

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA VALÉRIA FURQUIM GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE NA PERSPECTIVA DA
PESSOA IDOSA**

PORTO ALEGRE

2011

Ana Valéria Furquim Gonçalves

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE NA PERSPECTIVA DA
PESSOA IDOSA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Linha de Pesquisa: Promoção, Educação e Vigilância em Saúde

PORTO ALEGRE

2011

DEDICATÓRIA

À minha orientadora, Lisiane, primeiramente por seu acolhimento, a seguir pelo auxílio e aprendizado nesta caminhada, por sua afetividade e sensibilidade, por respeitar minhas dificuldades e limitações.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por permitir a alegria de viver!

Aos amores da minha vida: Marcio, Thais e Davi. Junto a vocês tenho compartilhado intensos momentos de amor, amizade e felicidade.

À minha mãe, Eva, por seu exemplo de vida, por sua coragem, pelo amor incondicional que dedica a sua família.

Ao meu pai, Jeferson, pelo incentivo, por ser uma pessoa que consegue encontrar forças e sorrir nos momentos mais difíceis.

À minha irmã, Cristina, eterna amiga e companheira, por sua garra e determinação.

Ao meu afilhado, Felipe, por fazer parte da nossa família e ser gremista.

Ao meu sogro, Itamar, e minha sogra, Marina, pelo afeto e carinho que ambos tem por mim.

Aos demais familiares e amigos que sempre me incentivaram nos projetos de minha vida.

À Professora Lurdes Busin, Chefe do Serviço de Enfermagem em Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por sua amizade, por seu carinho, por sua simplicidade, o que faz você uma pessoa muito especial.

À Enfermeira Simone Maria Schenatto, Chefia do Serviço de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por sua amizade, pela confiança depositada ao longo desses anos e por ser um exemplo para nossa equipe de trabalho.

À Equipe de Enfermagem, do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com quem compartilho o trabalho diário. Acreditem, somos pessoas especiais!

À Professora Dora Correa Leidens Oliveira, Chefe do Serviço de Educação em Enfermagem, pelos ensinamentos e incentivo para realização do Mestrado e pelo prazer da convivência ao longo desses anos.

Às colegas Enfermeiras Professoras do Serviço de Educação em Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por compartilharem comigo, ao longo dos anos o desafio de proporcionar espaços de educação para os trabalhadores da área da saúde.

À minha amiga Elisabeth de Fátima da S. Lopes, Pedagoga do Serviço de Educação em Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por sua

humanidade, pelo aprendizado, pelo incentivo às leituras e reflexões realizadas durante o Grupo de Estudos Pedagógicos, permitindo assim, uma análise e discussão da realidade a qual estamos inseridas.

Aos usuários que, em uma busca incessante por cuidados em saúde, encontram-nos nas emergências.

SOCORRO

**Socorro, não estou sentindo nada
Nem medo, nem calor, nem fogo
Não vai dar mais pra chorar, nem pra rir
Socorro, alguma alma, mesmo que penada
Me entregue suas penas
Já não sinto amor, nem dor, já não sinto nada
Socorro, alguém me dê um coração
Que esse já não bate, nem apanha
Por favor, uma emoção pequena
Qualquer coisa
Qualquer coisa que se sinta
Em tantos sentimentos
Deve ter algum que sirva
Socorro, alguma rua que me dê sentido
Em qualquer cruzamento, acostamento, encruzilhada
Socorro, eu já não sinto nada, nada.**

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o acolhimento à pessoa idosa no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este tema configura-se um desafio diante do atendimento de urgência e emergência destacando: a superlotação, a fragmentação do trabalho, a exclusão dos usuários, o aumento do número de idosos e portadores de danos crônicos que utilizam os serviços, entre outros. Independente dessas adversidades, práticas de acolhimento vêm sendo implementadas, à luz dos referenciais da Política Nacional de Humanização. Identificar como os idosos avaliam o atendimento torna-se relevante para fins de (re) organização dos processos de trabalho. Foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso com 30 idosos. As informações foram coletadas em 2010 por meio de entrevista semiestruturada e analisadas por meio de análise de conteúdo temática. Os idosos possuíam entre 60 e 89 anos, sendo 18 homens e 12 mulheres, e a maioria procedente da cidade de Porto Alegre. Foram constituídas cinco categorias: (1) Motivo pela procura, (2) Acolhimento na classificação de risco, (3) Acolhimento nas demais áreas, (4) Escuta e (5) Resolutividade. O motivo mais frequente de procura da emergência está relacionado ao vínculo entre usuário e serviço. Quanto ao acolhimento na classificação de risco, os idosos destacaram o trabalho técnico do enfermeiro, a espera prolongada para consulta nos casos de menor gravidade, a qualificação da orientação quanto à continuidade do atendimento e da presença de acompanhante, e necessidades não atendidas durante a espera por atendimento. Os idosos classificados como graves fizeram uma melhor avaliação do atendimento, quando comparada àquela realizada pelos idosos classificados como alto risco e risco intermediário no que tange à ambiência, habilidade técnica dos trabalhadores, atendimento de necessidades básicas e escuta. A maioria dos idosos considerou o seu problema de saúde resolvido na emergência, numa perspectiva clínica. O estudo suscitou discussão referente às práticas de acolhimento nos serviços de emergência, apontou possíveis intervenções para reorganização do processo de trabalho e qualificação assistencial baseada nas expectativas e necessidades apontadas pelos idosos.

Palavras-chave: Acolhimento. Pessoa Idosa. Serviço de Emergência. Avaliação em Saúde.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la atención a las personas mayores en el servicio de urgencias del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este tema se configura un reto frente al atendimento de urgencia y emergencia señalando: el hacinamiento, la fragmentación del trabajo, la exclusión de los usuarios, el aumento del número de ancianos y portadores de daños crónicos que utilizan los servicios, entre otros. Independiente de esas adversidades, prácticas de cuidados que se han llevado a cabo, a la luz de la Política Nacional de Humanización. Identificar de cómo las personas mayores evalúan la atención a ellas se hace relevante para el propósito de (re)organización de los procesos de trabajo. Se realizó un estudio cualitativo del tipo estudio de caso con 30 ancianos. Las informaciones fueron recolectadas en 2010 por medio de entrevista semi-estructurada y analizadas por medio de análisis de contenido temático. Los ancianos tenían entre 60 y 89 años, eran 18 hombres y 12 mujeres, la mayoría provenientes de la ciudad de Porto Alegre. Fueron constituidas cinco categorías: (1) Motivo de la visita, (2) Atención en el área de clasificación de riesgo, (3) Atención en las otras áreas, (4) Escucha y (5) Resolubilidad. El motivo más frecuente de procura de la emergencia está relacionado al vínculo entre usuario y servicio. En cuanto a la atención en la clasificación de riesgo, las personas mayores destacaron el trabajo técnico del enfermero, la prolongada espera para la consulta en los casos menos graves, la calificación de la orientación para a la continuidad del tratamiento y la presencia de un compañero, y también informaron de las necesidades insatisfechas durante la espera para el tratamiento. Los ancianos clasificados como graves hicieron una mejor evaluación del atendimento, en comparación con la realizada por las personas mayores clasificadas como casos de alto riesgo y riesgo intermedio, poniendo de relieve las situaciones positivas y negativas sobre el ambiente, habilidad técnica de los trabajadores, atendimento de necesidades básicas y escucha. La mayoría de los ancianos consideró su problema de salud resuelto en la emergencia, en una perspectiva clínica. El estudio planteó discusión referente a las prácticas de atención en los servicios de emergencia, señaló posibles intervenciones para reorganización del proceso de trabajo y cualificación asistencial basada en las expectativas y necesidades identificadas por los ancianos.

Palabras clave: Atención. Persona Mayor. Servicio de Emergencia. Evaluación en Salud.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the care devoted to the elderly in the Emergency Service of the *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. This issue has become a challenge given the many aspects to be overcome in urgent and emergency care: overcrowding, fragmentation of work, exclusion of users, the increasing number of old people and chronic patients who use the service, among others. Despite of such adversities, care practices have been implemented in the light of the National Policy of Humanization. Identifying how the elderly evaluate this care service becomes relevant for the purpose of (re)organization of work processes. It was done a case study qualitative research with 30 old people. The data were collected in 2010 by the means of semi structured interviews and were studied through a thematic content analysis. The elderly were between 60 and 89 years old, 18 men and 12 women, most of them coming from the city of Porto Alegre - RS. From the responses obtained, five categories were established: (1) Reason to seek care; (2) Care in the risk classification area; (3) Care in other areas; (4) Listening; and (5) Resolving. The most common reason for seeking emergency is related to the bond formed between user and service. Regarding the care in the risk classification area, the elderly highlighted the technical work of the nurse, the prolonged wait for care in less serious cases, the quality of guidance regarding the continuity of care and the presence of a companion, and unmet needs during the waiting time. The elderly classified as a severe case reported a better evaluation of care in comparison to that reported by old people classified as high risk and intermediate risk cases, highlighting positive and negative situations concerning the ambience, technical skills of workers, provision of basic needs and listening. Most of the elderly considered their health problem been solved in the emergency care in a clinical perspective. This study raised a discussion regarding the practices of care in emergency rooms, also pointed to possible interventions in order to reorganize the process of work and qualify the care based on expectations and needs identified by the elderly.

Keywords: Care. Old Person. Emergency Service. Evaluation in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

CTI – Centro de Terapia Intensiva

ECG – Eletrocardiograma

GBCR – Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

GEP – Grupo de Estudos Pedagógicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

GTH – Grupo de Trabalho em Humanização

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG – Informação Gerencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

LOAS – Lei Orgânica de Atenção à Saúde

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NEESFAC - Núcleo de Estudos em Educação, Saúde, Família e Comunidade.

ONU – Organização das Nações Unidas

PI – Pessoa Idosa

PIAE – Plano Internacional de Ação do Envelhecimento

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

QUALISUS – Qualificação da Atenção a Saúde do Sistema Único de Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SE – Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

SEDE - Serviço de Educação em Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

SIB – Sala de Internação Breve

SIH-SUS – Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SOA – Sala de Observação Adulto

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UV/SI – Unidade Vascular/Semi-Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	22
3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E OPERACIONAL	23
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA	23
3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O DISPOSITIVO ACOLHIMENTO	27
3.3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA	32
3.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	34
3.5 CONTEXTUALIZAÇÃO OPERACIONAL: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUA IMPLANTAÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	38
4 PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1 TIPO DE PESQUISA	41
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	42
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	44
4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES	45
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	46
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	47
5 RESULTADOS	49
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	49
5.2 A CATEGORIZAÇÃO DAS FALAS DOS SUJEITOS	50
5.2.1 Motivos pela procura	50
5.2.2 Acolhimento na classificação de risco	53
5.2.3 Acolhimento nas demais áreas	59
5.2.4 Escuta	68
5.2.5 Resolutividade	69
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APRESENTADOS	71
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ELABORADA PARA PESSOA IDOSA	107

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108
ANEXO A – PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM A AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO SE DO HCPA	109
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS	110
ANEXO C – FOTOS DA ARÉA FÍSICA DO SE DO HCPA	111
ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE DO HCPA	112

1 INTRODUÇÃO

A presente investigação tem por objeto de estudo a avaliação das práticas de acolhimento à pessoa idosa no Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Pesquisar esse tema configura-se um desafio diante dos inúmeros aspectos a serem superados no atendimento em serviços de urgência e emergência tais como a superlotação, a fragmentação do trabalho, a exclusão dos usuários, entre outros (BRASIL, 2009).

Inicialmente, no Brasil, os problemas de saúde agudos da população eram tratados no domicílio por médicos de família. Somente as situações de maior gravidade eram direcionadas para atendimento hospitalar. Contudo, nas últimas décadas, ocorreu um aumento significativo na utilização dos serviços de emergência, e, muitas vezes, essa utilização ocorre de maneira indevida (RODRIGUEZ, 2002). Um estudo descritivo que avaliou oito serviços de emergência do Programa de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde¹ (QUALISUS) identificou que 65% dos atendimentos realizados nesses serviços poderiam ter sido realizados em ambulatórios ou pronto-atendimentos (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Marques e Lima (2007) referem que o acúmulo de pacientes nas emergências ocorre tanto no setor público como no privado, assim como no Brasil e em países desenvolvidos. Os autores relatam ainda que a procura no Brasil por cuidados em saúde nesses serviços está atrelada aos seguintes fatores: relação inadequada entre oferta e demanda de serviços, falta de definições políticas e de um sistema integrado de saúde, baixa responsabilidade e qualidade assistencial, aliado a hábitos culturais e crença da população de que os serviços de emergências são sinônimos de agilidade e resolutividade.

Mesmo nesses ambientes que enfrentam tantas adversidades, concepção sobre acolhimento e classificação de risco vem sendo discutidas e implementadas nas emergências à luz dos referenciais da Política Nacional de Humanização (PNH), que foi instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). É uma política

¹ Lançado em 2003, o objetivo desse programa foi elevar a qualidade assistencial dos usuários do SUS, garantindo acesso em todos os níveis de atenção de forma efetiva, eficaz e humana como parte dos seus direitos de cidadania. Nesse contexto, os serviços de urgência e emergência foram considerados prioritários no processo de qualificação.

pública de saúde que transversaliza as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS).

As propostas da PNH, alinhadas aos princípios do SUS, enfatizam a necessidade de assegurar atenção integral e de ampliar estratégias que garantam os direitos e a cidadania da população brasileira (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Partem de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho e modificações nas relações sociais entre usuários, trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana nos serviços de saúde (BRASIL, 2006 a).

Nessa perspectiva, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares e comprometidas com as respostas às necessidades das pessoas (ZAUHY; MARIOT, 2002).

O conceito de acolhimento que o SE do HCPA vem utilizando e desenvolvendo é pautado no referencial do Ministério da Saúde, o qual define acolhimento como:

Um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006 b, p. 21).

Diante da análise do conceito de acolhimento, segundo o Ministério da Saúde, parece-me relevante pensar que o mesmo não pressupõe lugar, hora marcada nem mesmo uma atitude exclusiva de um determinado profissional, mas direciona-me idealizá-lo a partir de um trabalho coletivo e multidisciplinar.

A PNH e, de modo mais específico, o referencial de acolhimento foi instituídos no SE do HCPA inicialmente por meio da implantação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco. A seguir se estendeu às ações de treinamento introdutório direcionado aos técnicos de enfermagem e enfermeiros recém admitidos, os demais funcionários apropriaram-se deste novo conceito por meio das ações educativas, aos residentes médicos e multiprofissionais, entre

outras ações propostas pelo Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) do HCPA. O GTH atua no sentido de sensibilizar os trabalhadores ao desenvolvimento de atividades voltadas à gestão da humanização do cuidado e à integralidade da atenção no que se refere, sobretudo à pessoa idosa, tem sensibilizado as equipes quanto à importância da presença do familiar junto aos mesmos, assim como o reconhecimento das políticas de saúde direcionadas a esse grupo etário.

Ressalto ainda que qualificar as atividades assistenciais a partir do acolhimento ao usuário, aos familiares e aos trabalhadores é uma ação que foi contemplada no plano de gestão do Serviço de Enfermagem do HCPA no período de 2009 a 2012 (SCHENATTO, 2009). Dessa forma, considero relevante após a implantação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco a necessidade de reflexão, discussão e avaliação das práticas assistenciais na perspectiva dos usuários.

A avaliação de uma ação de humanização, ou seja, a avaliação na perspectiva de uma política pública de saúde significa compreender parâmetros quantificáveis e avaliar processos de desenvolvimento. Pressupõe, portanto, maior aproximação com a realidade, vislumbrando uma avaliação associada à atenção e à gestão. Significa verificar o seu impacto sobre a saúde e a qualidade de vida da população (SANTOS-FILHO, 2007).

Considerando a lógica do SUS e, de modo mais específico, da PNH, acredito que a proposta de avaliação de uma ação de humanização é permeada por interesses e deve ter como pressupostos o alcance de certos fins articulando-se fortemente ao contexto no qual emerge. Sendo assim, para se caracterizar como dispositivo da PNH, a avaliação reveste-se dos princípios centrais dessa política, dentre eles o entendimento de que os serviços de saúde, além da produção/prestação de serviços, devem almejar também a produção de sujeitos. Portanto, esse tipo de avaliação visa contemplar indicadores relacionados às dimensões de saúde e satisfação dos usuários, quanto aos movimentos institucionais e de desenvolvimento profissional e pessoal, e a construção de indicadores representativos a partir do que acontece nas diversas faces e interfaces do trabalho em saúde. A avaliação deve possibilitar mudanças nas situações/serviços e promover capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2007).

Minhas crenças vão ao encontro das afirmações de Bosi e Uchimara (2007) ao dizerem que a existência de um sistema de saúde ancorado em uma noção ampliada de saúde, que pressupõe a humanização das práticas e que estimula a compreensão da saúde como direito de cidadania, exerce papel fundamental na definição de um programa com especificidade própria, a ser reconhecida nas iniciativas de avaliação, em especial aquelas voltadas à avaliação da qualidade.

Atualmente, o paradigma que domina as avaliações de qualidade dos programas de saúde privilegia, de certa forma, as dimensões objetivas e quantificáveis, o que alguns autores definem como qualidade formal e que exclui totalmente a dimensão subjetiva própria do ser humano (DEMO, 2000). De uma maneira geral, pode-se denominar esse tipo de avaliação como positivista ou tradicional. Já a avaliação não tradicional é uma tentativa de desconstrução do paradigma positivista de avaliação com objetivo de transformar as relações de poder na criação e no uso do conhecimento (BOSI; MERCADO, 2006).

Ao revisar a literatura sobre o tema proposto para o desenvolvimento desta pesquisa, identifiquei estudos que contemplaram o acolhimento na percepção dos trabalhadores em saúde (MATUMOTO, 2003) e o acolhimento na perspectiva do usuário e ou dos trabalhadores em unidades básicas de saúde (FALK et al., 2010; SOUZA et al., 2008; RAMOS; LIMA, 2003). Um trabalho que buscou conhecer a compreensão do usuário de um serviço de emergência, no que se refere ao atendimento (LUDWIG, 2000), e um estudo que investigou a percepção do acompanhante em relação à humanização do atendimento em um serviço de emergência (ANDRADE et al., 2009). Identifiquei ainda pesquisas que tiveram como tema central o acolhimento e a classificação de risco com o propósito de investigar a acurácia dos enfermeiros para avaliação e classificação de risco (TOLEDO, 2009); de avaliar o impacto da implantação do sistema de classificação de risco e da unidade vascular no processo assistencial (PINTO, 2009); e ainda, estudos referentes à avaliação da assistência nos serviços de emergência (O' DWJER, 2009; BITTENCOURT; HORTALE, 2007; SANTOS et al., 2003). No entanto, estudos referentes a práticas avaliativas de acolhimento na perspectiva da pessoa idosa não foram encontrados. Assim, considero fundamental o reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário quando se trata da avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Identificar como os idosos avaliam o atendimento a eles destinado torna-se

relevante para fins de reorganização dos processos de trabalho, bem como das práticas profissionais (RAMOS; LIMA, 2003).

No contexto proposto por essa investigação, verifiquei que o número de idosos que utilizam o SE vem aumentando gradativamente e de maneira significativa. Em análise realizada nas *queries* do sistema de Informação Gerencial² (IG) do SE do HCPA, verifiquei que, no período de janeiro a outubro de 2011 as pessoas idosas representaram em média 23% das consultas do SE. Considerando, que o número de consultas/mês que o serviço contabiliza é de aproximadamente 5000 atendimentos, a população idosa mensalmente corresponde por 1150 destes atendimentos.

Os dados do censo demográfico do Brasil no ano de 2000 constataram que os idosos representavam 8,6% da população, totalizando 14,5 milhões de pessoas idosas. Em uma década, isto é, de 1990 a 2000, o número de idosos no Brasil cresceu 17% (IBGE, 2000). Em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, apontou que o número de pessoas com mais de 60 anos era de cerca de 21 milhões, superando a população de idosos de países europeus, como a França, a Inglaterra e a Itália, entre 14 e 16 milhões, de acordo com as estimativas das Nações Unidas para 2010. Já, o número de pessoas com mais de 75 anos contabilizou em torno de 5,5 milhões (IBGE, 2008).

Já os resultados do censo demográfico de 2010 apontaram que o número de idosos no Brasil totalizou aproximadamente 21 milhões, correspondendo a 10,8% de pessoas idosas. Em uma década, o Brasil teve um aumento de 6,5 milhões de idosos em sua população. Convém assinalar que Porto Alegre é a capital brasileira com a maior população de idosos. O resultado chama atenção porque Porto Alegre superou o Rio de Janeiro, tradicionalmente reconhecido como a cidade com a maior população de pessoas idosas no país (IBGE, 2010).

