, todas as dúvidas manifestadas por ele (a) também foram esclarecidas.

Data:...../...../..... _____
Assinatura

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Enf^ª Giovana Ap. de Souza Scolari, Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem/PSE, Fones: (44) 3011-4513 ou (18) 99733-2439. E-mail: giscolari@hotmail.com.



Prof. Dra. Lígia Carreira. Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem/PSE, Fones: (44) 3011-4513 ou 3011-4494.

E-mail: ligiacarreira.uem@gmail.com.

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo: COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444 E-mail: copep@uem.br.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: ACESSO E ACOLHIMENTO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs) NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO IDOSO		
Pesquisador: Lígia Carreira		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 51328915.3.0000.0104		
Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.375.173		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.		
Objetivo da Pesquisa:		
Analisar o acesso e o acolhimento da população idosa nas unidades de pronto atendimento de um município de médio porte.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:		
De acordo com o referencial teórico apresentado a Política Nacional de Atenção às Urgências recomenda que a rede de atenção às urgências seja implementada, em todo território nacional, que os municípios se estruturam para a garantia de um atendimento qualificado, equilibrado, universal e integral às urgências de baixa, intermediária e alta complexidade. Estes serviços devem realizar avaliação e estabilização inicial dos usuários e providenciar a transferência para os serviços de referência para esclarecer o diagnóstico por meio de exames especializados, avaliação médica especializada ou internação, ressaltando a importância da qualidade e a resolutividade na		
Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900 UF: PR Município: MARINGÁ Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copec@uem.br		



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.375.173

atenção, pois constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a rede e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. O presente trabalho tem como objetivo analisar o acesso e o acolhimento da população idosa nas unidades de pronto atendimento (UPAs) de um município de médio porte. Tratar-se-á de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa a ser desenvolvido com idosos que forem atendidos em uma das UPAs, UPA Zona Norte e UPA Zona Sul, ambas localizadas no município de Maringá, Paraná. A coleta de dados será dada no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de consultas nos registros de atendimento e entrevistas que serão realizadas em data e local de preferência do idoso. O instrumento a ser utilizado conterá questões abertas e fechadas, no qual, serão respondidos após avaliação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), pelo idoso e com a presença do cuidador principal, caso constate declínio cognitivo. As falas das entrevistas serão gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, como propõe Minayo. Espera-se que os resultados deste estudo, gerem subsídios para refletir em estratégias a fim de reduzir a busca errônea pelo serviço, além de qualificar a assistência nos serviços de urgência, contribuindo de forma direta para o serviço de saúde e a estes idosos. O projeto apresenta claramente o embasamento teórico, a justificativa e os objetivos. A metodologia proposta está de acordo com os objetivos a serem alcançados. Os riscos e benefícios estão apresentados de maneira satisfatória. Apresenta um TCLE adequado e autorização da Secretaria de Saúde do Município de Maringá para a realização do projeto. Os custos serão arcados pela própria pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta as autorizações necessárias. Adequar o cronograma para que a coleta de dados somente inicie-se após a aprovação deste comitê.

Recomendações:

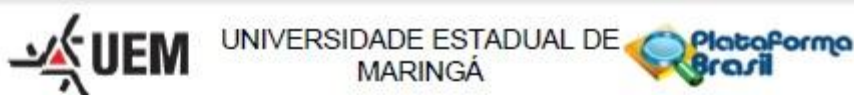
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.375.173

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_632642.pdf	26/11/2015 12:04:04		Aceito
Brochura Pesquisa	brochura.docx	26/11/2015 11:52:09	Lígia Carreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	26/11/2015 11:47:48	Lígia Carreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadogiovana.docx	26/11/2015 11:46:32	Lígia Carreira	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	26/11/2015 11:46:04	Lígia Carreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaocecaps.PDF	26/11/2015 11:45:19	Lígia Carreira	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	26/11/2015 11:43:39	Lígia Carreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.PDF	26/11/2015 11:43:02	Lígia Carreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 18 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copecp@uem.br

ANEXO B – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ

CI ON-LINE - Prefeitura Municipal de Maringá

http://venus.maringa.pr.gov.br/intranet/ci/cad_ci3.php?time=1449752705

INÍCIO | CRIAR CI | CONSULTA

CONFIRMAÇÃO

- * Por favor confira se todos os dados estão corretos, só então clique em "Concluir" para enviar a CI.
- * Se for necessário corrigir algo, clique em "Voltar".
- * O número da CI será gerado automaticamente quando você clicar em "Concluir"
- * Sua CI somente será recebida pelos destinatários após ser aprovada pelo moderador de sua Secretaria

ORIGEM:
LOURDES THOME
(SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)

DESTINO(S):
1) ANDRÉIA DE FREITAS RIBEIRO - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2) FRANCIELLE CONSTANTINO PEREIRA - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CI-Nº
2015085452

DATA
10/12/2015

DATA ARQUIVO
24/12/2015

ASSUNTO: Liberação de pesquisa

Prezada Diretoras

Informamos que a partir do dia 10/12/2015, a pesquisadora Giovana Aparecida de Souza Scolari, mestranda UEM, estará iniciando a pesquisa "Acesso e acometimento em Unidades de Pronto Atendimento(UPAs) na perspectiva do usuário idoso " a ser realizada na UPA Z. Sul e UPA Z.Norte, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Informamos ainda que a referida pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê Avaliador de Pesquisa instituído pela Portaria/Saúde nº004/2013 e aprovada pelo COPEP Parecer nº 1.353.232 de 07/12/2015.

O pesquisador foi orientado para entrar em contato para agendar sua ida ao setor.

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente
Jenny – CECAPS
ramal 3112 ou 3113



LOURDES THOME
SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Endereço eletrônico: lourdesthome@maringa.pr.gov.br

Esta mensagem é oficial, conforme Decreto Municipal 291/2004 de 01 de março de 2004. Tem caráter confidencial e seu conteúdo, incluindo seus anexos, tem caráter institucional e é restrito ao(s) seu(s) destinatário(s)

OBS: Esta CI somente terá validade após sua conclusão com a atribuição automática de um número.

[Voltar](#) [Concluir](#)



© 2003 - PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ
Fale com o [WebMaster](#)