O envelhecimento populacional produz impacto direto na utilização dos serviços de saúde. De acordo com os dados do Sistema de Internação Hospitalar-Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), em 2001, as pessoas idosas representavam 18,3% das internações hospitalares no Brasil. A proporção de internações hospitalares desse grupo etário era duas vezes superior quando comparada à faixa

² Os dados referentes ao sistema de Informação Gerencial (IG) do HCPA são obtidos por *query* do sistema informatizado do HCPA. Neste sistema é possível identificar número de consultas, de internações, de altas, gravidade dos pacientes, e demais informações referentes ao processo de trabalho do SE.

etária dos 20 aos 59 anos. Já na faixa etária dos 80 anos ou mais, as taxas de internação quadruplicavam em relação ao grupo etário dos adultos.

Neste contexto, convém ressaltar que as pessoas idosas representaram 21,53% das internações do HCPA no período de janeiro a outubro de 2011, e o SE dentre os demais é o que mais contabilizou internações deste grupo etário. Esses dados apontam para uma nova realidade e para uma real necessidade dos serviços de saúde reorganizarem seus processos estruturais, de educação e planejamento em relação ao atendimento e cuidado à pessoa idosa, em especial no que tange à humanização nos serviços de emergência (IG, 2011).

Com o crescimento da população idosa, políticas específicas de atenção a esse grupo etário vêm sendo formuladas no contexto internacional e nacional. No âmbito nacional, desde 1994, políticas direcionadas às pessoas idosas estão sendo propostas a fim de garantir os direitos das mesmas e a atenção de suas necessidades específicas. Sabe-se que essas políticas vão ao encontro dos princípios do SUS e, ao analisar os referenciais da PNH, verifica-se que as mesmas guardam também grande coerência ao priorizar a integralidade da atenção, manutenção de direitos dos indivíduos e um trabalho em rede e multidisciplinar. Desse modo, evidencia-se a relevância de avaliar práticas direcionadas a esse grupo populacional no cotidiano dos serviços.

Das práticas de acolhimento desenvolvidas no SE do HCPA embasadas no referencial teórico da PNH e repercussões nos serviços de saúde quanto ao atendimento à pessoa idosa, delinea-se a motivação para a realização desta investigação. Associado a isso, destaco minha trajetória profissional como enfermeira assistencial no SE desde 2002 e inserção no GTH da instituição desde 2005. A partir das experiências mencionadas, uma série de inquietações e reflexões emergiu no sentido de pensar que acolhimento estamos realizando nos serviços de saúde, em especial nos serviços de emergência. Estamos acolhendo os usuários visando identificar suas necessidades ou apenas estamos estratificando o risco através dos protocolos estabelecidos? Além das motivações já citadas, outras razões impulsionaram-me à realização deste estudo: as atividades de educação em serviço desenvolvidas no SE e a participação no Grupo de Estudos Pedagógicos (GEP) do Serviço de Educação em Enfermagem (SEDE) do HCPA, nos quais são realizados encontros sistemáticos de estudo, reflexão e análise sobre políticas e educação em saúde.

Destaco ainda a conclusão do curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS em 2008 promovido pelo Ministério da Saúde, que possibilitou o aprofundamento de estudos na temática da humanização. Essa especialização objetivou formar apoiadores institucionais, ou seja, profissionais capazes de entender o processo de saúde-doença para intervenção junto à gestão, ao acompanhamento e à implementação de ações de humanização nos serviços de saúde, tendo como referência os propósitos da PNH e os princípios do SUS (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

Diante desses elementos motivadores, optei pela linha de pesquisa *Promoção, Educação e Vigilância em Saúde* que está inserida na área de concentração *Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Essa linha de pesquisa possibilita analisar políticas públicas e práticas de cuidado a indivíduos e grupos no campo da enfermagem e saúde coletiva. O projeto foi desenvolvido junto ao Núcleo de Estudos em Educação, Saúde, Família e Comunidade (NEESFAC), inserido em um projeto maior “Acesso, acolhimento e redes de atenção de usuários idosos em Serviço de Emergência”.

Desta forma, em busca de uma alternativa metodológica que possa contribuir para elucidar a questão proposta neste estudo, realizei uma avaliação centrada na pessoa idosa, contribuindo para uma análise crítica e reflexiva das práticas no cotidiano do trabalho em emergência. A leitura dessa realidade e os desafios postos como enfermeira mobilizou o desenvolvimento desta investigação, pois:

Pesquisar nos leva a rupturas, a desmoronamentos daquilo que acreditamos que estava em silêncio e aparentemente tranquilo dentro de nós. Pesquisar nos inquieta, nos faz romper com paradigmas, nos move da zona de conforto para um terreno de turbulências não só profissionais como pessoais (LOPES, 2007, p. 17).

Acredito que os resultados deste estudo poderão contribuir para a gestão do SE do HCPA fornecendo subsídios quanto à implantação de políticas públicas de saúde e sua contextualização no cotidiano das práticas assistenciais e aos idosos com vistas ao desenvolvimento de ações que qualifiquem o atendimento em uma

perspectiva ampliada de saúde. Para a equipe de enfermagem, a possibilidade de reflexão referente ao processo assistencial à pessoa idosa, compreendendo que o “fazer” vai além da competência técnica, tendo como desafio o desenvolvimento de competência humana para suportar as implicações e limitações no cotidiano de um serviço de emergência.

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar o acolhimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva da pessoa idosa.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os sujeitos do estudo quanto ao sexo, procedência, classificação de risco e local de permanência no Serviço de Emergência.

- Identificar os motivos de procura ao Serviço de Emergência relatado pelos idosos.

- Analisar a percepção dos idosos referente ao acolhimento na classificação de risco do Serviço de Emergência.

- Analisar a percepção dos idosos referente ao acolhimento nas demais áreas do Serviço de Emergência.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E PROCESSUAL

A seguir, apresento o referencial teórico que apoiou a construção desta pesquisa a partir dos seguintes temas: o Sistema Único de Saúde e os Serviços de Emergência, a Política Nacional de Humanização e o Dispositivo Acolhimento, as Políticas de Saúde à Pessoa Idosa e Avaliação em Saúde. Posteriormente serão contextualizados a PNH e o Dispositivo Acolhimento no HCPA.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

A Saúde no Brasil vem avançando desde 1988 com a consolidação do SUS, o qual estabelece a descentralização, a regionalização da atenção e da gestão, propondo ampliação nos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social. Contudo, apesar de 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, as ações seguem fragmentadas e verticalizadas, muitas vezes, desgastando as relações entre trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004).

Os hospitais, como parte deste modelo desgastado, necessitam atender uma crescente demanda, acima de suas capacidades, em especial nos setores de urgência e emergência, onde há superlotação, atendimento por ordem de chegada, filas, pouca responsabilização com o cuidado, falta de informações a pacientes e familiares e de integração com as demais redes de serviços (CECILIO, 1997).

Há também, nas emergências, uma relação inadequada entre a oferta e a demanda de serviços, a falta de definições políticas, baixa resolutividade e qualidade, associados à dificuldade de mudanças nos hábitos culturais e valores da população, que levam os usuários a buscarem assistência onde encontrarem uma porta aberta. Os serviços de pronto atendimento e emergências correspondem a esse perfil por caracterizarem-se como ágeis e eficazes. Além de ofertarem procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais, de imagem, medicamentos e internação (MARQUES; LIMA, 2007).

Os fatores anteriormente mencionados puderam ser constatados em estudo transversal realizado em um serviço de emergência na cidade de Pelotas (RS), que analisou fatores associados ao uso inadequado do serviço. Os autores identificaram

como fatores que levaram os usuários à procura desse serviço: o desejo de receber atendimento no mesmo dia, a possibilidade de realizar exames laboratoriais e a cultura de que os serviços de emergência resolvem qualquer problema de saúde (CARRET, 2007). Este mesmo estudo chama a atenção de que 17% dos atendimentos realizados na emergência foram por idosos com mais de 65 anos.

Outro estudo, realizado em um serviço de emergência de um hospital público na cidade de Pernambuco, identificou que 74,5% dos atendimentos realizados não eram atendimentos de urgência. Essa situação tem interferido no processo de trabalho e na qualidade do cuidado oferecido à população (FURTADO; ARAUJO; CAVALCANTI, 2004).

A assistência em situação de emergência e urgência se caracteriza pela necessidade do paciente ser atendido o mais breve possível. A emergência é caracterizada como uma situação em que não pode haver uma protelação no atendimento, logo deve ser imediata. Nas urgências, o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, é considerado não superior a duas horas (GONÇALVES, 2008).

Os serviços de emergência inicialmente foram concebidos para o atendimento de pacientes graves, com risco de vida ou agravo da doença, necessitando de tratamento tempo-dependente, uma vez que emergência é: “uma propriedade” que cada situação assume quando um conjunto de circunstâncias se modifica (GONÇALVES, 2008). O usuário, ao procurar atendimento de emergência, nem sempre considera seu problema de saúde grave, mas enfatiza a doença, pois crê que assim receberá atendimento rápido e eficiente (GARLET, 2008).

A realidade das emergências no Brasil é bastante delicada, pois permanecem cada vez mais lotadas, uma vez que não há disponibilidade de leitos hospitalares para atender toda a demanda. Desse modo, os usuários permanecem nas emergências por longos períodos à espera de internação, muitas vezes, realizando o seu tratamento nestes locais, o que leva a uma descaracterização destes serviços e dificulta o fluxo do atendimento aos usuários de maior gravidade (GONÇALVES, 2007).

Devido à posição que ocupam no sistema de saúde é demandados às emergências amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e recursos tecnológicos suficientes para dar conta da assistência prestada (DESLANDES, 2002). Esses serviços têm legitimidade perante a população brasileira, considerando

que cabe aos mesmos dar conta dos hiatos e das dificuldades dos demais níveis de atenção. Pode-se dizer que, no Brasil, há uma inversão no processo de atendimento, no qual o usuário recorre primeiramente às emergências na busca de cuidados e tratamento para situações que a atenção básica deveria absorver. Então, as emergências passaram ser a porta de entrada para o sistema de saúde (CECILIO, 1997).

Em estudo realizado em Juiz de Fora (MG), os pesquisadores identificaram nas informações coletadas por meio de grupo focal com usuários do serviço que a representação que o usuário faz dos serviços de emergência está relacionado à facilidade de acesso, confiabilidade e resolutividade. Esta representação está provavelmente associada à oferta de atendimento nas 24 horas do dia disponibilizando exames, medicamentos e atendimento de especialidades. Quanto aos motivos para não utilizar um serviço de atenção básica, os usuários apontaram barreiras referentes ao acesso, limitação de recursos humanos e materiais (OLIVEIRA et al., 2009).

Por dar conta dos hiatos e das limitações já descritos, os serviços de emergência acabam sendo penalizados e caracterizados como locais com dificuldades na implementação de cuidados e com processos de trabalho vulneráveis à instabilidade da demanda. Essas dificuldades originam uma desestruturação referente à gestão dos recursos humanos e materiais devido à própria assistência (DESLANDES, 2002).

Este cenário também se reflete diretamente nas condições de trabalho. Pesquisas como a de Cezar e Marziale (2006) mostraram que os trabalhadores destes serviços estão expostos a vários fatores de risco como violência ocupacional e alienação do trabalho, além de não estarem preparados para lidar com tais fatos. Os autores sugerem que medidas devem ser implementadas para a prevenção de atos violentos, dentre elas capacitações, melhores condições de trabalho e melhoria nos processos de comunicação entre usuários, trabalhadores e familiares.

O sofrimento dos profissionais que atuam nas emergências também pode ser agravado pelo fato de estarem constantemente envolvidos com processos decisórios de ordem relacional e técnica. Estes serviços são considerados como uma das unidades do hospital com maior complexidade assistencial e com maior fluxo de atividades, de usuários e de trabalhadores (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Diante dos vários obstáculos e desafios apontados para pensar a gestão e a

atenção nos serviços de emergências, é necessário problematizar que acolhimento é possível nestes ambientes. Sabe-se que, em tese, deveriam assistir a população em situação de emergência e urgência, proporcionando um atendimento resolutivo, humanizado e pactuado com a rede; contudo, a realidade observada no cotidiano de trabalho é outra. No serviço de emergência em análise, conforme dados do IIG (2010), 17% dos pacientes atendidos são classificados como graves ou de alto risco; os demais são classificados como de risco intermediário e de baixo risco de acordo com o protocolo de classificação de risco vigente até agosto de 2011. Acredita-se que esses atendimentos poderiam e/ ou deveriam estar sendo realizados em outros serviços de menor complexidade.

O uso inapropriado dos serviços de emergência é uma realidade não só brasileira, mas também de países desenvolvidos como mostra pesquisa desenvolvida na Suécia, cuja proporção de atendimentos inadequados correspondeu de 30 a 50% mesmo com a expansão da atenção Básica, (CARRET, 2007). Na realidade brasileira, soma-se o fato da insuficiência de leitos para internação hospitalar (BITTENCOURT, HORTALE, 2009).

A atenção às urgências e às emergências passou a ser regulamentada pelo Ministério da Saúde, desde 1999, estabelecendo princípios e diretrizes para reestruturação destes serviços. Em 2002, foi implementado o Regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergências, ordenando o acesso à assistência às urgências através do acolhimento, da atenção qualificada e da resolutiva para os casos de menor gravidade, realizando a referência de forma adequada aos usuários de maior gravidade, por meio de acionamento e intervenções de Regulação Médica (BRASIL, 2006 c).

Em 2003, foi publicada a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências que propõe que a atenção às urgências aconteça em todos os níveis de atenção, organizando a assistência desde as unidades de saúde até os cuidados pós-hospitalares. Essa política prima pela humanização, estruturação das redes assistenciais, estratégias de promoção à saúde, regionalização médica de urgências, qualificação e educação dos trabalhadores. Uma vez que o SUS preconiza, dentro de suas premissas, que as ações em saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências deve ser constituída de: Regulação Médica de Urgência e Emergência, Atendimento Pré- Hospitalar Fixo,

Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-Hospitalar e implementação de Núcleos de educação em Urgências para capacitação dos trabalhadores (BRASIL, 2006 c).

Outra estratégia lançada pelo MS, por meio da PNH, foi a implantação de protocolos de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco com o intuito de reestruturar os Processos de Gestão e Atenção nas Urgências e Emergências, potencializando um movimento pró-humanização já disparado em especial nas instituições hospitalares, referentes ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) instituído no ano 2000 pelo MS (BRASIL, 2006 b; DESLANDES, 2002). A terminologia *acolhimento* foi proposta para substituir o termo triagem, utilizado ao longo dos anos nas emergências no Brasil e está associado à exclusão do usuário, ou seja, decidir quem será ou não atendido. Assim, o acolhimento com classificação de risco remete à ideia de atendimento por prioridade clínica de forma humana e resolutiva e não mais por ordem de chegada (SHIROMA, 2008).

Em julho de 2011, a Portaria nº 1.600 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, considerando que será necessária a decisão política dos gestores do SUS para organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde, visando a uma cooperação entre os diversos serviços para a garantia de investimentos e recursos necessários para que esta rede flua de forma estruturada e pactuada entre os diversos serviços (BRASIL, 2011).

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O DISPOSITIVO ACOLHIMENTO

A humanização configura-se como uma política transversal. Essa é denominada como transversal no sentido de amplificação, de abertura do grau de comunicação máxima que se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos (GUATTARI, 1987). As questões referentes à humanização vêm sendo problematizadas a partir das dificuldades de pactuação entre as distintas esferas de governo, condições precárias de trabalho e falta de compromisso com a assistência ao usuário. Constituir um sistema de saúde ancorado nos princípios de universalidade, integralidade e acesso de forma equânime à população brasileira

ainda é um grande desafio, embora haja muitos avanços e experiências positivas de um SUS que dá certo (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A PNH, através de seus princípios e conceitos centrais, transversalidade, rede e grupalidade, atua no sentido da valorização dos diferentes sujeitos, e sua dimensão subjetiva instiga a autonomia, o protagonismo e a participação dos envolvidos no processo de cuidado, bem como o fortalecimento do trabalho em equipe e o aumento do grau de co-responsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários, firmando a inseparabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2006).

Observa-se ainda que, em muitos serviços de saúde, o processo de humanização ainda aparece vinculado a movimentos religiosos, filantropias, ou mesmo identificados como ações de determinadas categorias profissionais como, por exemplo, enfermagem e serviço social. Tais fatores levaram à desvalorização do tema por parte de gestores e da equipe de saúde e têm causado prejuízos à assistência, sendo fundamental revisar conceitos e práticas entendidas como humanizadoras (FALK, et al, 2006).

Apesar dessa visão, permear a realidade de muitos serviços de saúde, o tema ganhou legitimidade em 2000 quando o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O objetivo do PNHAH era aprimorar as relações entre usuários, trabalhadores, comunidade e hospital. Em 2004, o Programa passa a ser uma Política, assumindo uma perspectiva transversal e linear, originando a PNH (DESLANDES, 2004; BRASIL, 2004).

A PNH refere-se ao comprometimento com o direito dos usuários. Essa propõe protagonismo e autonomia àqueles que, por muito tempo, posicionavam-se como pacientes nas práticas de saúde: sejam os usuários dos serviços, em sua paciência frente aos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício de seu mandato social. A PNH reforça também a importância da qualidade da relação entre o usuário e sua rede social informal com os profissionais de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Recolocar na agenda da saúde a humanização é reativar os movimentos constituintes do SUS. A relação entre produção de saúde e subjetividades dos sujeitos envolvidos pressupõe a inseparabilidade entre a gestão e a atenção (PASCHE, 2009).

A PNH tem por diretrizes a clínica ampliada, a co-gestão, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos dos usuários, o trabalho coletivo e em rede e a construção da memória do SUS. Propõem a implantação de dispositivos entendidos como arranjos que, quando colocados em prática, são capazes de envolver coletivos e provocar mudanças nos modelos de atenção e gestão. O Documento Base publicado pelo MS aponta os seguintes dispositivos da PNH como ferramentas para o planejamento e desenvolvimento de ações de humanização na área da saúde (BRASIL, 2008).

1- Acolhimento com classificação de risco: modo de operar os processos de trabalho orientando a um bom relacionamento entre todos que participam do processo de promoção da saúde. Deve fazê-lo através de uma postura ética, compartilhamento de saberes e comunicação adequada entre os atores envolvidos. Nesse sentido, a PNH propõe ferramentas como fluxogramas, protocolos e agendamentos.

2- Equipes de Referência e de Apoio Matricial: arranjo organizacional que busca redesenhar o poder nas instituições quanto à assistência aos usuários, que hoje segue de forma fragmentada, propondo um trabalho interdisciplinar. O apoio matricial é um modo dinâmico e participativo que funciona como retaguarda especializada a equipes e demais trabalhadores.

3- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: são condutas terapêuticas ofertadas ao usuário não apenas focadas no processo de doença, mas sim compreendendo o universo ao qual o sujeito está inserido. São articuladas ações interdisciplinares, e o apoio matricial pode ser acionado quando necessário.

4- Projetos de Construção Coletiva de Ambiência: refere-se ao espaço físico, social, profissional e inter-relacional. Pode-se citar como exemplo a iluminação, o som, as cores, a privacidade, o conforto, as formas, o espaço, o trabalho em equipe, as visitas e a permanência de acompanhantes, a necessidade de local adequado para dar/receber informações, a sinalização, o acesso, o respeito à cultura e às diferenças.

5- Colegiados de Gestão: viabilizam a participação dos trabalhadores junto à gestão em relação à tomada de decisões e às discussões referentes aos processos de trabalho.

6- Programa de Formação em Saúde e Trabalho: propõe atividades pautadas no paradigma da educação permanente, uma nova relação entre os trabalhadores

de saúde, havendo encontros e diálogos críticos entre o saber e a prática por meio de reuniões de equipe, pesquisa e atividades de análise.

A educação permanente parte do princípio de que as práticas educativas devem envolver conhecimento, participação, valores, relações de poder, formas de organização do trabalho, cujo aprendizado e o ensinamento se incorporem ao cotidiano das organizações e do trabalho (BRASIL, 2004).

7- Sistemas de Escuta Qualificada: é uma ferramenta gerencial utilizada pelos trabalhadores e usuários com a finalidade de identificar problemas, de apontar críticas e atuar como facilitador nas relações.

8- Visita aberta e direito a acompanhante: os serviços devem dispor de espaços para participação e permanência do familiar junto ao usuário.

9- Gerência de porta aberta: tem o intuito de aumentar o grau de comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários por intermédio de ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação.

10- Câmara Técnica em Humanização: grupos de trabalho que estudam, discutem, definem e avaliam ações de humanização a partir dos dispositivos da PNH.

11- Grupo de Trabalho em Humanização (GTH): espaço coletivo organizado formado por diversos profissionais, com a premissa de implantar, estimular e fortalecer ações voltadas à valorização do ser humano em um serviço de saúde.

Em artigo que tece uma crítica à PNH, Deslandes (2004) refere que esta é uma política ministerial bastante singular quando comparada a outras políticas de saúde, pois se destina a promover uma nova cultura de atendimento, abrangendo uma assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, o reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura dos usuários e pressupõe a valorização dos trabalhadores em saúde. A autora refere que as ideias centrais dessa política são as de oposição à violência, compreendida como a negação do “outro” em sua humanidade e a necessidade de ofertar uma assistência mais qualificada, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhores condições de trabalho e ampliação do processo de comunicação. A autora questiona o que se designa por humanizar? O termo não subentenderia que as práticas em saúde até então eram (des) humanizadas ou não eram realizadas por e para humanos? Tais questionamentos hoje ainda são feitos, revelando o estranhamento que o conceito propicia. Os termos *humanização*, *humanização da assistência*

hospitalar ou *humanização em saúde* atualmente já são de domínio público, porém ainda há uma grande resistência por parte dos profissionais da saúde em reconhecê-las e colocá-las em prática.

Já Ayres (2004), ao comentar o estudo de Deslandes (2004), diz que a falta de humanização nos serviços de saúde está associada à invisibilidade do “outro” e acrescenta a necessidade da interação afetiva entre os atores envolvidos no processo de produção de saúde. Acredita-se na reestruturação dos serviços, orientada por valores éticos. O aumento do grau de comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores refere que a liberdade da comunicação está intimamente associada à capacidade de dar legítima expressão às diversas singularidades que estão em interação.

O acolhimento é um dos dispositivos apresentados pela PNH, configurando-se em uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea. Sendo assim, ampliar o acesso aos serviços, humanizar o atendimento, reorganizar o processo de trabalho, pontuar dificuldades e oferecer soluções e respostas através da identificação das demandas dos usuários, articulando os diversos serviços, devem ser ações contempladas ao pensar o acolhimento em um serviço de saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

O acolhimento pode ser compreendido como uma tecnologia leve em saúde, capaz de produzir novos movimentos com vistas à reorganização dos serviços e à integralidade da atenção. A implantação do acolhimento nos serviços de saúde impulsiona a responsabilidade clínica e sanitária no desenvolvimento de intervenções resolutivas centradas nas pessoas. Sem acolher e vincular, não há produção de responsabilidade, pois o acolhimento consiste na humanização das relações entre os sujeitos e os serviços de saúde, logo o encontro desses produz uma relação de escuta que favorece a construção de uma relação de confiança (TEIXEIRA, 2003; RAMOS; LIMA, 2003; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Acolher significa muito mais do que tratar bem os usuários, pressupõe respeito, interesse e responsabilização pelas necessidades dos mesmos (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Nos serviços de emergências, a discussão referente ao acolhimento iniciou a partir da implantação do dispositivo *Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco*. O mesmo tem como finalidade reorganizar o fluxo de atendimento dos usuários por prioridade clínica. Além disso, o acolhimento representa uma “atitude”, uma atitude da ordem das práticas e das relações que se estabelecem entre

usuários, serviços e trabalhadores (FALK et al., 2010). É, portanto, um espaço de escuta e de encontro entre indivíduos na sua dimensão mais ampla.

3. 3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU) pode ser considerada o marco que iniciou as discussões sobre o envelhecimento no mundo. Esse encontro foi realizado em Viena em 1982 onde participaram 124 países incluindo o Brasil. Essa Assembleia estabeleceu o Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento (PIAE) publicado no ano seguinte em Nova Iorque. O PIAE objetivou sensibilizar a sociedade e os governos para a necessidade de elaboração de políticas públicas para os idosos (RODRIGUES, 2007).

Na segunda *Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento* realizada em Madri em 2002, o PIAE foi referendado por todos os países-membros das Nações Unidas, representando um compromisso internacional em resposta ao envelhecimento mundial. A partir das recomendações do PIAE, foram definidas áreas prioritárias de ação: inserir o envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento, a importância singular e global da saúde e o desenvolvimento de políticas de meio ambiente que atendam as necessidades dos indivíduos e sociedades que envelhecem (CALDAS; VERAS, 2008).

No Brasil, até a década de 70, a atenção à saúde aos idosos era essencialmente de cunho caritativo de instituições não-governamentais como entidades religiosas e filantrópicas. A partir da década de 90, as diversas esferas do governo passaram a dedicar legislações e programas sociais para essa população. Esse movimento foi impulsionado pela constituição de 1988, que dispõe a Seguridade Social, o que possibilitou diversas legislações complementares a esse tema (MARTINEZ, 1992). Em 1993, foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que trata da organização das políticas de assistência ao idoso nas três esferas de governo e das medidas específicas como a garantia de um salário-mínimo mensal àqueles que não possuem meios de prover sua própria manutenção.

Em reconhecimento à importância das pessoas idosas brasileiras, foi aprovada, em 04 de janeiro de 1994, a Lei nº8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso. A Lei foi posteriormente regulamentada pelo decreto nº1.948/96

com a finalidade de garantir direitos sociais, autonomia, integração e participação na sociedade e inteirar o Programa Nacional dos Direitos Humanos. Nesse Programa, ficou estabelecido que o envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, o que reforça a garantia de cidadania e proteção ao idosos (BRASIL, 1994).

Na Política Nacional do Idoso, constam os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando a esses indivíduos meios, oportunidades e facilidades para a manutenção de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, social e espiritual em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 1994).

Está assegurado ao idoso o direito à saúde no capítulo IV, Artigo 15 do Estatuto do Idoso, o qual dispõe a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário em conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Quanto ao direito à saúde, está sancionado nesse documento o acesso universal e igualitário à rede de serviços de saúde e de assistência social local, bem como a atenção integral à saúde. Tais aspectos corroboram os princípios do SUS, cujas ações devem ser articuladas com as diversas redes de serviço com a finalidade de prevenção, promoção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam esta população. Cabe ao Poder Público fornecer gratuitamente medicamentos de uso contínuo, assim como prótese, órtese e outros recursos para fins de tratamento (BRASIL, 2003).

À pessoa idosa hospitalizada, segundo o Estatuto do Idoso, é assegurado o direito a acompanhante, devendo o serviço proporcionar condições adequadas para a permanência do acompanhante em tempo integral. No entanto, caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento autorizar esse acompanhamento e, em caso de impossibilidade, deverá justificá-lo por escrito. As instituições devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades dos idosos, promovendo educação aos trabalhadores, orientação a cuidadores, familiares e grupos de apoio (BRASIL, 2003).

Em 2002, foi proposta a organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso para fins de integração da atenção básica aos demais níveis de atenção e determinar às Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal

e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002), a adoção das providências necessárias a implantação das Redes Estaduais de Assistência ao idoso e à organização e habilitação dos Centros de Referência que integrarão estas redes (BRASIL, 2002).

Já em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), pela Portaria GM nº 648 de 28 de março. Essa define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Tem o objetivo de definir as diretrizes para recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa desenvolvendo ações coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios do SUS, segundo a capacidade funcional dos indivíduos (BRASIL, 2006).

Pode-se considerar que tais políticas vão ao encontro das propostas da PNH, ou seja, a valorização da vida e uma aposta em estratégias que potencializem a qualidade da resposta assistencial e gerencial do sistema de saúde, configurando-se como um projeto de construção coletiva.

3.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presentes nas diferentes dimensões e campos do espaço social, a fim de delimitar o campo da avaliação referente aos programas sociais. A avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma determinada intervenção ou sobre qualquer componente com o intuito de auxiliar na tomada de decisão (CONTANDRIOUPOLOS, et al., 2000). Para aumentar as chances dos resultados de uma avaliação serem importantes e úteis, segundo Patton (1986), é necessário considerar que a avaliação como um dispositivo de produção de conhecimento e, portanto, também de poder para os atores que a controlam.

Historicamente, há uma relação entre o desenvolvimento da avaliação enquanto campo de investigação científica e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, educação e bem-estar. O processo de avaliação relacionado à pesquisa surgiu nos Estados Unidos, após a Segunda Guerra Mundial. O Estado,

que passava a substituir o mercado, deveria subsidiar meios para que a atribuição de recursos fosse o mais eficaz possível. Era tarefa dos pesquisadores comprovar o sucesso dos programas públicos sociais. A avaliação desde então, passou a ser centrada em “si mesma” e para “si mesma” distante das funções de planejamento e das práticas dos programas (WETZEL, 2005).

Em anos mais recentes, mudanças significativas estão se operando no conceito e nas práticas de avaliação. Nesse contexto, a avaliação passa a ser entendida como um processo contínuo, sistemático, complexo. Assim, não é mais vista como uma ação pontual, mas está intimamente ligada ao julgamento de valor. Essa é considerada como um aspecto de extrema relevância para qualquer serviço que almeja conhecer seus resultados. Não se avalia simplesmente para diagnosticar uma situação, mas, principalmente, para reavaliação do que está sendo desenvolvido e propor outros modos de fazer (HARTZ, 1997).

Além disso, a avaliação deve ter a finalidade de gerar novos conhecimentos, de determinar a contribuição de um projeto para a concretização de metas, de ser agente de mudança, de promover a confiança entre os indivíduos, de medir e analisar efeitos, resultando assim, em avanços de aprendizagem social e mudanças comportamentais (SANTOS-FILHO, 2009).

Na área da saúde, os principais sujeitos do processo de avaliação são os trabalhadores e os usuários. Dessa forma, a avaliação passa a ser vista como um instrumento de gestão e planejamento, fornecendo elementos que estão diretamente associados aos processos de trabalho. Ressalta-se que toda ação de avaliação subentende interesses e deve se voltar ao alcance de certos fins, articulando-se ao contexto ao qual emerge (BOSI; MERCADO, 2006).

Nesse sentido, torna-se relevante à existência de um sistema de saúde ancorado em uma noção ampliada de saúde que pressupõe a humanização das práticas e que estimula a compreensão da saúde como direito de cidadania, exercendo papel fundamental na definição de um panorama com especificidade própria, a ser reconhecida e considerada nas iniciativas de avaliação, em especial aquelas voltadas à avaliação da qualidade (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Nesse âmbito, a avaliação pode ser considerada como um conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade às ações desenvolvidas na área da saúde, ou seja, ao que se pode e ou se quer fazer com respeito ao

interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde (AYRES, 2004).

A avaliação de acordo com sua função pode ser classificada em: somativa e formativa. A avaliação somativa fornece julgamentos sobre os aspectos fundamentais e a efetividade de um programa, é importante na tomada de decisão em relação à continuidade do mesmo. Seleção de critérios, seleção de níveis e mensuração da performance e síntese dos resultados são as etapas propostas para a realização deste tipo de avaliação, ou seja, enfoca as objetividades desenvolvidas no campo da saúde (STENZEL, 1996; AYRES, 2004).

Já, a avaliação formativa tem o objetivo de fornecer informações para adequar e melhorar um determinado programa aponta caminhos, ao invés de realizar julgamentos definitivos sobre a efetividade, utiliza uma abordagem indutiva, em uma busca mais aprofundada referente ao programa, vai além da dimensão objetiva, está voltada para a dimensão subjetiva dos atores envolvidos no trabalho em saúde (PATTON, 1986; AYRES, 2004).

Nesse sentido, é importante considerar qual a possibilidade de avaliar uma ação de humanização? Compreendendo que a principal oferta desta política é um modo de fazer. Então, como avaliar efeitos práticos cujos movimentos de leitura são a oferta da própria política? Sem pormenorizar os processos inclusivos e subjetivos dos sujeitos envolvidos, pois são justamente estes que permitem a produção de novas práticas de gestão e cuidado em saúde. Assim, a avaliação deve deslocar-se das práticas tradicionais para criar uma nova cultura avaliativa proporcionando aprendizagem e transformação a partir da realidade dos sujeitos envolvidos (PASCHE in SANTOS-FILHO, 2009).

Assim, a atividade avaliativa ganha novo sentido, partindo da idéia de que a avaliação deve emergir das práticas de produção de saúde, em ato, onde o que se produz não é apenas um indicador de resultado a ser alcançado, mas sobretudo, indicador de *“movimentos coletivos, sujeitos coletivos, protagonistas em torno de projetos desejados como viáveis, numa aprendizagem para lidar com diferenças, conflitos e sobretudo de qualificação para pactuações”* (BENEVIDES; PASSOS in Filho, 2009, p.21)

Compreendendo os dispositivos da PNH como direcionadores de intervenção, observa-se que potencializam mudanças, desde que sejam efetivamente operacionalizados. Dependem dos processos de implantação, levando em

consideração aspectos favoráveis e desfavoráveis, exigindo pactuação entre os diversos coletivos envolvidos. Sendo de suma importância que estas ações sejam avaliadas de modo indissociado de um processo de formação de sujeitos/equipes/coletivos. Isso se dá, na medida em que os dispositivos se instituem como campo de análise referente aos processos de trabalho, propondo uma discussão mais ampla das práticas em saúde, dos graus de implicação, das interações em termos de fluxos e saberes, das ações, das normas e também dos vínculos. Sendo assim, intervir é desencadear novas leituras da realidade, com a possibilidade de alterar posicionamentos e atitudes diante das diversas situações estabelecidas nas práticas em saúde (SANTOS-FILHO, 2009).

Nesse sentido, avaliar práticas relacionais como o acolhimento nos serviços de saúde sob a perspectiva do usuário configura-se como uma ação relevante que pode contribuir junto à gestão para o planejamento das ações nos serviços de saúde. Sabe-se que a inclusão do usuário na avaliação do sistema de saúde em nível internacional iniciou nos meados da década de 70, junto com as propostas de participação da população. Em uma revisão de literatura sobre avaliações dos serviços com foco nos usuários, pode-se observar que a incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se de um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação do uso do serviço. Logo, reconhecer o grau de satisfação do usuário implica diretamente na qualidade do serviço (MASSOTE et al., 2008).

No Brasil, com o desenvolvimento do SUS, pesquisas mostram como o tema da humanização vem mobilizando pesquisadores, especialmente com ênfase a avaliação na atenção básica e no Programa de Saúde da Família (PSF). Nessa perspectiva destaca-se um trabalho, que realizou uma avaliação qualitativa da satisfação dos usuários em áreas cobertas pelo PSF em cinco municípios da Bahia. Os autores identificaram um grau elevado de satisfação do usuário em relação ao acesso dos serviços de saúde, ao sistema de informação, aos cuidados em saúde e a visita domiciliar (STENZEI, 1996).

Já, em outro estudo referente às representações sociais das mulheres gestantes e puérperas na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, os resultados indicaram que os cuidados em saúde no pré-natal poderiam ser mais efetivos se realizado de forma a valorizar as representações vivenciadas por essas mulheres (MASSOT et al., 2008).

A participação do usuário por meio de suas experiências, seus conhecimentos, suas redes sociais auxiliam na elaboração de respostas aos seus problemas de saúde, sobretudo a participação do usuário pode contribuir para potencializar os processos de trabalho e ou auxiliar a melhorá-los (FURTADO, 2001).

Sendo assim, é visível a relevância de avaliar práticas de acolhimento na perspectiva do usuário nos serviços de saúde.

3.5 CONTEXTUALIZAÇÃO OPERACIONAL: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUA IMPLANTAÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

O HCPA aderiu às propostas de humanização e vem desenvolvendo ações nos diversos segmentos da instituição desde 2005, quando formalmente foi instituído o GTH. O mesmo é composto por representantes das diversas áreas e categorias profissionais da instituição com o intuito de trabalhar os processos de gestão à luz dos princípios e dispositivos da PNH. Desde então, o GTH tem desenvolvido ações a fim de mobilizar os coletivos em relação à humanização das práticas de atenção e gestão pautadas sob a ótica de quatro dispositivos da PNH: Acolhimento, Ambiência, GTH e Saúde do Trabalhador. Utiliza-se como estratégia metodológica a Rede de Contatos. Essa Rede caracteriza-se por um trabalho de sensibilização dos trabalhadores dos vários setores da instituição que atuam como multiplicadores e identificadores de ações convergentes para a implantação e ampliação da PNH. Seu intuito é a potencializar os processos de comunicação nas relações institucionais e nos modos de fazer gestão (GONÇALVES; RAMOS, 2009).

Através da Rede de Contatos, o GTH trabalha para que as ações sejam gestadas no interior de cada equipe com a participação e o comprometimento de todos envolvidos no processo de trabalho. A rede caracteriza-se como um sistema acêntrico, hiperconectivo e amplificador, representado pelas redes de trabalhadores dos diversos serviços e pelas redes sociais em razão do objeto de estudo deste trabalho ser o enfoque com maior detalhamento às ações voltadas para o dispositivo do Acolhimento na Emergência.

Como já mencionado na introdução, o conceito de acolhimento que pauta as ações do HCPA é o do Ministério da Saúde, o qual define acolhimento como um

modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. O acolhimento implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006).

No caso específico do SE do HCPA, o processo de acolhimento vem se estruturando desde 2005 com a implantação do dispositivo *acolhimento* com avaliação e classificação de risco. Esse dispositivo tem a finalidade de dar respostas resolutivas aos problemas de saúde dos usuários, prestando atendimento segundo critérios de prioridade clínica. Desse modo, o serviço aprimorou seu processo de trabalho ao implantar e intensificar essa nova estratégia no seu cotidiano. Para a implantação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco, ocorreu uma reestruturação da área física, redimensionamento dos recursos humanos e a adequação do sistema de atendimento. Esse processo substituiu o antigo sistema de triagem, ou seja, todo usuário que procurava o SE era recebido por um funcionário administrativo que ouvia seu relato e encaminhava-o a enfermeira para que esta realizasse a triagem,. Os usuários eram triados sem acomodação adequada, sem privacidade e com base nos critérios individuais de cada profissional. Ainda no sistema antigo, após atendimento, os usuários triados como graves eram direcionados à sala de observação do serviço, juntamente com os demais casos de menor gravidade e desconhecia-se o perfil de gravidade dos mesmos (MORAIS, 2007).

O principal objetivo ao implantar o protocolo de acolhimento com avaliação de risco no SE foi de garantir a qualidade assistencial, priorizando o atendimento segundo critérios de gravidade, identificando o perfil do usuário atendido no serviço e proporcionando uma estrutura física e humana adequada para dar conta desses atendimentos. Para tanto, além da implantação do protocolo de classificação de risco, foi instituída a Unidade Vascular (UV), uma área destinada inicialmente a monitorização intensiva de cinco leitos, que atualmente acomoda nove usuários com suspeita de doenças vasculares agudas (MORAIS, 2007). Esta nova área

proporcionou separar os usuários de maior gravidade e que necessitam de cuidados mais intensivos dos demais usuários que buscavam atendimento no SE.

Em setembro de 2011, o SE do HCPA implantou o novo modelo de protocolo de classificação de risco: Manchester. O mesmo foi desenvolvido no Reino Unido e é utilizado em larga escala na Europa. Foi validado no Brasil pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), e é operacionalizado por enfermeiros. Diferentemente do protocolo anterior adotado no SE, utiliza uma metodologia de tomada de decisão embasada na queixa do usuário e não em diagnósticos médicos ou de enfermagem. Tem terminologias e definições comuns a todos os serviços de emergência, utiliza uma metodologia sólida para capacitar médicos e enfermeiros para sua utilização além da possibilidade para auditoria quanto a aplicabilidade do sistema (JONES et al., 2010). Este protocolo utiliza também uma lista de 52 condições, pré-definidas ou fluxogramas. Um fluxograma é escolhido, a partir da queixa do usuário e registrado pelo enfermeiro. Cada fluxograma possui discriminadores gerais e específicos. Os discriminadores são as características que diferenciam usuários entre si de tal forma que possam ser classificados em uma das cinco prioridades clínicas representadas por cores: vermelho; atendimento imediato, laranja; prioridade clínica 10 minutos, amarelo; prioridade clínica 1 hora, verde; prioridade clínica 2 horas e azul; prioridade clínica 4 horas (MACKAWAY – JONES, 2006; Grupo Português de Triagem, 1997; Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

É importante ressaltar que para utilização deste protocolo enfermeiros e médicos devem ser certificados por meio de capacitação proporcionada pelo GBCR.

No período de coleta de dados para a classificação do risco, utilizavam-se cores como parâmetro de atendimento (Anexo A): roxo para atendimento imediato; vermelho, alto risco, com atendimento em até dez minutos; amarelo, risco intermediário, com atendimento em até sessenta minutos; verde, baixo risco, com atendimento em até seis horas. Esse protocolo tem por finalidade priorizar o atendimento por nível de gravidade, diminuir filas e determinar tempos de espera para o atendimento.

Outras ações vinculadas à humanização têm sido desenvolvidas no SE do HCPA: encontros sistemáticos com as equipes de enfermagem, as equipes médicas e serviço administrativo, além de melhorias na ambiência e estruturação e manutenção de um GTH específico do SE do HCPA.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para a realização de uma pesquisa, é necessário explicitar o percurso metodológico adotado. Para isso, parto da ideia de que o conhecimento sobre os sujeitos só é possível com a descrição da experiência humana tal como é vivida e definida por seus próprios atores. Sendo assim, optei pelo caminho da pesquisa qualitativa que se caracteriza pelo estudo sistemático da compreensão dos seres humanos e da natureza de suas relações consigo mesmos e com seus arredores (POLIT; HUNGLER, 1995). A pesquisa qualitativa estuda o universo de significados, valores, crenças e atitudes correspondentes a um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos.

Como estratégia de pesquisa foi utilizado o estudo de caso, segundo Yin (2005), que visa contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos. Essa permite uma investigação preservando as características holísticas e significativas dos acontecimentos na vida real, tais como ciclos de vida individual, processos organizacionais e administrativos.

Os estudos de caso ocupam um lugar de destaque na pesquisa de avaliação, almejam explicar os vínculos causais em intervenções da vida real e podem ilustrar tópicos dentro de uma avaliação de um programa. Trata-se de uma estratégia que pode ser utilizada para explorar situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados (YIN, 2005).

As pesquisas de caso são úteis nas investigações de processos em desenvolvimento, além de possibilitar um exame circunstancial dos mesmos. Atualmente, os estudos de caso são empregados, sobretudo, nas questões referentes à administração e avaliação. Esses possibilitam, entre outras coisas, a compreensão do impacto da aplicação de medidas num determinado espaço social. (YIN, 2005).

4. 2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no SE do HCPA, uma instituição pública, geral, de grande porte, universitária e vinculada ao Ministério da Educação e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Essa tem como visão ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde, cuja missão é prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania (RELATÓRIO ANUAL, 2009). Logo, as ações visam à assistência, ao ensino e à pesquisa em saúde com os seguintes valores: respeito à pessoa, competência técnica, trabalho em equipe, comprometimento institucional, austeridade e responsabilidade social.

Atualmente, o HCPA tem 749 leitos, contabilizando 4245 funcionários, atendendo alta e média complexidade, referência para a cidade de Porto Alegre, grande Porto Alegre, cidades do interior do Rio Grande do Sul e de outros estados. O SE do HCPA, por sua vez, aberto ao público desde 1976, é referência para as seguintes especialidades: clínica geral, cirurgia, pediatria e ginecologia. Com uma capacidade para acomodar 49 leitos adultos e nove pediátricos, a taxa de ocupação em 2010 ficou em torno de 116%. O público adulto, representou uma taxa de ocupação de 148, 76%. (IG, 2010). A unidade de emergência atualmente está estruturada da seguinte forma:

Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: é o local onde o usuário é acolhido pela equipe de saúde, realizada a classificação de risco pelo profissional enfermeiro (a). Neste espaço, estão disponíveis 30 cadeiras para acomodação dos usuários e familiares, duas televisões, dois banheiros, filtro de água, um telefone público, uma sala para realização de eletrocardiograma (ECG) e uma sala para avaliações médicas e de enfermagem, consultórios clínicos, cirúrgico e ginecológico.

Pediatria: nesta área estão disponíveis nove leitos pediátricos. Nesta área, localizam-se ainda dois consultórios médicos, uma sala para atendimentos de urgências, um banheiro para familiares, um banheiro com chuveiros para os

usuários, sala de lanche para os funcionários, sala de estar médico, sala de procedimentos, posto de enfermagem, acesso ao RX e laboratório.

Sala de Internação Breve (SIB) e Sala de Observação Adulto (SOA) 1: nessa área física, estão disponíveis cadeiras e macas para acomodação dos usuários totalizando 15 vagas. Neste espaço, encontram-se os usuários classificados como de baixo risco e de risco intermediário que necessitam da administração de medicamentos, aguardam exame laboratorial, de imagem, ou avaliação de uma especialidade. Atualmente a lotação diária é de 80 usuários. O espaço físico dispõe de uma televisão, dois banheiros, filtro de água, uma sala de procedimentos, uma sala de avaliação clínica e posto de enfermagem.

Sala de Observação Adulto (SOA) 2: nessa área física estão disponíveis 25 leitos para acomodação dos usuários, destes, três podem ser usados para fins de isolamento (respiratório ou de contato). Atualmente, a lotação diária é de 40 usuários. O ambiente dispõe de uma televisão, banheiros com chuveiros e posto de enfermagem.

Unidade Vascular e Semi-Intensiva (UV/SI): nessa unidade estão disponíveis 10 leitos, para atendimento dos pacientes classificados como graves e de alto risco. Neste local, centra-se o atendimento das urgências e emergências do público adulto do SE do HCPA.

Segundo a literatura, a permanência dos usuários nos serviços de emergências não deveria ultrapassar 24 h (NASI, 2006). Contudo, a realidade não é essa, no SE do HCPA, a média de permanência era de três dias em, segundo informações do IG (2010). Além do tempo de permanência, outro aspecto importante está relacionado à superlotação, pois o serviço dispõe de acomodações em cadeiras e macas para 58 pessoas. Esse tem cadastrado junto ao gestor municipal uma capacidade para atendimento de 49 usuários. No entanto, diariamente se encontram lotados em torno de 120 pacientes.

Atualmente o SE do HCPA está estruturado com o seguinte quadro funcional:

88 Técnicos de Enfermagem / 32 Enfermeiros / 03 Acadêmicos de Enfermagem. As atividades da equipe de enfermagem desenvolvem-se nos turnos: manhã, tarde, noite 1, 2 e 3, intermediário (técnicos e enfermeiros que trabalham das 19 horas à 1h15) e sexto turno (enfermeiros que trabalham nos finais de semana e feriados das 7h às 19h15).

90 Médicos contratados / 10 Médicos Residentes / 15 Doutorandos

06 Professores UFRGS

02 Assistentes Sociais / 02 Acadêmicos

01 Administrador / 18 Auxiliares Administrativos

10 Residentes da Equipe Multiprofissional

Áreas de apoio: nutrição, segurança, higienização, etc.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos pesquisados foram 30 idosos (pessoas com sessenta anos ou mais) que permaneceram no SE do HCPA por 24 horas ou mais.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ter recebido alta hospitalar do SE do HCPA para o domicílio ou para a unidade de internação da instituição tendo permanecido pelo menos 24 horas no SE e aceitar participar do estudo. O período de permanência mínimo de 24 horas foi definido por ser considerado um tempo considerado suficiente para que o idoso seja capaz de avaliar o atendimento a ele destinado, pois a média de permanência no SE do HCPA é de três dias.

Os critérios de exclusão foram: pessoas idosas sem condições de responder à entrevista durante o período de coleta das informações, que evoluíram ao óbito após internação no SE do HCPA, usuários com alta hospitalar para o domicílio que residiam fora da cidade de Porto Alegre, usuários transferidos ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI), usuários classificados como de baixo risco, por permanecerem no SE um tempo inferior a 24 h e idosos institucionalizados cujo responsável era um profissional da Instituição de Longa Permanência.

Foram entrevistados 30 idosos atendidos no SE, que obtiveram alta da Sala de Internação Breve e Sala de Observação 1, da Sala de Observação Adulto 2 e 3

e da Unidade Vascular , classificados como graves, de alto risco e de risco intermediário.

Levou-se em consideração, conforme Polit, Beck e Hungler (2004) que uma amostra qualitativa apropriada resulta da identificação e do uso de participantes que melhor possam suprir informações, de acordo com as exigências contextuais do estudo.

A escolha por entrevistar 30 sujeitos deve-se à relevância de obter-se informações das pessoas idosas atendidas em todos os setores de atendimento adulto do SE.

4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

As informações foram coletadas nos meses de julho a novembro de 2010 após aprovação do projeto pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA. A forma de coleta das informações foi através de uma entrevista semiestruturada direcionada à pessoa idosa (Apêndice A). O roteiro de entrevista foi composto por oito questões abertas que nortearam a entrevista e possibilitaram identificar aspectos referentes ao acolhimento no SE do HCPA. Se necessário, novas questões eram formuladas pela pesquisadora visando responder ao objetivo do estudo.

Anteriormente à entrevista, foram coletados no prontuário do paciente dados referentes à idade, ao sexo, à procedência, à classificação do risco e ao setor de permanência na emergência. Esses dados forneceram subsídios para a composição das entrevistas e para a análise das informações recebidas. Para a realização da coleta de informações, foi utilizado o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Anexo B).

As entrevistas foram realizadas na unidade de internação do HCPA ou no domicílio da pessoa idosa, foram previamente agendadas com os participantes por meio de contato telefônico ou contato pessoal na unidade de internação. O motivo para a realização das mesmas serem realizadas na unidade de internação ou no domicílio da pessoa idosa justifica-se pela falta de privacidade no SE e para evitar constrangimentos quanto às respostas emitidas. Foram gravadas em MP3 e a seguir transcritas e analisadas, tiveram uma duração em média 28 minutos, realizadas e transcritas pela pesquisadora.

Os sujeitos foram selecionados da seguinte forma: ao iniciar-se o período da coleta de informações, por ordem de ocorrência, as pessoas idosas (com 60 anos ou mais) que tiveram alta do SE após 24 horas de internação, foram convidadas a participar do estudo. Após orientações gerais sobre o projeto, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). O maior tempo de coleta envolveu a identificação e a entrevista dos idosos classificados como graves, pois a maioria não possuía condições de responder à entrevista.

Para auxiliar na compreensão dos participantes do estudo quanto aos locais de atendimento no SE do HCPA, foram utilizadas fotos dos respectivos locais que foram mostradas aos mesmos no momento da entrevista (Anexo C).

4. 5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações coletadas foram analisadas por meio da Análise Temática proposta por Minayo (2007), constituída de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação:

- **pré-análise:** nessa etapa, os objetivos iniciais da pesquisa foram retomados de forma a elaborar indicadores para a orientação da análise. A seguir, realizaram-se várias leituras destacando elementos principais com a finalidade de identificar unidades de registro (palavras-chave).
- **exploração do material:** corresponde à elaboração das categorias, ou seja, palavras ou expressões significativas das falas que foram agrupadas de acordo com sua semelhança. Para a construção das categorias, partiu-se dos tópicos levantados na entrevista semiestruturada. A seguir, os dados foram classificados, agregados e foram identificadas as categorias empíricas responsáveis pela especificação do tema.
- **tratamento dos resultados e da interpretação:** nessa etapa, foram realizadas interpretações referentes à proposta do estudo.

Para facilitar o processo de análise dos dados, foi utilizado o Software NVivo 2.0. O programa auxilia na análise do material qualitativo com as ferramentas de codificação e armazenamento dos textos em categorias específicas (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

O referencial teórico sobre acolhimento e avaliação formativa, apresentado anteriormente, apoiou a análise das informações e a construção das categorias, enfocando a recepção, a escuta e o atendimento à pessoa idosa no SE do HCPA.

4. 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do HCPA com protocolo número 100087 (ANEXO D). Os participantes foram convidados a participar desse estudo, sendo informados sobre os objetivos a que se propõe a investigação, de acordo com a Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Código de Ética do Conselho Nacional de Saúde, contemplando a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça (BRASIL, 2008). O Termo de Consentimento Livre e Informado foi lido e assinado em duas vias pelos participantes: pessoas idosas (Apêndice A) e pela pesquisadora.

É importante ressaltar que foi assegurado o anonimato dos sujeitos, bem como a liberdade de não participarem ou retirarem-se da pesquisa em qualquer momento que assim desejarem. Para a coleta dos dados no prontuário do paciente, foi utilizado o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Anexo B).

Acredita-se que o estudo em questão trará benefícios para a gestão do Serviço de Emergência do HCPA e para a equipe de saúde, fornecendo subsídios quanto à implantação de políticas públicas e sua contextualização no cotidiano das práticas assistenciais. O desconforto para os participantes do estudo pode ter sido o tempo despendido para a realização das entrevistas. O estudo teve caráter exclusivamente acadêmico e todos os princípios éticos foram respeitados, procurando proteger os direitos das pessoas envolvidas. Como medida de segurança, as entrevistas serão guardadas pela pesquisadora por cinco anos, quando, então, serão destruídas. Assim, será evitado o extravio ou manuseio desses instrumentos que colocam em risco o anonimato das pessoas que aderiram ao estudo.

Além da divulgação dos resultados da pesquisa por meio de relatórios, publicações em periódicos indexados e divulgação em eventos científicos, os resultados do estudo serão divulgados junto ao Serviço de Emergência do HCPA,

bem como aos participantes do estudo.

Outro cuidado tomado durante a coleta das informações foi de que a pesquisadora, por ser membro da equipe do SE, não entrevistou usuários que tivessem recebido cuidado direto da mesma durante sua permanência na emergência na internação em foco.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram sujeitos deste estudo um total de 30 pessoas idosas. Entre os entrevistados, 18 eram homens e 12 eram mulheres. A idade dos mesmos variou entre 60 e 89 anos. Em relação à procedência, 17 eram da cidade de Porto Alegre, e os demais 13 eram procedentes da região metropolitana e do interior do Rio Grande do Sul (Viamão, Gravataí, Cidreira, Esteio, Guaíba, Pinhal e Tapes). Quanto ao local da realização das entrevistas, 20 foram realizadas na unidade de internação e 10 nos domicílios.

Conforme apresentado na Tabela 1, os idosos entrevistados e classificados como graves tiveram uma média de permanência no SE de dois dias e ficaram acomodados, em sua maioria (oito), na UV/SI. Todos os idosos classificados como graves foram entrevistados na unidade de internação da instituição. Os classificados como de alto risco tiveram uma média de permanência no serviço de dois dias, e mais da metade (seis) ficou acomodada na SOA2. O restante permaneceu na SIB/SOA1. Quanto ao local de realização da entrevista, cinco foram entrevistados no domicílio e cinco na unidade de internação. Já os classificados como de risco intermediário tiveram uma média de permanência no serviço de 2,5 dias, e seis ficaram acomodados na SIB/SOA1. Em relação ao local de realização das entrevistas, seis foram entrevistados na unidade de internação, e quatro, no domicílio.

É importante lembrar, como já apresentado no percurso metodológico, que o SE do HCPA se encontra subdividido em quatro setores que prestam atendimento a adultos: (1) Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, (2) Sala de Internação Breve (SIB) e Sala de Observação Adulto (SOA) 1, (3) Sala de Observação Adulto (SOA) 2 e (4) Unidade Vascular (UV) e Semi-Intensiva (SI). Cada setor possui uma equipe de trabalho com processos de trabalho distintos, mas estão intimamente ligados entre si. Por esta razão serão analisadas separadamente.

QUADRO 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo quanto a classificação de risco, média e local de permanência no SE e local de realização das entrevistas

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO	MÉDIA DE PERMANÊNCIA NO SE	ACOMODAÇÃO	LOCAL DE REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	TOTAL
GRAVE	02 DIAS	UV 08	UNIDADE DE INTERNAÇÃO	10
		SOA 02		
ALTO RISCO	02 DIAS	SOA 06	UNIDADE DE INTERNAÇÃO	05
		SIB 04	DOMICILIO	05
INTERMEDIÁRIO	2.5 DIAS	SIB 06	UNIDADE DE INTERNAÇÃO	06
		SOA 04	DOMICILIO	04

Fonte: Autora

Em síntese, as informações foram coletadas com usuários que permaneceram internados em três setores do SE (SIB/ SOA 1, SOA 2 e UV/SI) e que foram atendidos na classificação de risco, de acordo com sua gravidade (grave, alto risco e risco intermediário).

5. 2 A CATEGORIZAÇÃO DAS FALAS DOS SUJEITOS

A partir da realização das entrevistas e de acordo com as questões formuladas no questionário, foram estabelecidas as seguintes categorias: Motivos pela procura; acolhimento na classificação de risco; Acolhimento nas demais áreas do serviço; Escuta e Resolutividade.

5. 2. 1 Motivos pela procura

De acordo com as respostas dos idosos entrevistados, configuraram-se três motivos para procura por atendimento no SE do HCPA que foram denominados

como vínculo, referência e dificuldades quanto à continuidade do cuidado e resolatividade.

Vínculo

O vínculo foi o motivo mais frequente, sendo citado por 17 sujeitos da pesquisa. Os idosos referiram utilizar sistematicamente o SE para a resolução dos seus problemas de saúde e/ou por fazer acompanhamento ambulatorial no HCPA:

Sou paciente do hospital há muitos anos. Estive internado na emergência há dois meses. Sempre que me acontece qualquer coisa é aqui que eu venho. Não adianta ir a outro lugar, até te atendem, depois dizem: Tu acompanha no HCPA, é lá que tem a tua pasta, o teu prontuário (PI 3).

Me trato da diabetes aqui no hospital, meu médico, minha equipe é daqui. Quando estou ruim, tenho que vir aqui no HCPA, na emergência (PI 20).

Referência

Nesta subcategoria, identificou-se nas falas de nove idosos que o motivo de procura por atendimento na emergência do HCPA foi o encaminhamento por outro serviço de saúde. Alguns idosos informaram que a referência foi realizada de maneira formal, ou seja, o usuário foi encaminhado por outro serviço de saúde, no qual ficou estabelecida a transferência do mesmo com garantia de atendimento no HCPA, como mostra a narrativa da PI 16:

É assim, fiquei internada três dias no hospital de [...] Só que lá é complicado. Não é ruim, é que, é que é um hospital pequeno, tem poucos recursos. No segundo dia, o doutor disse, tu vai ter que ir para outro hospital, o teu caso precisa investigar mais, fazer outros exames, [...] Ele conseguiu vaga aqui, daí a ambulância me trouxe (PI 16).

A referência também foi realizada de maneira informal, ou seja, foi sugerido ao paciente buscar atendimento na instituição, porém não houve um contato prévio que garantisse o atendimento e o encaminhamento adequados como mostra a fala a seguir da PI 1:

Me apareceu uma dor na coluna, na boca do estômago, já me estufou. Eu queria vomitar, não vomitava, queria ir aos pés, não ia, trancou. Ai eu fui, em [...] Tem posto de serviço, tem uma doutora, até muito boa, gostei dela, porque é aquela pessoa que diz:: Se sei que não é para mim, vá lá, no fulano, que é bom. Ela disse, essa parte do corpo é muito melindrosa, tem que bater uma ecografia que isso aí não é muito bom. Eu fiz a ecografia, e o médico disse: Não deu coisa boa, o senhor terá de ir a Porto Alegre, eu perguntei para onde? Ele respondeu: O senhor tem três opções [...] Ou HCPA, mas se eu fosse o senhor iria para o HCPA. Então eu vim no carro da prefeitura. E aqui realizei todo o meu tratamento (PI1).

Dificuldade quanto à continuidade do cuidado e resolutividade

Identificou-se na fala de quatro idosos que o motivo de procura ao SE estava relacionado a dificuldades na continuidade do cuidado e resolutividade. Tais aspectos são destacados nas narrativas da PI 4 e da PI 9 que procuraram atendimento no SE para complementar um cuidado em saúde que já havia sido iniciado em outro local.

Outro aspecto que pode ser destacado nessas falas é o fato dos usuários procurarem atendimento no SE do HCPA, buscando a resolução dos seus problemas. Eles relataram que já haviam acessado outros serviços de saúde, porém sem respostas resolutivas para os seus problemas de saúde.

O médico me atendia, fazia um RX, um exame de sangue e dizia: está tudo bem. Eu ia para casa, mas sabia que alguma coisa tinha de errado. Daí, no último desmaio, eu estava em casa sozinho, me deu uma coisa, uma tremedeira, apaguei. Acordei no hospital. A sorte foi que meu filho me ligou, eu não atendi, ele ficou preocupado. Me achou caído no chão. Daí ele resolveu (a situação), me trouxe para cá (PI 4).

Já fazia bastante tempo que eu vinha com dor de estomago, bastante dor de estomago. No posto de saúde me davam soro, fazia um plasil, melhorava, vinha para casa. Assim eu ficava, melhorava e voltava. Fiquei praticamente uns 15 dias. Aí que minha irmã disse: Vamos para Porto Alegre investigar isso, aí vamos ver o que é. Foi como eu entrei aqui. Eu tenho outro problema de coração, eu não vim pelo coração, eu tava me tratando com o cardiologista, aí me encaminhou aqui no hospital. Depois conversando, investigando, fazendo os exames, eu descobri que os médicos se equivocaram com o que eu tinha em [...] Para ti ver como os médicos também erram? Me avaliando, me dando medicamento, eu tinha que fazer uma ecografia do estômago, mas daí o dia que eu fui fazer o aparelho estava estragado, daí eu cada vez pior, não dormia. Vim parar aqui, fiquei cinco dias nas cadeiras (PI 9).

5. 2. 2 Acolhimento na classificação de risco

Nesta categoria, foram agrupadas informações referentes ao acolhimento na classificação de risco. As respostas dos idosos centraram-se essencialmente no tempo de atendimento e na orientação na chegada ao serviço. Ressalta-se que as narrativas foram agrupadas conforme a classificação de risco do usuário (grave, alto risco e risco intermediário), tendo em vista os diferentes processos de trabalho para cada situação:

Após a descrição das falas dos sujeitos, em cada uma das categorias relativas ao acolhimento na classificação de risco e demais setores, são apresentados ainda relatos dos mesmos que versam sobre as avaliações positivas e negativas quanto ao atendimento no SE.

Tempo de atendimento

Em relação ao tempo de atendimento, os dez idosos classificados como graves relataram ter sido atendidos rapidamente e destacaram a importância da classificação de risco, conforme identificado nas falas da PI 13, PI 14 e da PI 20:

Essa última vez foi muito rápido, cheguei, já me levaram lá para dentro, viram meu coração, fiz nebulização. Era muita falta de ar (PI 13).

Foi na mesma hora, minha filha. Eu estava muito ruim. Não foi brincadeira, era um monte de médicos me atendendo, me fazendo pergunta, eu meio zozzo. Depois eu já estava numa cama com aquele monte de aparelho de fio (PI 14).

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

Já dos dez idosos classificados como de alto risco, cinco informaram ter sido atendidos entre 10 a 15 minutos. Os demais aguardaram atendimento médico em tempos médios que variam de 15 minutos a 2 horas, de acordo com as narrativas a seguir da PI 1 e da PI 25:

Foi muito rápido, quando eu cheguei estava mal, com uma dor horrível na barriga, fui atendido logo em seguida que eu cheguei. Como eu tava mal, não lembro ao certo, mas não demorou 15 minutos. A minha veia, acho que lembra, ela sabe tudo (PI 1).

Essa parte é, demora, demora e muito. Nesse dia cheguei não era meio dia, era passado das duas da tarde quando chegou a minha vez, ela me disse: O senhor vai ser mais rápido porque está com febre, senão iria ser só de noite. Eu não ficava, ia embora, pode acreditar (PI 25).

Em relação aos sujeitos classificados como de alto risco que tiveram tempo de espera prolongado, verifica-se nos relatos sua ansiedade durante o tempo de espera, bem como sua insatisfação com o serviço:

Eu estava com tanta dor, não conseguia ficar sentado, só quem passa é que sabe. Eles demoraram a me atender. A gente fica impaciente. Eu até xinguei as gurias, eu dizia vê alguém para me atender, eu não aguento mais. Só diziam: o médico que lhe atende não está aí. Tem que esperar. Eu via todo mundo passar na minha frente. A gente fica cabroso com a situação. Eu não vou te mentir, demorou mais de 1h para o doutor me atender, não dá para acreditar, mas é (PI 22).

Já os dez idosos classificados como de risco intermediário relataram que aguardaram em torno de três horas para serem atendidos. Chama atenção a noção que o usuário tem em relação à gravidade de alguns casos e ao processo de trabalho do SE. Destaca-se ainda a conformidade e a paciência do usuário PI 2 em relação à espera por atendimento e ao reconhecimento pelo trabalho técnico adotado neste setor conforme relato da PI 17:

Demora bastante. Já fiquei até 5h esperando para ser atendido. Se a pessoa chega assim meio mal, aí é bem rápido. Eles já levam lá para dentro, o negócio funciona. Mas graças a Deus não é o meu caso. Então tenho que esperar até chegar a minha vez. Cheguei era perto do meio dia, fui atendido quase perto das 15 horas. Mas fazer o que, a gente precisa esperar, tem que ter paciência (PI 2).

Venho aqui desde o tempo que quem fazia a triagem era o guarda. Ele perguntava o que a gente tinha. Hoje muita coisa mudou, agora é a enfermeira. Eu vejo que tem uma equipe que atende o pessoal que já me conhece [...] Como eu te falei, quando o caso é grave, é na mesma hora, caso de morte, quando não é, a gente tem que entender que demora um pouco, dessa última vez, não demorou uma hora, eu já tava sendo atendida, não demorou muito, não (PI 17).

Por outro lado, mesmo os usuários que identificam a necessidade de estabelecer prioridades queixam-se do tempo de espera prolongado e chamam a atenção sobre as necessidades básicas não atendidas:

Tomei uma chá de banco. Estava quase desistindo, demorou quatro horas para o médico me chamar. Passou um monte de gente na minha frente. Lá naquela mesinha a doutora dizia: é muita gente, demora mesmo assim, os médicos estão atendendo as emergências [...] Por isso que demora. Mas quatro horas, tu não acha que é demais? A gente cansado, sem comer, com dor, é brabo, é para matar o pobre (PI 5).

Quando a gente vai falar com o doutor, demorou sim. Não lembro bem ao certo, mas demorou umas três horas. Depois a enfermeira disse para minha filha: aqui demora e muito [...] A gurria faltando o emprego, eu sei a coisa não tá fácil, eu dizia para ela, me deixe aqui e vá para o teu trabalho, mas ela fica agoniada comigo, mas no fundo eu queria que ela ficasse aqui comigo, a gente fica nervosa, meio perdida, quando o lugar é diferente dá medo, sei lá (PI 16).

Salienta-se ainda na fala da PI 16 a necessidade e a importância da pessoa idosa ter um acompanhante durante o período de atendimento hospitalar ao relatar o medo, a ansiedade em relação ao local, ao tratamento e à presença de pessoas desconhecidas.

Orientação na classificação de risco do SE do HCPA

Nesta subcategoria, é importante destacar que oito dos usuários classificados como graves não avaliaram o atendimento na classificação de risco, pois, devido à urgência, foram encaminhados diretamente para o atendimento. Contudo, dois idosos avaliaram positivamente o atendimento neste setor como mostram as falas a seguir. Essa avaliação positiva parece estar relacionada ao vínculo já existente entre usuário e serviço e ao próprio sistema de classificação de risco:

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

É bom, já sou conhecido aqui, quando chego, o pessoal já diz: De novo aqui [...] O que houve? Estava com saudades da emergência? (PI 13)

Como já relatado, os usuários avaliaram o atendimento na classificação de risco pelo tempo de espera. Os demais sujeitos pesquisados (alto risco e risco intermediário), ao falarem sobre o atendimento nesse setor, valorizaram a coleta de informações e o aspecto técnico no processo de trabalho do enfermeiro. Esses destacam ou criticam a orientação recebida quanto ao processo de atendimento, quanto ao tempo de espera para consulta, esclarecimentos referentes às agendas e atuação das diferentes especialidades médicas na chegada ao serviço:

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

Dessa parte tudo é muito rápido, tu chega, conversa com a enfermeira, elas te examinam, depois fica esperando para consultar. A enfermeira me disse: O médico já vai lhe atender, daqui a uns 30 minutos, é só esperar. Era uma menina muito querida, ficou conversando com a gente, dizendo as coisas. Eu falei que estava vomitando sangue, ela disse se a senhora se sentir mal, qualquer coisa, me avise, se vomitar no banheiro me chama, que eu quero ver, tá certo, eu respondi que sim (PI 23).

Ela disse: tu não tá vendo esse monte de gente, também estão esperando como a senhora. Mas tu sabe qual é a questão? O que a gente queria era só uma previsão (do tempo de atendimento) (PI 16).

Dos dez idosos classificados como de alto risco, um, devido a sua gravidade, foi levado diretamente ao atendimento. Dentre, os nove, sujeitos, sete avaliaram-no positivamente, destacando a agilidade no atendimento:

Foi muito rápido, eu cheguei com o bilhete, já me levaram lá para dentro, não lembro o tempo, mas não demorou muito não. Lá é muito organizado, as enfermeiras oh! São muito boas, olham para a gente, parecem que já sabem do nosso problema, olham no computador [...] É incrível olham os exames. Tudo é muito bom (PI 7).

Foi muito bom, desde a recepção, quando eu cheguei, já viram a minha pressão, a enfermeira perguntou *o que houve com o senhor?* Conte toda a história, ela disse: *não se preocupe aqui vão resolver o seu problema*, e não é que resolveram mesmo, é verdade, só perdi tempo no hospital (PI 4).

Os idosos classificados como de risco intermediário, na sua grande maioria, avaliaram positivamente o atendimento na classificação de risco, destacando a agilidade no atendimento da equipe de enfermagem:

Do primeiro atendimento, da frente, dentro do hospital, foi bom, me atenderam muito bem, a moça me encaminhou, disse que eu tinha que ficar esperando, explicou que eu iria ficar sentada numa cadeira, nunca pensei que era tanto tempo, pelo menos a moça do dia me atendeu bem (PI 9).

Como já conheço o funcionamento do SE do HCPA, sei como acontecem as coisas. AH! Ali na frente é rápido, a pressão, a febre, a enfermeira atende logo, depois fica conversando com a gente (PI 2).

Ali com as gurias, é rápido, elas já me conhecem, já sabem dos meus problemas. Quando eu chego, não preciso nem falar, elas já sabem, esses dia eu perguntei para a enfermeira: Tu não vai me chamar? Ela respondeu: já sei do teu caso [...] É só aguardar que daqui um pouco o médico já vai lhe chamar (PI 3).

Quanto às avaliações consideradas negativas no setor de acolhimento, verificou-se que dois idosos classificados como de alto risco (PI 22 e PI 25) consideraram o atendimento inadequado relacionando ao tempo de espera prolongado por atendimento médico e ao fato de serem atendidos por estudantes:

Eu tava com tanta dor, não conseguia ficar sentado, só quem passa é que sabe, eles demoraram para me atender, a gente fica impaciente, eu até xinguei as gurias, eu dizia vê alguém para me atender, eu não agüento mais, só diziam, o médico que lhe atende, não está aí, tem que esperar, e eu via todo mundo passar na minha frente, a gente fica cabroso com a situação (PI 22).

Quando tem umas estagiárias, aí eu falo, mais de uma vez, depois vem a professora e tu tem que falar tudo de novo, sabe o que é, às vezes tu não tá a fim de conversa, de falar da tua doença, depois tem o médico, e assim vai (PI 25).

Por outro lado, um idoso classificado como de risco intermediário referiu que a curta duração de uma consulta médica pode ocasionar insatisfação ao usuário, não propiciando uma escuta qualificada e prejudicando o atendimento como relata a PI 10:

Olha, vou ser bem sincera, fui atendida bem, tudo. Não gostei do médico, foi muito rápido, era 11 h ou 11h30, ele não deixou dizer tudo o que eu queria, me atendeu numa rapidez, eu não pude nem dizer da sondagem. Ele me atendeu numa rapidez, não gostei, não foi legal. Eu não pude falar meus problemas. eu tenho problema de tireoide, não foi descoberto aqui, mas foi no posto de saúde (PI 10).

Outros idosos de risco intermediário apontaram ainda a desorganização no serviço como foi identificado na fala da PI 5. O mesmo identifica a falta de orientação na classificação de risco, apontando a dificuldade em reconhecer as diferentes categorias profissionais, não conseguindo identificar o técnico de enfermagem, a enfermeira e local correto para aguardar a consulta médica:

Para falar a verdade, fiquei apavorado, minha nossa, é um povo. Não sei bem se aquele dia tinha uma confusão por lá, até a TV tava lá. Cheguei a enfermeira (técnica de enfermagem) tirou minha pressão, colocam uns aparelhos na gente, depois a doutora (enfermeira) faz umas perguntas. Quando vi estava lá para dentro, na multidão (SIB/SOA1). Daqui a pouco me chamaram, (na classificação de risco) perguntando o que eu estava fazendo lá dentro, tinha de esperar, aguardar como elas dizem sentado nas cadeiras (na classificação de risco). Aí já não entendia mais nada, já não sabia onde ficar, depois a doutora me explicou (PI 5).

A fala da PI 16 destaca a desestruturação do sistema de saúde, demonstrando que um encaminhamento inadequado de um serviço de saúde gera dificuldades no atendimento nas emergências:

Como é que vou te dizer, foi um pouco complicado, quando a gente veio. O guarda não queria deixar nós entrar. Diziam tu veio de [...] Queriam saber por quê. Como a gente diz, foi uma novela. Eu sei que tiveram que chamar [...] Para eu poder entrar. Ela explicou que o hospital de [...] Não podia ter me mandado internar no HCPA, lá não tinha leito, que eu iria ficar sentada. Mas a gente fez o que o doutor disse, ele disse que tinha falado com outro doutor que cuidaria do meu caso. Depois minha filha começou a se alterar, ai, comecei a ficar nervosa com aquela situação (PI 16).

5. 2. 3 Acolhimento nas demais áreas

Acolhendo os usuários na Unidade Vascular/Semi-Intensiva – “os privilegiados”

Os usuários atendidos neste setor reconhecem o processo de trabalho diferenciado do mesmo expresso nas falas da PI 14, PI 24 e PI 25 no que se refere a recursos humanos e ambiência, o que proporciona o atendimento das necessidades do paciente.

Dessa última vez tive sorte, fiquei na UTI da emergência, na cama. Estão sempre na tua volta, te olhando. A gente fica cheia de aparelhos. O pior é quando tem que sair para o outro lado, ou ficar sentado, é uns por cima dos outros, te empurram para lá, para cá. Você não consegue dormir, é muito barulho. (PI 14)

Quando eu cheguei, entrei direto [...] Estavam me explicando que lá é só para quem tem problema de coração, coisa assim. É para separar as pessoas. Ficou muito boa aquela parte (PI 24).

O lugar onde eu fiquei na emergência, eu não tenho nada para falar. A pessoa tem tudo que precisa, são vários médicos, as enfermeiras toda hora tão sempre por ali, elas cuidam de tudo, tu pede uma coisa, já te atendem (PI 25).

Quando questionados quanto a situações ou profissionais que facilitaram a resolução dos problemas, os entrevistados atendidos nessa área apontaram a habilidade técnica como um aspecto facilitador como relata a PI 13. Nesta fala, pode ser identificado também o fato da instituição ser um hospital escola gerar constrangimentos ao usuário:

Todos são bons, seria injusto se falasse mal de alguém. A única coisa é que é difícil para achar a minha veia. Tem uma enfermeira que é certa, mas tem outras, as estagiárias. Uma vez contei, me furou oito vezes. Eu disse chega, aí tava passando e gritei para ela. Ela conseguiu, sei que são alunos, que tem que aprende, treinar, mas tudo tem um limite. Às vezes elas ficam sozinhas fazendo as coisas, aí eu não acho certo (PI 13).

Já outros idosos destacam a atuação dos profissionais como um aspecto facilitador como mostra a fala da PI 21 e da PI 30:

Aqui, os médicos, as enfermeiras, a enfermagem, todo mundo trabalha muito e muito bem. Os médicos então nem se fala, sempre em volta da gente, cuidando, controlando tudo, tudo mesmo. Eu já tive internado no hospital, não tem nem comparação com aqui, te botam lá num canto, nem te olham, fiquei uma semana, disse para minha mulher nunca mais quero ficar aqui neste lugar, mas aqui a atenção é muito grande (PI 21).

Os médicos. Acredito que eles facilitam, porque é eles que tem o conhecimento, as decisões dependem deles, eles podem tanto acertar, como errar, mas os daqui são muito competentes (PI 30).

Outros sujeitos pesquisados associaram o bom atendimento, a agilidade na classificação de risco, a organização do setor e o fato de ter um profissional conhecido como aspectos facilitadores:

O atendimento foi de primeira, não tenho nada a reclamar. A única coisa é que a gente não podia caminhar e ir ao banheiro, mas o resto era só erguer a mão já tinha alguém do meu lado (PI 15).

Acho que o fato de um lugar (um serviço) saber reconhecer um paciente que necessita de uma atenção, falo assim no caso de ser diabética, chegar com uma glicose de 500, e ser atendida quase na hora, isso para mim é facilitar. Se não poderia ficar esperando por horas e horas, eu considero uma atenção para as pessoas (PI 20).

Não posso te falar de um a única pessoa, eu não estaria sendo verdadeiro, cada um tem sua função, acho que todos trabalham bem, a gente nota, a organização, porque tudo acontece ao mesmo tempo, quando eu cheguei, eu estava ali esperando, já chegou mais dois que eu vi, eles atendem do mesmo jeito. Eu fiquei olhando enquanto eu tava ali, chega um, já sai outro e assim vai. É muito organizada a forma com que as pessoas fazem as coisas aqui (PI 28).

[...] O meu filho facilitou sim, o fato de ele ser [...] E trabalhar aqui ajudou um pouquinho. (PI 24).

Quando questionados quanto a situações ou profissionais que dificultaram ou não contribuíram para resolução dos seus problemas, seis idosos atendidos na UV/SI não relataram situações específicas:

Mas, não, não de maneira alguma, só tenho elogios a fazer a todos que trabalham aqui no hospital, os médicos, os enfermeiros, todos, todos, sem exceção (PI 15).

Um dos sujeitos entrevistados identificou uma postura inadequada durante atendimento e considerou o fato como dificultador para resolução dos seus problemas de saúde durante período de internação no SE:

Que dificultou a minha passagem por lá, como é que fala, a minha estadia, ninguém. A filha é que às vezes falava alguma coisa do guarda, não é reclamação, mas parece que às vezes eles não deixam entrar. Tu sabe como é, ela reclamou uma ou duas vezes, mas depois tudo se resolveu. Eu disse; não dá bola para isso, eles estão trabalhando (PI 21).

Outro idoso relatou uma situação inadequada vivenciada durante a realização de transporte:

Eu não gostei de uma coisa, do rapaz que me levou para fazer um exame, quase me derrubou da cama. Eu falei para ele, sabe o que ele respondeu; fica fria, não vai lhe acontecer nada, tenho carteira. Eu até ia fazer uma reclamação daquele guri, mas depois, não sei. É eles que cuidam da gente, fiquei com medo, era meio louco aquele guri (PI 30).

Um idoso apontou a superlotação, a demora no atendimento médico e o descaso dos gestores com a saúde como aspectos que dificultaram a resolução dos seus problemas durante atendimento no SE:

Eu sei, ninguém é culpado de ter muita gente nos hospitais, é um descaso com a saúde, esses governantes, filho da mãe, com o perdão da palavra. Não fazem nada pelo povo, só roubam, nem sabem o que acontece. Dá até nojo na gente. Eu te digo, o pior é quando demora muito, tu fica quadrado, com fome, não pode sair (PI 27).

Por outro lado, outros idosos falaram nas entrelinhas sobre as dificuldades vivenciadas como relata a PI 24. De modo geral, não identificam uma categoria profissional, apontam situações em que as relações constituídas dependem muito do profissional, e isso se materializa em atitudes, postura e comunicação verbal:

Que perguntinha danada tu tá fazendo gurria, já estive internado aqui outras vezes. Isso é da cultura do hospital, o atendimento. Talvez eu até fale isso porque conheço muita gente aqui em razão do meu guri, mas percebo as coisas. Não sou uma pessoa ignorante, vejo a forma como o guarda atende, como a secretária atende e assim por diante. Sentimos quando alguém nos trata mal. Às vezes não precisa falar ou fazer alguma coisa, às vezes a forma de olhar te maltrata, te causa um constrangimento, coisa assim, não vou te dizer que aqui todo mundo é igual. A gente sabe que não, em qualquer lugar do mundo tu pega alguém mal humorado, de mal com a vida pela tua frente, isso faz parte da natureza humana. Outra coisa tem muita gente que trabalha, mas não gosta do que faz, aí, não faz bem, não é com carinho, sabe, com dedicação. Mas quando a pessoa trabalha naquilo que gosta, naquilo que escolheu sempre saberá o melhor modo de fazer, e não importa se é pobre ou rico, se é do SUS, ou do convênio, se é preto ou branco, pelo menos foi isso que tentei passar para o meu filho, na profissão que ele escolheu. Mas, por outro lado, sei que não é fácil o trabalho também. Sei disso, mas é lidar com vidas, e isso não é brincadeira não (PI 24).

Acolhendo na Sala de Observação Adulto “o apertamento”

Os idosos que foram atendidos neste setor apontam as dificuldades vivenciadas durante a internação: a superlotação, o barulho, dificuldade para conciliar o sono, a necessidade de acompanhante e a falta de acomodação:

Depois que tu tá lá dentro, tudo se resolve, no apertamento como eu falo, ali nas macas que ficam coladinhas, tem uma parte que é bem melhor, não é tanta gente, mas tava lotada (PI 27).

Tem muito serviço, tem muita gente para atender (PI 8).

Tinha muita dificuldade para dormir [...] Um dia tava tomando café, tinha uma cara vomitando do meu lado [...] A dificuldade ali é muito grande, a gente acha que tá ruim porque está doente, mas tem gente muito pior (PI 1).

Deveria ter menos gente. É um tumulto, um barulho. Outra coisa, deveriam deixar os familiares entrar na emergência, só pode entrar uma pessoa, é um horror. Quando tive internado não vi meu filho, não podia entrar, porque só entrava a mulher [...]. Daí a gente tem que incomodar a enfermeira toda hora, até para pedir um copo d'água, eu tava muito tonto, tava sozinho, se tivesse alguém acho que era melhor (PI 4).

É importante considerar que os idosos entrevistados apontam as dificuldades vivenciadas, porém reconhecem os esforços dos profissionais para dar conta do atendimento:

A emergência é um lugar difícil, está sempre com muita gente, mas o que vejo é que os profissionais fazem o que podem naquela confusão, naquela bagunça (PI 18).

O atendimento é bom, mas o problema é que é muita gente, aí se torna ruim de certa forma (PI 16).

Quando questionados quanto a situações ou profissionais que facilitaram a resolução dos seus problemas durante internação na SOA 2, os entrevistados falam do bom atendimento recebido, elogiam o trabalho médico, dos enfermeiros e dos demais profissionais que atuam na emergência:

O HCPA é um rico hospital. A gente é bem atendida, todos são bons. Não posso falar de ninguém, os médicos, os enfermeiros, os outros que trabalham me atenderam bem. Os que limpam. Que me levaram para os exames (PI 1).

Eu sempre digo, emergência é emergência, tem que passar na frente, não dá para esperar. Tem camarada que vai para lá, não tem nada e quer passar na frente dos outros. Daí não dá. Mas o pessoal é bem esperto (enfermagem), elas organizam o negócio. Às vezes tu pergunta uma coisa, até o médico diz: isso é com as enfermeiras. Elas têm a pasta da gente e sabem até mais que os médicos (PI 4).

As enfermeiras, essas sim merecem elogio, não estou falando porque tu tá aqui. Os médicos te atendem, e tudo mais, mas quem fica ali do lado é a enfermagem. Tem que saber, é o tempo todo, toda hora, entra o dia e a noite, troca, mas é sempre a mesma coisa. A gente fica olhando, elas não param. Me trocaram de lugar umas cinco vezes. A senhora não se importa de trocar de lugar? Tá chegando um meio mal, que precisa do seu lugar. Tudo bem. Eu ficava só admirando. Não tem problema, vamos lá, é um entra e sai que tu chega a ficar meio tonta (PI 23).

Sim eu tava no corredor, arrumei uma cadeira, ela viu que eu tava muito inchada, (a enfermeira) fez a sondagem, bem calma, eu não sei o nome dela, fez a sondagem, já era bem tarde da noite e me deixou na maca, ela me facilitou, eu não tava legal, muito inchada ela me facilitou (PI 10).

Tem uma senhorinha, (técnica de enfermagem) ela não sabe o que vai fazer para a gente, é uma rica pessoa (PI 8).

Quando questionados quanto a situações ou profissionais que dificultaram ou não contribuíram para resolução dos seus problemas durante internação na SOA 2, a PI 1 apontou postura inadequada de um profissional e falta de orientação referente às rotinas do setor como aspectos dificultadores. Já a PI 4 identificou a falta de compromisso com aspecto dificultador:

Só às vezes na portaria tinha um cara grandão (vigilante), aquele sim, só dizia não, não pode. A gente sabe, é a função dele, tem que controlar quem entra e quem sai. O que poderia melhorar é o jeito das pessoas, o jeito de falar, às vezes parece com muita arrogância, um ar de superior. E a gente não sabe direito como as coisas funcionam, mas vai descobrindo aos poucos, acho que essa parte poderia melhorar. Mas digo e repito: não tenho queixa de ninguém, cada um deve fazer o seu trabalho (PI 1).

Uma vez queria ligar para minha casa, avisar a mulher que eu estava bem, ela fica preocupada, sabe como é, estava sem cartão. A guria me disse: não fizemos ligação, o senhor vá procurar o serviço social. Mas eu só queria dar um recado, daí eu me chatiei, e disse para a [...]. Deve te custar muito fazer uma ligação, dar um recado, depois eu pago, mas a gente sempre encontra uma alma boa, a enfermeira (de branco) ligou para minha casa e disse para eu me acalmar, mas acho que foi só essa vez, no mais não tenho queixas. O pessoal faz muito aqui, viu (PI 4).

Outros participantes do estudo não identificaram aspectos ou situações que dificultaram ou não contribuíram para a resolução dos seus problemas durante internação na SOA 2:

Tem muito serviço, tem muita gente que perturba as pessoas que estão trabalhando, eu não posso me queixar de ninguém (PI 8).

Não, de jeito, nossa! Não, emergência é emergência, a gente sabe como é, mas não dá para falar, não dá mesmo. Só tenho elogios para fazer para todos que trabalham lá, eu vi o sufoco que é, é só perninha correndo, porque não para de chegar gente (PI 24).

Um idoso identifica que gestos e palavras de conforto fazem a diferença no atendimento na urgência:

Eu quero elogiar a [...]. Ela atende todo mundo com carinho. Trata todos iguais. É uma belezinha, é sempre querida para lá e para cá. A gente fica aqui, a agente fica carente, até um bom dia ajuda. Tem uma que larga a comida bem séria, eu digo: bom dia tem que ser assim (PI 10).

Outro idoso falou da dificuldade para acessar o serviço em razão do número de pessoas que buscam atendimento na instituição:

Para mim, a dificuldade foi entrar aqui [...]. Fiquei apavorada é um povo, todo mundo quer o seu tratamento aqui, o hospital não dá conta (PI 16).

Um participante do estudo apontou postura inadequada de um profissional como aspecto dificultador:

Sempre tem alguém que dificulta, uma enfermeira [...]. Às vezes tu pede alguma coisa, mas não sei dizer o nome, nem quem é. Tu pede um cobertor, ou dizem que não tem, às vezes a gente vê estão de má vontade, às vezes são estúpidas, mas lá no [...] Também tem. Acho que em todo o lugar é assim, não é? (PI 14).

Acolhendo na SIB/SOA1 – “o massacre das cadeiras”

Os idosos que permaneceram internados neste setor, em sua maioria, falaram da falta de acomodação pelo fato de ficarem sentados por mais de 24 horas. As falas dos sujeitos mostraram ainda como a experiência marcou suas vidas, e que às vezes esse tempo poderia ser abreviado se o atendimento fosse agilizado.

A parte das cadeiras é injusto, massacra, até para uma pessoa jovem, imagina uma pessoa de idade, é desumano, nunca vou esquecer. Se eu viver mais 20 anos, não vou esquecer. Agora estou deitada, é outra coisa, onde já se viu uma pessoa doente sentada, noites e noites, foi uma experiência dramática, agora estou deitada, descanso, é outra coisa (PI 9).

Tu quer deitar, uma caminha e não tem. Essa última vez eu tava muito ruim, tava com as pernas muito inchadas, doía, mas não consegui deitar (PI 3).

Passei uma noite lá sentada. O doutor só foi aparecer no outro dia (PI 5).

Dormir três dias em cima de uma cadeira não é para qualquer vagabundo. Tu não dorme. Eu queria ir embora, não aguentava mais (PI 12).

Apontam também a falta de higiene, de privacidade e de acomodação adequada, além da necessidade de acompanhante, comparando a ambiência do setor com a da unidade de internação.

O que me incomoda lá é tu ter que ficar sentado nas cadeiras, comer com o teu prato na mão. É muita gente. Às vezes é muito sujo lá também (PI 17).

[...] Mas aqui em cima é melhor, tu não vai ficar triste, não é? Tem uma caminha, não precisa ficar brigando, disputando uma cadeira. Tu já dormiu sentada? Nem queira saber, os banheiros são muito sujos, tem cheiro ruim. Às vezes tu tá ali, quando tu vê entra um homem. A gente fica

desconfortável. Aqui é diferente, pode entrar um parente, tem mais horário de visita, mas eu sei é diferente da emergência. [...] É uma coisa demais, não saberia classificar. Estou deitada, pensando nas pessoas nas cadeiras. No último dia eu chorava, se tivesse que passar mais uma noite acho que eu morreria (PI 6).

Por outro lado, esse mesmo sujeito reconhece o atendimento ágil da emergência:

Outra coisa que é diferente, lá embaixo tem sempre alguém na tua volta, tu chama, já tem alguém, aqui não é bem assim, tem que tocar várias vezes a campainha, daí eu prefiro caminhar até as enfermeiras (PI 6).

É importante ressaltar que um dos idosos identificou a falta de humanização no atendimento:

Às vezes falta àquela coisa humana, sabe, parece que quando perguntamos ou pedimos alguma coisa. Parece que é um favor que estão fazendo e não é. Todas as pessoas deveriam saber que temos o direito de ter saúde, que pagamos os impostos e que estamos aqui por uma razão, porque precisamos, porque estamos doentes. Falta aquela coisa da atenção de segurar a mão, da informação, tu quer saber uma coisa, o horário do exame, ninguém sabe te informar. Eu não sei, não é comigo, isso é ruim (PI 4).

Quando questionados quanto a situações ou profissionais que facilitaram a resolução dos seus problemas durante internação na SIB/SOA1, um dos entrevistados destacou o trabalho dos profissionais médicos:

Os médicos daqui são muito bons, atenciosos, sempre vem falar com a gente, todo mundo atende bem, são preparados (PI 2).

Ao serem questionados quanto a situações ou profissionais que dificultaram ou não contribuíram para resolução dos seus problemas durante internação na SIB/SOA1, um idoso apontou como dificultador o fato de o profissional não permitir acompanhante durante o período de internação expresso na fala da PI 2. Já o outro idoso considerou a postura inadequada em relação ao atendimento e à orientação quanto às rotinas do setor:

Mas olha só, tem uma enfermeira de branco da noite que é muito braba. Quando ela chega, manda todo mundo embora (familiares) e diz que ali só pode ficar o paciente. Não é o meu caso, eu caminho e tudo mais, mas o problema é aqueles coitados que não se mexem, que não comem daí precisa de alguém (acompanhante). É muita gente, as enfermeiras não dão conta. Isso precisava ser revisto, escreve isto nas tuas anotações (PI 2).

Uma vez tive problemas com duas técnicas de enfermagem. Eram muito estúpidas, ainda bem que não estão mais trabalhando aqui. Eram arrogantes, a gente perguntava uma coisa diziam: Eu não sei, vai ver com o médico, não tem o que fazer, tem que esperar. Mas você sabe, é o jeito de falar, o olhar, parece que a pessoa é uma coisa, sou velha, mas sei como as coisas funcionam, tem que ter educação, saber tratar, não é fácil (PI 3).

Outros sujeitos entrevistados apontaram também o envolvimento com o trabalho como aspecto dificultador:

Só uma coisa, deveriam botar os médicos para trabalhar mais, eles ficam sentados naquela sala só conversando (sala de prescrição), é eu sei, a gente fica esperando. Ficam fazendo muita reunião, um monte, deveriam trabalhar mais, você não acha? (PI 4).

Outros idosos repetem aspectos já descritos anteriormente quanto à falta de higiene, de acomodação no SE, salientam também a necessidade de maior segurança no local como situações que dificultam a resolução dos seus problemas de saúde durante a internação no SE:

Vou te falar uma coisa, uma vez que eu fiquei lá embaixo, tinha um rapaz, acho que ele roubava as coisas dos pacientes. A enfermeira veio dizer, cuidem das suas bolsas. Fiquei agarrada na minha. Aquela vez falei para a minha filha, fiquei com medo. Mas no outro dia mandaram ele embora, já tinha roubado um celular, uma bolsa e não sei mais o que do hospital. Isso é ruim. São muitas pessoas. Deveria ter cama para todo mundo, melhorar a limpeza. Sabe tem umas pessoas que têm um cheiro muito ruim, não poderiam ficar lá, não dá nem para comer direito (PI 6).

Às vezes demora um pouquinho, é muita gente, aí tu pede uma medicação, uma informação, mas é só isso. E tem muita gente mal educada, que não entende aquela situação, falam mal de lá, querem arrumar confusão. Eu não tenho paciência, procuro ajeitar as coisas com as pessoas (PI 7).

5. 2. 4 Escuta

A escuta é um dos aspectos importantes a ser avaliado quanto ao acolhimento dos usuários. Nessa perspectiva, foi elaborada no roteiro da entrevista uma questão específica referente à mesma. Entretanto, nas falas dos idosos entrevistados, apenas um apontou aspectos referentes a uma escuta qualificada.

Escutar as pessoas escutam, mas não te atendem, aí não adianta escutar, tu não acha? Estão vendo que tu tá ali com dor, ninguém vai ao hospital porque não tem nada, às vezes é difícil de entender a situação de cada pessoa (PI 22).

Os demais idosos, ao responderem essa questão, associaram escuta com o atendimento recebido, ou seja, fui escutado porque fui bem atendido. Por outro lado, uma das idosas afirma que “não foi escutado” porque não teve suas necessidades atendidas e justifica o fato pela superlotação do SE:

Aqui todos são bacanas. Eu não sei, considero a quantidade de gente, ponho na cabeça, considero, tu chama, um exemplo para a sondagem. Eu faço quatro vezes ao dia, esse retido é que me causa infecção. Para você ter ideia, ontem era duas horas da madrugada que eu pedi, ela veio fazer eram quatro horas, tu chama, aí eu fico chorando, não dá para atender, é muita gente, todas às vezes tem que chamar. Eu não gosto de incomodar, fico me segurando. Eu não consegui aprender a fazer em casa a sondagem, comprei um espelho de aumento, tive vergonha do meu marido, tudo isso eu tive que passar, a infecção vem a mil, isso é complicado (PI 10).

Outro aspecto identificado é de que uma escuta inadequada durante o acolhimento pode gerar sentimentos de medo durante o atendimento como relata a PI 16:

Como já te falei. o início foi meio complicado, até que me escutaram, mas senti que não iriam me atender, queriam que eu voltasse, foi uma briga, até já estava me sentindo mal com aquela situação, tava com medo (PI 16).

5. 2. 5 Resolutividade

Outra questão do roteiro de entrevistas perguntava ao idoso se o problema de saúde fora resolvido, e as respostas foram agrupadas nessa categoria. Identificou-se que dos 30 idosos entrevistados 24 consideraram o seu problema de saúde resolvido na perspectiva clínica. Observou-se também que a gravidade dos usuários não influenciou a resposta, pois não houve diferença nas respostas:

Resolutivo, é sim, imagina que não iria ser. Esta estrutura toda que tem aqui. Acho que tem mais médico do que paciente (PI 27).

Totalmente resolvido, o coração anda querendo falhar, o guri que pergunta e a bomba como está? A bomba cardíaca, eu respondo agora foi consertada, vamos seguir o baile, mas fora de brincadeira, o trabalho é fora de série (PI 24).

Sim, para mim é resolutivo, quando não consigo baixar no quarto, faço todo o meu tratamento lá, lá tem uma UTI, é tudo de primeira, dentro da emergência (PI 20).

Categorizando as respostas obtidas conforme a gravidade, verifica-se que dos dez idosos classificados como graves, dois não consideram o problema de saúde resolvido, talvez pelo fato de estarem hospitalizados:

Como é que eu vou te falar, a minha situação está difícil de ser resolvida, tenho vivido mais no hospital do que em casa, vou te falar o que eu sinto meu problema não foi resolvido, não (PI 29).

Ainda não tá bem resolvido. Não. O médico disse que eu vou ficar mais ou menos uma semana internada, tenho que fazer outros exames, parece, não sei te explicar bem ao certo, que é uma veia que vai para o coração, que tá dando problema (PI 30).

Já dos dez idosos, classificados como de alto risco, nove, consideram o seu problema de saúde resolvido como relatam PI 13, PI 14 e PI 1:

Sempre resolvem o meu problema, sempre [...]. Tu vê, eu trabalho até hoje (PI 13).

O tratamento naquele momento foi resolvido sim [...]. Não atacou mais, o do coração não, tenho uma válvula entupida, outra vez o médico disse que eu talvez tivesse que fazer uma cirurgia (PI14).

O que posso te dizer: Sofri bastante, primeiro porque nunca havia ficado doente, nunca quis saber de hospital e de repente acontece com a gente, mas graças a Deus estou aqui e bem, considero que foi resolvido, o que foi feito por mim na emergência salvou minha vida (PI 1).

O idoso classificado como de alto risco que considerou o seu problema de saúde não resolvido relacionou a continuidade necessária ao atendimento e relatou o seguinte:

Não foi resolvido ainda, eu preciso fazer duas cirurgias, a tendência é que se resolva, o resto do tratamento, como diz, é ambulatorial (PI 9).

Já dos dez idosos classificados como de risco intermediário, sete, sujeitos consideram o seu problema de saúde resolvido como mostra a narrativa da PI 6 e da PI 7:

Mas claro, se não resolvesse, tu acha que eu tava aqui ainda? Claro que não, eu sou freguesa deste hospital. Uma vez lá no hospital (PI 6).

Aqui é resolvido, onde eu descobri o que eu tinha foi aqui. Eu não sabia o que eu tinha (PI 7).

Dos entrevistados classificados como de risco intermediário, três idosos não consideram o seu problema de saúde resolvido devido à necessidade da continuidade do cuidado e da própria doença de acordo com as suas falas:

Passei uma noite lá sentada [...]. O doutor foi aparecer no outro dia, me examinou, disse que não era nada grave, me deu um papel para consultar no posto, eu falei: mas doutor eu já fui no posto, não adianta. Disse para eu ir para casa, procurar botar a perna para cima e tomar uma medicação para a dor, qualquer coisa eu poderia voltar à emergência. Então tô do mesmo jeito, não resolveu muito (PI 5).

Ainda, não, meu caso não foi resolvido, os médicos disseram que não deu nada nos meus exames, eu disse para o doutor quem sabe vou embora, me tratar no posto (PI 10).

A minha doença não tem cura, há 10 anos estou nesta luta, considero cada dia uma vitória, mas é como o médico disse: O problema não é o vírus, são as complicações que vão aparecendo e deixando a gente num estado horrível, resolver não resolve, mas ameniza, ajuda (PI 18).

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APRESENTADOS

De acordo com o relato dos idosos pesquisados, constatou-se que os motivos de utilização do SE estavam relacionados ao vínculo, à referência e à dificuldade quanto à continuidade do cuidado.

O vínculo estabelecido entre o usuário e um serviço de saúde demonstra a confiança na qualidade do atendimento e, ao mesmo tempo, a confiança na sua resolutividade. Concorde com Medeiros e colaboradores (2010) que a resolutividade de um serviço está intimamente ligada à capacidade de interação com os problemas de saúde dos usuários e que os resultados dessas ações devem se materializar em efetividade e satisfação do usuário. Por outro lado, quando os idosos referem que procuraram o SE por qualquer necessidade, incluindo as deficiências de outros serviços, fica evidente a fragilidade do sistema de saúde vigente. É possível que essa utilização esteja relacionada a uma representação do próprio usuário de que seu serviço de referência é a emergência. Esta idéia é muitas vezes estimulada pela própria instituição que não se vê como parte de uma rede e considerando que a maioria dos idosos pesquisados tem vínculo estabelecido com a mesma, ou por meio da unidade ambulatorial, da internação e ou constituído pela própria emergência.

Tal achado também pode ser evidenciado em um estudo que buscou compreender os fatores que levaram os usuários a utilizar os serviços de emergência, incluindo determinantes e estratégias utilizadas na busca de assistência. Os resultados apontaram que o grau de confiança que o usuário deposita em um serviço de saúde está vinculado à estrutura do mesmo, ou seja, aos recursos tecnológicos e à capacidade técnico-científica dos trabalhadores. A figura do hospital se destaca de modo significativo na percepção dos usuários. Compreende-se que a imagem do hospital não é a ideal, no entanto, a imagem referente à atenção básica é muito desfavorável (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Observa-se no dia a dia de trabalho que grande parte das consultas do SE são de pacientes com vínculo já estabelecido com o ambulatório do HCPA. Esse fato permite pensar que há um ciclo vicioso, ou seja, o usuário vem encaminhado do ambulatório por apresentar agudização do seu problema de saúde ou para agilizar investigações diagnósticas e internação. A seguir, é encaminhado ao ambulatório

para a continuidade do cuidado, bem como para a realização de exames laboratoriais e/ou de imagem quando não os realiza na própria emergência. Chama a atenção ainda que, em 2010, 50% dos pacientes adultos com indicação de internação completavam seu tratamento na emergência, e 30% do total de internações do HCPA eram provenientes do SE (IG, 2010). Essa realidade acaba muitas vezes descaracterizando o propósito do atendimento, prejudicando a assistência, gerando sobrecarga para a equipe de trabalho e uma atenção deficitária aos usuários.

O vínculo constituído entre o usuário e a emergência se apresenta sob duas faces, uma vez que não se consegue direcionar o usuário para os demais serviços da rede, ora por desejo do próprio usuário que não quer desvincular-se do HCPA, ora pelo paternalismo produzido pela própria instituição. Nesse cenário, cabe questionar se seria esse o vínculo adequado. Ao meu entender, nem o vínculo unicamente com o atendimento ambulatorial do HCPA e nem com a emergência seriam alternativas adequadas ao Sistema de Saúde. Contudo, ao entender que o sistema como um todo tem uma série de limitações e deficiências, vários fatores levam os usuários a procurarem os serviços de emergência tais como a inexistência de um sistema de referência e contrarreferência eficiente, a demora por uma consulta médica ambulatorial e para a realização de exames, a indisponibilidade de medicamentos, o gargalo na busca por consultas nas especialidades médicas e a dificuldade de internação hospitalar por outras vias que não seja a emergência. Outros fatores relacionados à atenção primária também podem favorecer o uso inadequado das emergências, como os citados por SARVER; CYDULKA; BAKER (2000), tais como o cumprimento inadequado do horário de trabalho dos profissionais, a falta de recursos humanos e materiais e a alta rotatividade dos trabalhadores são aspectos que dificultam o vínculo entre usuário e serviço e contribuem para o descrédito da população em relação a esses serviços.

Convém ressaltar que os serviços de emergência são responsáveis por ofertar tratamento inicial a usuários com uma ampla variedade de necessidades, algumas das quais oferecem risco de morte e necessitam de uma ação imediata. O uso inapropriado desse recurso dificulta o acesso dos casos de maior gravidade, reduzindo a disponibilidade para a assistência, produzindo resultados negativos e aumentando os custos hospitalares (CARRET et al., 2007).

Outro motivo de procura aludido pelas pessoas idosas é a referência. Nas falas, identificou-se que essa acontece de modo pactuado, quando o usuário chega ao SE referenciado, ou seja, seguindo a lógica do sistema de saúde. Essa referência também pode ocorrer de maneira informal quando o usuário chega não referenciado, isto é, de modo não pactuado. O fato de chegar referenciado, de certa forma garante o atendimento, pois pressupõe que tenha obedecido corretamente ao fluxo. Contudo, quando chegam ao SE não referenciados, tal fato traz prejuízos para o usuário que, na maioria das situações, apresenta-se como vítima na busca por cuidados em saúde e obriga-se a aguardar por atendimento, muitas vezes, em situações inadequadas e para os familiares que compartilham momentos de angústia e frustração. Para o serviço, isso ocasiona uma sobrecarga de trabalho, pois já trabalham com uma superlotação constante (CECILIO, 2008).

Complementando ainda, Derlet (2002) expõe que a superlotação nos serviços de emergência desencadeia inúmeros resultados negativos, incluindo tempos de espera prolongados para atendimento e sofrimento para aqueles que aguardam tratamento em ambientes desagradáveis. A acomodação dos pacientes estende-se aos corredores sem os cuidados apropriados e vulneráveis a desfechos desfavoráveis pelo atraso no diagnóstico.

Outro motivo de procura ao SE citados pelos idosos foi relacionado às dificuldades quanto à continuidade do cuidado e à resolutividade. Verifica-se que, muitas vezes, a busca pelo atendimento na emergência se caracteriza como a última alternativa ao usuário. Os idosos informaram já terem acessado outros serviços de saúde, porém sem obterem a continuidade do cuidado adequado ao seu caso devido à falta de recursos materiais e de profissionais qualificados.

Convém assinalar que, segundo Cecílio (2008), o que leva os usuários a procurarem os serviços de saúde é o desejo de atender as suas necessidades, sejam elas: acesso a exames, a tecnologias, à consulta médica, ao consumo de medicamentos e procedimentos e até mesmo insatisfação de outros serviços. Acredito que, se o Sistema de Saúde não se encarrega de atender essas necessidades, os usuários buscam estratégias disponíveis para a resolução das mesmas. As três situações mencionadas pelos participantes do estudo (vínculo, referência e dificuldade quanto à continuidade do cuidado) remetem à necessidade de estabelecimento de uma rede integrada para atender os usuários de modo resolutivo e com qualidade. Embora o SUS tenha avançado em muitos aspectos

desde sua implantação, o que predomina ainda é um sistema fragmentado, hierarquizado, hospitalocêntrico e tecnicista, baseado na queixa-conduta e não no atendimento integral ao indivíduo. Os serviços funcionam como pontos isolados e sem continuidade da atenção (MENDES, 2008).

O Brasil está passando por um processo de transição demográfica e epidemiológica caracterizado pela tripla carga de doenças. A tripla carga compreende a manutenção do atendimento, das condições agudas de saúde, associado ao desafio das condições crônicas e das causas externas. A crise do setor saúde reflete essa situação epidemiológica, pois o sistema de atenção foi estruturado para responder somente às situações agudas (MENDES, 2011)

Sabe-se que, em decorrência do envelhecimento da população, há um aumento significativo das doenças crônicas, e o tratamento dessas é diferente das doenças agudas, pois exige uma continuidade da atenção e atendimento multiprofissional (MENDES, 2011; SILVESTRE, 2003). Pensar o trabalho em rede, na presente investigação, remete-me a quatro perspectivas: a atenção à pessoa idosa, acolhimento e escuta, rede de atenção às urgências e ainda gestão dos serviços.

Para Mendes (2008), as redes de atenção à saúde podem ser compreendidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços, vinculadas entre si por um objetivo único e comum caracterizados por ações cooperativas e interdependentes coordenadas pela atenção primária que ofertam à população cuidados integrais de forma humanizada e com responsabilidade sanitária, assim, gerando valor à população.

Na perspectiva da pessoa idosa, desde 2002, o governo brasileiro definiu o modo de estruturação da rede de atenção. A rede considera a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com a Política Nacional do Idoso, com o intuito de assegurar a essa população direitos de cidadania, dignidade e bem-estar. Assim, o Estado, em 2002, cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e determina a organização dos Centros de Referência que integrarão essas redes. A atenção básica é considerada, como para outros grupos etários, a porta de entrada do sistema. Os centros de referência fazem parte dos hospitais gerais da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. Esses centros devem dispor de condições técnicas, instalações físicas,

equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência de forma integral às pessoas idosas, devendo dispor também de atendimento ambulatorial especializado em saúde do idoso, hospital-dia geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade. Quando necessário, esse centro deve referenciar os idosos para internação hospitalar ou para instituições de longa permanência (BRASIL, 2002).

Contextualizando a atenção em saúde das pessoas idosas, sabe-se que os mesmos tendem a apresentar mais problemas de saúde, caracterizados por múltiplas comorbidades, comprometimento cognitivo e funcional e também problemas sociais, e isso faz com que utilizem mais os serviços de saúde, fazendo uso das internações e ocupando leitos hospitalares por maiores períodos se comparado a outras faixas etárias (LOUVISON, 2008).

Apesar do aumento da expectativa de vida, a maioria dos idosos vive em condições desfavoráveis, muitos em situação de pobreza, baixa escolaridade e com inadequada estrutura das redes de serviço de saúde para atender as reais necessidades dessa população (DALZIEL; AMINZADEH, 2002). Sendo assim, eles necessitam de serviços de diversas ordens que atendam em uma perspectiva ampliada de saúde, pois, além dos problemas clínicos, os idosos tem capacidade funcional diminuída, problemas sócio-econômicos e inexistência de cuidados e redes de apoio.

Na perspectiva do acolhimento, segundo a PNH, a estruturação das redes é um dos seus eixos centrais, e é um desafio que deve ser enfrentado, perseguido e almejado. É por meio da rede que extrapolamos nossas intervenções, e é através dela que nos permitimos experimentar novos modos de fazer a partir da experiência de outros (SALAZAR, 2007).

Righi (2007) instiga-nos a refletir sobre a forma desafiante que é agir em rede, compreendendo suas conexões, pontos de convergência e de bifurcação, respeitando as diversidades, superando as tensões e fortalecendo as convergências. A mesma autora refere que estudar a rede significa analisar os “fixos” e os “fluxos”. No que diz respeito aos serviços de emergências, locais caracterizados pela subvalorização da dimensão subjetiva, pelas dificuldades na gestão, estruturação e manutenção de um trabalho integrado, vejo os fixos como os profissionais que desenvolvem suas atividades, e os fluxos como as conversas e interações que as pessoas mantêm (ou não) entre si. Em particular, entendo a

conversa como um elemento principal nas atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. Nesse sentido, concordo com Teixeira (2004) ao afirmar que as redes de trabalho necessitam ser entendidas como grandes redes de conversação.

Conforme Cecílio (1997), pensar o acolhimento nos serviços de emergência é pensar na grande demanda, nas diversas patologias e nos problemas de saúde da população sem desconsiderar que muitos dos atendimentos são perfeitamente adequados para o usuário no momento em que procuram os serviços de urgência, porém é possível oferecer mais a fim de qualificar e humanizar a atenção.

Nesse contexto, pode-se considerar que o acolhimento em um serviço de emergência deve ser organizado de forma a atender as necessidades dos usuários, com o seguinte movimento: atender a todos que procuram os serviços, garantir a universalidade do acesso, reorganizar o processo de trabalho, propiciar espaços de escuta, deslocar seu eixo-central para uma equipe multidisciplinar que deve se comprometer com os problemas de saúde do usuário e realizar também encaminhamentos com garantia de atendimento a outros serviços quando necessário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Recentemente, também a Rede de Atenção em Urgências foi redimensionada no âmbito legal. De acordo com a portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2001, essa foi organizada, no âmbito do SUS, com a finalidade de articular e integrar os demais serviços, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. O acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos de atendimento e toda a Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. Fica estabelecido que a Atenção Básica, assim como no caso da população idosa, responsabilizar-se-á pela ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização, e o primeiro cuidado em situações agudas, em ambiente adequado, até a transferência a outros serviços. Ao SAMU fica a responsabilidade de chegar as vítimas após ter ocorrido um agravo à sua saúde, garantindo atendimento e transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. O componente hospitalar será constituído pelas portas hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnósticos por imagem e de laboratórios e pelas linhas de cuidados prioritárias. A atenção Domiciliar é entendida como o conjunto de ações integradas e articuladas de

promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se uma nova modalidade de atenção à saúde (BRASIL, 2002).

Na perspectiva da gestão, saliento as ideias de Hartz e Contandriopoulos (2004) ao afirmarem que as redes assistenciais devem ser interorganizacionais, articulando as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização. Os mesmos autores salientam que o eixo prioritário da avaliação do trabalho em rede deve ser a integralidade. Em particular, compartilho com esses autores ao afirmarem que nenhum serviço contempla a totalidade de recursos e competências necessários ao atendimento das necessidades e resolução dos problemas de saúde nas diversas etapas da vida. Torna-se necessário, então, sistemas de cooperação e coordenação, o que implica uma gestão eficiente voltada ao dimensionamento de recursos e ações pautadas nas necessidades individuais em âmbitos locais e regionais. Apontam a necessidade de um “sistema sem muros”, sem barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção (setor público e privado, especialistas e generalistas, hospital e domicílio), desenvolvendo um trabalho em que haja a otimização de recursos e a ampliação das oportunidades de cuidados adequados à população.

Sendo assim, aos serviços de emergência caberia o atendimento aos pacientes em situações agudas e uma gestão voltada para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitem de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços (CECÍLIO; MERHY, 2007).

Observa-se que, nas quatro perspectivas abordadas, da atenção à pessoa idosa, do acolhimento e escuta, da rede de atenção às urgências e ainda da gestão dos serviços, aspectos como a atenção primária como porta de entrada, a disponibilidade de serviços em diferentes níveis de complexidade e a necessidade de diferentes tipos de tecnologia são comuns. Agora é necessário colocar em ação essas definições.

Diante das perspectivas mencionadas referente à formação de redes de atenção à saúde e considerando que o acolhimento pressupõe e impulsiona o trabalho em rede, questiono: Que lugar ou papel tem o acolhimento nos serviços de saúde, em especial nos serviços de emergência, ou melhor, que acolhimento é possível nesses espaços?

Compreendendo que o sistema de saúde tem diversas lacunas, há uma realidade posta: os usuários que buscam nos serviços de emergência uma

oportunidade de cuidado, e os serviços que vem ao longo dos anos tentando dar conta de uma série de demandas impostas a esse. Assim, as emergências configuram-se como espaços superlotados, um crescente de atendimentos, onde o cuidado é realizado, na maioria das vezes, com uma falsa impressão de que a população está sendo atendida, cuidada, quando, na verdade, não está.

Observa-se na avaliação dos sujeitos do estudo no que se refere ao acolhimento na classificação de risco que as informações coletadas contemplaram os seguintes aspectos: o tempo de atendimento e a orientação na chegada ao serviço. Constatou-se que os idosos classificados como graves foram atendidos dentro do tempo estimado, ou seja, receberam atendimento imediato de acordo com o protocolo institucional de avaliação e classificação de risco. Pode-se considerar que o sistema de classificação de risco, quanto ao tempo de atendimento aos pacientes graves, está adequado.

Nesse sentido, pode-se considerar, conforme Pinto (2009), que a implantação do sistema de classificação de risco no HCPA permitiu um fluxo adequado às demandas em termos de priorização em razão da gravidade, facilitando o fluxo do atendimento e proporcionando uma assistência com maior qualidade e segurança.

Já entre os idosos classificados como de alto risco, metade foi atendida dentro do tempo estimado, e metade, não. Ao buscar as possíveis causas para elucidar esse fato, levantei os diagnósticos clínicos desses pacientes a fim de identificar se as causas de demora no atendimento não estariam relacionadas a uma classificação de risco inadequada. Verifiquei que os pacientes classificados de alto risco, que foram atendidos dentro do tempo estimado, tiveram como diagnóstico diferencial: dor abdominal aguda, Síndrome Coronariana Aguda, complicações renais agudas e neoplasias que, dentro de suas especificidades, respondem de forma adequada a sua classificação de risco e respectivo tempo de espera. Os demais classificados como de alto risco, que foram atendidos fora do tempo estimado, tiveram diagnóstico diferencial de: asma, sangramento anal, retenção urinária, hemorragia digestiva alta e febre associada à quimioterapia – todos condizentes à sua classificação de risco, porém com um tempo de espera prolongado, gerando ansiedade e insatisfação em relação ao serviço.

Os idosos classificados como de risco intermediário, como já descrito, aguardaram em média três horas para o atendimento médico, quando deveriam ter

sido atendidos em até uma hora segundo o protocolo institucional de classificação de risco adotado na época da coleta das informações.

Não há como negar que o paciente grave é atendido imediatamente no SE analisado. A dificuldade que esta pesquisa aponta é a demora no atendimento dos pacientes classificados como de alto risco e de risco intermediário. Devido a minha experiência como enfermeira assistencial já há alguns anos no SE e participação em diversos grupos de trabalho em que há uma discussão quanto ao processo de trabalho na classificação de risco, posso considerar que os resultados apresentados referentes ao tempo de atendimento estão associados a alguns fatores como uma definição institucional de atendimento em consulta de quatro pacientes por hora, independente da demanda. Outro fator que os profissionais relatam é a dificuldade de realizar uma consulta médica com qualidade em quinze minutos devido às comorbidades e problemas de diversas ordens que muitos dos pacientes atendidos no SE apresentam.

Outro aspecto mencionado pelos idosos como importante na classificação de risco foi o desejo de orientação de forma mais clara e objetiva quanto à rotina do setor tais como a espera para consulta médica e ao esclarecimento referente ao processo de trabalho das diferentes agendas médicas (clínica médica, cirúrgica e ginecológica). Sabe-se que a maior procura dos usuários está concentrada nas agendas da clínica médica. Já na agenda cirúrgica e ginecológica a procura é menor, se comparada à agenda da clínica médica.

Assim, o que acontece com frequência é que os pacientes da equipe cirúrgica e ginecológica são atendidos mais rapidamente do que os da clínica em relação à demanda, gerando desconforto aos que aguardam por horas o atendimento médico. Portanto existe a necessidade de esclarecimento aos usuários e seus familiares quanto ao processo de trabalho dos diversos profissionais que ali atuam e dos diferentes setores do SE e tempo e local adequados de espera por atendimento. Em suas falas, os idosos parecem compreender e aceitar que o atendimento se dá por gravidade. Destaca-se também a paciência e a conformidade em relação ao tempo de espera e o reconhecimento pelos participantes do estudo no trabalho realizado pelo enfermeiro na classificação de risco. Ressalta-se na fala de um dos sujeitos a descrição relativa à possibilidade do usuário estar apresentando hematêmese e a preocupação da enfermeira com a continuidade da atenção até o atendimento médico, demonstrando o conhecimento técnico bem como o compromisso na

assistência ao usuário. A enfermagem tem um papel de destaque nesse setor, pois lhe compete estabelecer a ordem de prioridade do atendimento e efetuar os encaminhamentos necessários de acordo com a gravidade dos usuários (GODOY, 2010).

Nos serviços de emergência, o conhecimento técnico é de suma importância, uma vez que permite a identificação dos sinais e sintomas das patologias que demandam atendimento e intervenção imediata. No entanto, a atuação da enfermagem nesses setores deve contemplar também a valorização da subjetividade e diversidade dos indivíduos, entendendo que o cuidado resulta do elo de interação e integração estabelecidos entre trabalhadores e usuários (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Como já apresentado no percurso metodológico, a classificação de risco é uma ferramenta que objetiva organizar a demanda, garantir o atendimento imediato ao usuário que apresentar grau de risco elevado, bem como informar aqueles que não possuem risco imediato e aos seus familiares o tempo de espera e orientações necessárias referentes ao processo de trabalho, esse aspecto tem de melhorar conforme a avaliação dos idosos. Além disso, deve-se promover o trabalho em equipe por meio de uma avaliação contínua do processo de trabalho, assim como instigar a pactuação e a comunicação das redes internas e externas com vistas à continuidade do cuidado (BRASIL, 2009).

Acolher é muito mais que simplesmente classificar o risco do usuário, é ouvir, aceitar, orientar e, acima de tudo, respeitar o indivíduo nas necessidades que precisam ser atendidas, não se restringindo a uma recepção e ou a implementação de protocolos assistenciais. O que se observa na prática é que, muitas vezes, só classificamos o risco do usuário dentro de um modelo clínico, e são pormenorizadas outras necessidades citadas pelos participantes do estudo tanto na chegada como durante a espera por atendimento tais como a alimentação e a necessidade de acompanhante e o fato de aguardarem por atendimento, mesmo sentindo dor.

Com o avanço da idade, as queixas de dor tendem a aumentar e intensificar, segundo Fillingim (2003). Os aspectos psicológicos e sociais tem papel importante relacionados à dor em idosos devido às diversas doenças que acometem essa população (SOUSA, 2004), sendo de fundamental importância o reconhecimento pela equipe a enfermagem, bem como avaliação no sentido de atenuá-la ou eliminá-la (MILIONI, 2007).

Chama a atenção nas narrativas dos idosos referentes ao acolhimento na classificação de risco e demais setores, SIB/SOA 1 e SOA 2, as necessidades não atendidas em relação à alimentação, assim como a importância de avisar um familiar entre outras. Fica evidente a valorização por parte dos profissionais em atender a queixa principal, a doença. A seguir, é priorizado o atendimento em uma perspectiva clínica – administrar medicação e realizar exames, entre outros.

Nesse sentido, Takemoto e Silva (2007) referem que o trabalho da enfermagem, ao longo dos anos, tem direcionado uma assistência centrada nos procedimentos técnicos, desviando-se do seu foco que é o cuidado ao usuário e o atendimento de suas necessidades. As relações produzidas entre os trabalhadores e os usuários tem acontecido de forma mecânica e superficial, resumindo-se a produção de consultas e intervenções e vem funcionando em uma lógica de “tocar o serviço”, ou seja, prestar uma assistência em que, na maioria das vezes, “atendemos”. No entanto, não ouvimos e não vemos o usuário, constituindo-se uma relação em que não há envolvimento e comprometimento com o trabalho.

Como já apresentado nos resultados, a maioria dos idosos entrevistados tem vínculo estabelecido com a instituição e vem acompanhando as modificações no processo de trabalho na classificação de risco no SE associado ao fato de reconhecerem a qualidade do atendimento e dos profissionais que ali atuam, bem como a resolutividade do serviço. Esses aspectos podem justificar a paciência e a conformidade em relação ao tempo de espera. A passividade pode estar relacionada a uma cultura dos idosos dessa geração se conformado com a espera. Por outro lado, esses mesmos idosos identificam necessidades não atendidas como dor e dificuldade para alimentação durante a espera prolongada por atendimento na classificação de risco e relatam também a necessidade de acompanhante na classificação. Observei, durante a realização das entrevistas, a dificuldade de expressão e de locomoção dos mesmos. Os idosos hoje constituem grande parte dos atendimentos no SE do HCPA e tem demandado dos profissionais um novo olhar em relação à atenção, entendendo que essa população tem necessidades diferentes dos adultos jovens.

É importante considerar ainda que a implantação de protocolos de classificação de risco por si só não garantem uma melhoria do atendimento. Essa tecnologia responde por uma parte do cuidado. É necessário a pactuação das redes internas e externas para a viabilização do processo e estabelecimento de fluxos

claros de atendimento. As unidades de emergência se relacionam diretamente com as demais unidades do hospital e inversamente também, visto que os tempos de permanência nas unidades de internação têm relação direta com o tempo de permanência nas salas de emergência – uma resposta mais ou menos rápida dos setores como laboratório e de imagens tem relação direta com a resolutividade dos serviços de emergência.

Verifiquei ainda nas falas dos idosos que o vínculo já estabelecido entre o usuário e o SE torna o atendimento mais ágil na classificação de risco e faz com que os idosos pesquisados avaliem positivamente o serviço. Como já mencionado anteriormente, a maioria dos idosos pesquisados tem vínculo estabelecido com o SE e utilizam-no em situações adequadas e inadequadas. Para Merhy (1994), a noção de vínculo está associada à responsabilidade e ao compromisso. Entendo que a responsabilidade e o compromisso de um serviço de emergência, segundo a lógica do sistema de saúde, primeiramente, destina-se ao atendimento dos casos de maior gravidade. A seguir, refere-se aos encaminhamentos com garantia de atendimento a outros serviços de saúde dos casos de menor gravidade. Para tanto, é imprescindível um processo de educação por parte dos usuários e uma reestruturação nos diversos níveis de atenção no sentido de atender as necessidades da população.

Já as avaliações consideradas como negativas, como apresentado nos resultados, estão relacionadas ao tempo de espera prolongado, ao atendimento realizado por acadêmicos e à agilidade do atendimento, tomado como característico nas emergências, muitas vezes, não propiciando uma escuta qualificada. Identificam também a desorganização do serviço em relação à execução do processo de trabalho e à desestruturação do sistema de saúde.

Referente ao acolhimento na Unidade Vascular/Semi-Intensiva, constatei que os idosos identificaram o atendimento diferenciado nesse setor no que diz respeito à disponibilidade de recursos humanos e ambiência. Como já mencionado anteriormente nessa unidade, não há superlotação, os usuários são acomodados em camas com colchão piramidal, a privacidade é assegurada por regulamentação da área física, e estão dispostos materiais e equipamentos de uma unidade de terapia intensiva os recursos humanos adequados ao número de leitos, o que, dentro do contexto analisado, faz com que eles se sintam “privilegiados”. A habilidade técnica e a agilidade no atendimento foram apontados pelos idosos como

aspectos facilitadores e que contribuíram para a resolução dos problemas de saúde enquanto estiveram lotados na UV/SI.

Nessa área, os idosos destacam o trabalho médico talvez pelo fato de estarem presentes na unidade e, de certa forma, mais próximos dos pacientes. É tocante em nossa sociedade a valorização que a população dá a esse profissional quando comparado à valorização aos demais profissionais da área da saúde. Tal fato pode ser atribuído ao hospital ser um local de cura e desenvolvimento da prática médica desde meados do século XVIII, período histórico marcante para a institucionalização do trabalho da enfermagem como parte do trabalho médico, atuando na recuperação e reabilitação dos indivíduos doentes. Nesse período, ocorre a divisão do trabalho em intelectual e manual, cabendo ao médico o trabalho intelectual, tendo como função a terapêutica e a definição do diagnóstico clínico, o que garante sua valorização até os dias de hoje (GOMES, 1999; NÓBREGA, 2006). A enfermagem, por sua vez, também seguiu essa linha de raciocínio ao longo de sua história, calcada na dicotomia trabalho manual e intelectual marcada pela divisão do trabalho, cabendo ao enfermeiro a administração, o gerenciamento, o ensino e a pesquisa e, ao técnico de enfermagem, a parte executiva dos cuidados em saúde (FRACOLL; GRANIA, 2005).

Cabe ressaltar ainda que os usuários atendidos na UV/SI valorizaram a oferta da tecnologia dura representada pelos equipamentos e procedimentos técnicos que são realizados na UV/SI. A valorização da tecnologia dura vai ao encontro dos comentários feitos no parágrafo anterior no que se refere à divisão do trabalho.

Quanto a situações e ou profissionais que não contribuíram para a resolução dos seus problemas durante internação na UV/SI, os idosos relataram postura inadequada de alguns profissionais no decorrer do atendimento, a superlotação dos hospitais e o descaso dos gestores da saúde como aspectos dificultadores durante internação no SE.

Em relação à postura de alguns profissionais da saúde, concordo com Ceccim e Merhy (2009) ao referirem que, ao analisarmos a prática assistencial nos serviços de saúde, na maioria das vezes, censuramo-la, apontando o quanto as relações que se constituem estão impregnadas pela presença de forças externas, caracterizando-se como uma relação fria, objetiva e sem interação, centrada no procedimento, cujos usuários são tomados como objeto, envoltos por um diagnóstico e por uma doença.

Seguindo os mesmos autores ao analisarem os processos de trabalho, percebe-se que os trabalhadores de igual categoria profissional atuam de modos diferentes em uma mesma situação de cuidado. Percebe-se que os trabalhadores são bem distintos entre si, parecendo que uns cuidam, e outros, não, ou que uma determinada equipe ocupa-se com o cuidado, e outra, não. Acrescento ainda que há profissionais mais comprometidos e outros menos com a produção de cuidados, logo existem aqueles que fazem e aqueles que conseguem fazer algo mais no seu microespaço de trabalho, e estes conseguem ofertar a diferença para o usuário representado na fala de um idoso que refere que o fato de dar “bom dia” faz a diferença, bem como a forma de olhar e a afetividade produzida nas relações.

Por outro lado, um idoso identificou no atendimento de um vigilante como um aspecto dificultador na resolução dos seus problemas de saúde, enquanto esteve internado no SE, devido ao fato desse profissional não permitir a entrada de seu familiar e de posicionar-se de modo como alguém que só diz “não”, “não pode” (o agir macropolítico) calcado na normatização, nos corporativismos e na racionalidade hegemônica. Isso denota que todos profissionais possuem certo poder que se manifestam nos pequenos atos, na comunicação verbal e não verbal (o agir micropolítico) representado nas diferenças individuais de cada pessoa (CECCIM; MERHY, 2009).

Por outro lado, na percepção dos trabalhadores referente ao processo de trabalho nos serviços de emergência, os pacientes reconhecem que, muitas vezes, a atuação é inadequada, e a assistência prestada não é a que gostariam de ofertar (BARROS et al., 2007). Torna-se, então, necessário estimular espaços de reflexão referentes à organização do trabalho.

Os usuários identificaram a superlotação dos serviços de emergência e a desestruturação do sistema vigente como aspectos dificultadores à resolução dos seus problemas de saúde. É de conhecimento que esses serviços tem realizado um número expressivo de atendimentos, gerando uma superlotação constante e inversão da demanda. Essa é uma realidade vivenciada na maioria dos serviços de emergência do Brasil e tem interferido consideravelmente na organização do processo de trabalho nesses locais (LUDWIG, 2000; MAGNAGO, 2002).

Além da Missão do HCPA de prestar assistência, constam também promover ensino e pesquisa, desenvolver diversas ações e programas que atestam seu efetivo compromisso com os indivíduos e a sociedade. Palavras como cuidar, informar,

orientar, proteger, apoiar, escutar, dialogar, valorizar, compartilhar estão presentes no dia a dia dessa instituição e fazem toda a diferença, resultando em uma atenção integral e humanizada (HCPA, 2009). Sendo assim, a instituição também espera dos trabalhadores a capacidade de responder de forma efetiva os valores de humanização e integralidade da atenção.

Pode-se afirmar que o hospital de nível terciário com recursos de alta tecnologia e alto custo tem a missão de atender os usuários de maior complexidade. Sendo assim, Pinto (2009), em sua dissertação de mestrado, considerou que a implantação do protocolo de classificação de risco no SE do HCPA e a criação da UV/SI contribuíram para a reorganização do atendimento garantindo a priorização do atendimento ao paciente grave no SE do HCPA. A falta de organização para o atendimento rápido, em local seguro e monitorado para pacientes na fase aguda de doenças cardiovasculares foi o fator motivador para a implantação da UV/SI. A reorganização do processo de trabalho no SE está intimamente associado à classificação de risco e UV/SI. Tal fato foi evidenciado nas falas dos idosos ao referirem o atendimento ágil e eficaz nesse setor.

Por outro lado, na Sala de Observação Adulto, depara-se com o “apertamento”, denominada assim por um dos participantes do estudo devido ao fato das camas e macas ficarem muito próximas umas das outras. Os idosos citam também o barulho, a dificuldade em conciliar o sono, a necessidade de acompanhante, a falta de acomodação e a superlotação como dificuldades vivenciadas durante a internação nessa unidade. Entretanto, eles reconhecem o esforço dos profissionais para dar conta das demandas do trabalho. Constatei que, diferentemente da UV/SI, na SOA, os idosos destacam o atendimento realizado pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Esse setor tem características de uma unidade de internação e é a equipe de enfermagem que permanece mais próxima dos pacientes. É ainda através dela que se dá a interface com os demais profissionais. Tais aspectos podem explicar o destaque dado à equipe de enfermagem apontada pelos idosos.

As dificuldades vivenciadas e relatadas pelos idosos durante a internação são reais e não menos perceptíveis para quem trabalha nessa unidade, que inicialmente foi planejada para atender 25 pacientes e, atualmente, mantém uma lotação de 40 pacientes/dia. Fazendo uma avaliação na perspectiva do profissional, ainda que não seja o objetivo desse estudo, posso afirmar que existem grandes esforços por parte

dos gestores e demais trabalhadores dessa instituição a fim de garantir um atendimento com qualidade no SE. Devido à área física e à superlotação constante, reconheço que muitas vezes as necessidades básicas dos usuários como sono, alimentação, necessidade de acompanhante são sucumbidas para dar lugar ao que devemos priorizar no atendimento ou acabam sendo banalizadas. Às vezes, é necessário desacomodar alguém que está dormindo em razão de ter que deslocar outro usuário que está atrás ou ao lado para realizar um transporte, por exemplo. Preservar a privacidade dos pacientes durante a realização de um banho de leito ou de determinado procedimento é um desafio constante, uma vez que as equipes de enfermagem ou médica, devido à rotina do seu fazer diário, acabam por banalizar o cuidado, e tudo passa a ser “normal” naquele espaço: ver um técnico de enfermagem realizando um banho de leito ou uma troca de fralda em um idoso completamente nu sobre uma maca, ou uma enfermeira realizando um cateterismo vesical de demora sem a proteção de biombos com o seu material estéril sobre o leito do paciente, ou ainda um médico que realiza uma punção lombar, cuja cena que se vê ao longe é de alguém em posição fetal com as suas nádegas expostas, e diversas pessoas por ali circulam, mas isso tudo é perfeitamente “normal”.

Talvez para quem avalie de fora este lugar seja possível enumerar diversas ações com o objetivo de sanar tais dificuldades, contudo compreendo a complexidade deste fazer no dia a dia de trabalho. Observa-se também que há outros aspectos envolvidos nesta banalização do cuidado, pois aumentando o número de funcionários, e mesmo nos momentos em que há um número adequado de pacientes, muitas das atividades citadas não são realizadas.

Não obstante me vejo não menos distante do que denomino “furacão”. O furacão da rotina, da norma, da banalização do cuidado e das pessoas e que, ao longo do tempo, vão nos puxando para dentro do mesmo. Sei que se não desenvolvermos mecanismos acabaremos dentro dele, e o que é pior, sem nenhuma perspectiva de vislumbrar uma assistência mais qualificada, de forma digna e humana. Aponto as reuniões de turno e de equipes para discussão do processo de trabalho, as ações de educação como espaços ao fomento de novas alternativas e distanciamento do furacão, bem como o posicionamento firme da gestão e líderes de equipe em relação não só ao desenvolvimento de práticas de humanização como de um trabalho contínuo em relação a não banalização do ser humano.

Quanto à avaliação do acolhimento na Sala de Internação Breve (SIB), é gritante nas falas dos idosos a falta de acomodação, devido ao fato de permanecerem acomodados em cadeiras por longos períodos. Nas falas dos sujeitos, são expressos inúmeros sentimentos que se traduzem em desconforto, cansaço, raiva, entre outros, o que levou a caracterizar esse setor como “o massacre das cadeiras”. Apontam também a falta de higiene, de um atendimento humanizado e novamente referem com maior ênfase à necessidade de acompanhante neste setor.

O direito de acompanhante ao idoso hospitalizado está garantido em lei conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). E corrobora com um dos dispositivos da PNH, visita aberta e direito a acompanhante onde está previsto que as instituições de saúde devem dispor de espaços para participação, incentivo e permanência do familiar junto ao usuário (BRASIL, 2008). No entanto, na maioria dos serviços esta ação é inexistente, por desconhecimento da legislação e até mesmo por imposição das equipes médicas e de enfermagem. A avaliação referente à permanência do acompanhante junto ao idoso é imprescindível para promover o bem estar e atender as necessidades específicas deste grupo etário.

Chama a atenção que em estudo realizado no mesmo serviço em 2000 que teve como objetivo conhecer a compreensão do usuário sobre o contexto onde ele é atendido, no que se refere ao ambiente e à forma como ocorre o atendimento, Ludwig (2000) já havia identificado achados semelhantes em falas de usuários referente às condições inadequadas de acomodação, e de área física, resultados da superlotação caracterizados por longos períodos em que os usuários aguardam por leito em cadeiras, quando deveriam estar acomodados em camas ou macas

O que se constata é que o problema vem se agravando ao longo dos anos, mesmo com inúmeras tentativas por parte dos gestores em saná-los. O sentimento que fica é o da frustração, pois já se passaram vários anos, ocorreram várias modificações da área física, do processo de trabalho, melhorias na ambiência e implementação de protocolos assistenciais e algumas dificuldades se perpetua como o fato dos usuários aguardarem por leitos de internação por longos períodos em cadeiras.

Sabe-se que há falhas na organização dos serviços de saúde caracterizadas pelas longas esperas por atendimento, pelas deficiências nas instalações físicas, pela despersonalização do usuário, pela falta de privacidade, pela superlotação,

bem como pela falta de ética por parte de alguns profissionais ao realizar o atendimento (CASSATE; CORREA, 2005).

Em relação à necessidade de acompanhante, o Estatuto do Idoso garante o direito à acompanhante durante período de internação hospitalar, porém, na prática, não é o que acontece no SE e em muitos serviços de saúde. Inúmeras são as resistências para permanência do familiar junto ao usuário, uma vez que o acompanhante exige da equipe atenção, muitas vezes questiona os profissionais quanto ao cuidado e tratamento destinados ao seu familiar.

A necessidade de acompanhante ao idoso hospitalizado é visível, diante das limitações físicas e cognitivas que muitas vezes apresentam. A hospitalização o distancia do convívio familiar, a presença de um membro da família ou cuidador, não é somente para acompanhar o idoso, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador (PENA; DIOGO, 2005).

A superlotação dos serviços de emergência é um dos fatores que dificulta a permanência de familiares, pois não há acomodação adequada para os usuários, quem dirá aos familiares. No entanto, o idoso, devido a suas limitações físicas e cognitivas, na maioria dos casos, necessita que alguém o acompanhe e auxilie nos cuidados. Tal fato gera conflitos em especial à equipe de enfermagem, pois é quem determina se o usuário terá um acompanhante ou não por meio do fornecimento de um cartão de acompanhante determinado pela instituição. Há enfermeiros que fornecem cartões de acompanhante, outros autorizam a permanência do familiar, porém não fornecem o cartão, o que dificulta o acesso desse familiar ao SE, e há enfermeiros que simplesmente são contra a permanência de familiares junto ao usuário.

Os idosos que ficaram internados nesse setor também destacam o trabalho médico como facilitadores na resolução dos problemas de saúde. Já nas situações os profissionais que dificultaram ou não contribuíram para a resolução dos problemas durante internação na SIB foram citadas novamente, assim como a necessidade de acompanhante e de orientação quanto às rotinas do setor, postura inadequada de alguns profissionais, demora durante atendimento, demora para reavaliação médica, falta de envolvimento com o trabalho e melhor segurança no local.

O acolhimento nos serviços de saúde é uma ação que deve favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso com os usuários, com os

trabalhadores e demais serviços. No acolhimento, a pessoa idosa é imprescindível para que os trabalhadores tenham a compreensão do processo de envelhecimento, facilitem o acesso dos idosos aos diversos níveis de atenção, estabelecendo uma comunicação adequada, respeitando seus direitos, valorizando seus conhecimentos e suas experiências prévias e estimulando a família na participação do cuidado. No contexto das emergências, além da classificação do risco, devem atentar para suas fragilidades, limitações físicas e cognitivas, saber se colocar no lugar da pessoa para fins de um cuidado mais integral e menos tecnicista.

Quando questionados quanto à escuta durante atendimento no SE, é importante mencionar que a maioria dos idosos relacionou a escuta ao bom atendimento. Mesmo tentando modificar a pergunta em relação a uma escuta qualificada, apenas um idoso identificou a escuta nessa perspectiva, comentando que as pessoas ouvem, mas não agem!

Favoreto e Pinheiro (2011) consideram que a ideia de escuta traz nas práticas assistenciais aspectos positivos e negativos. A prática dessa tanto pode significar uma técnica desprovida de subjetividade como pode consolidar-se em uma ferramenta dialógica, relacional e inclusiva de saberes e práticas entre os indivíduos envolvidos no processo de cuidado em saúde, sejam esses os usuários, trabalhadores, gestores, docentes e estudantes. A técnica desprovida de subjetividade pode representar uma prática assistencial cuja escuta não ocorre e ou está presente no discurso institucional e não se dá na prática.

Nesse caso, as práticas seguem sendo normativas, autoritárias e invasivas, ou seja, continuam utilizando critérios avaliativos que reforçam valores fundados em uma cultura medicalizada que desconsidera os significados sociais, afetivos e culturais nos quais os indivíduos estão inseridos. A segunda refere-se à intersubjetividade produzida na relação trabalhador/usuário para que se constitua como ação ético-política, implicando o protagonismo do usuário na escolha dos roteiros e formatos de suas narrativas, bem como a hierarquização de suas demandas e expectativas em relação a seu cuidado.

A essa capacidade de escuta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo de destaque nas propostas de humanização em saúde. Como mostram diversos autores (SILVA, MERHY, 2003; TEIXEIRA, 2003b), o acolhimento é um recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço de atenção a indivíduos e comunidades, tornando suas demandas efetivas como o norte das

intervenções propostas. É no contínuo da interação entre trabalhadores e usuários, em todas as oportunidades que se faz presente a possibilidade de escuta do outro e que se dá o acolhimento, o qual deve ter essa capacidade de escuta.

Nesse contexto, é importante frisar que, em um serviço de emergência, o acolhimento não pode ser visto como uma atitude dos profissionais que realizam a classificação de risco, nem como uma ação somente de um setor específico. Deve ser entendido como uma ação que permeia e acompanha os usuários nos diversos locais por onde ele percorre. O acolhimento não se restringe ao usuário, estende-se aos trabalhadores, alunos, docentes e demais serviços.

O acolhimento não equivale a uma preocupação ativa com a escuta somente, mas com o tipo de escuta que se oferece a qualidade da escuta, não no sentido de boa ou ruim, mas da natureza da escuta, daquilo que se quer escutar (DESLANDES, 2006).

Merhy (2008) considera que trabalho em saúde é resultado da interação dos diferentes modos do agir humano, representado na forma de trabalho vivo e morto. O trabalho vivo é o agir cotidiano, são as relações estabelecidas entre usuários e trabalhadores, nas quais os profissionais exercem sua autonomia e a própria gestão do trabalho, podendo, a partir da valorização das subjetividades dos usuários, estabelecer uma nova relação no ato de cuidar. Já o trabalho morto é expresso pelo saber técnico-científico constituído e estruturado. A partir dessa noção de trabalho vivo e morto, as tecnologias em saúde classificam-se em leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves estão relacionadas às relações que se originam dos diversos coletivos: vínculo, acolhimento e autonomia; as leve-duras dizem respeito aos saberes e conhecimentos estruturados no trabalho em saúde: a clínica, a epidemiologia, os saberes administrativos entre outros; as duras estão representadas pelos equipamentos, pelas tecnologias e pelas normas estruturais e organizacionais.

Nesse sentido, pode-se dizer que, ao executar o atendimento, não só nos serviços de emergência, mas em qualquer serviço de saúde, é necessário o uso de todas essas tecnologias, o conhecimento técnico é indiscutível, o uso de materiais e equipamentos, em muitos casos, é imprescindível; todavia, importante é saber ouvir, tocar, conversar, reconhecer nos usuários e familiares o que lhes causa ansiedade e ou sofrimento. Isso é tão importante quanto executar uma técnica com precisão. E mais, é imperativo compreender que estamos neste lugar (serviço de emergência)

para nos colocarmos diante do usuário como uma possibilidade de ajuda, um elo, comprometidos em atender os indivíduos em sua totalidade.

Em relação à resolutividade, a maioria dos idosos considerou o seu problema de saúde resolvido. Observa-se nas respostas dos participantes que os mesmos se direcionaram em uma perspectiva clínica, ou seja, para a resolução da doença em curso. Observou-se ainda que a gravidade dos pacientes não influenciou as respostas. Essa resolutividade parece estar associada à estrutura hospitalar, à própria organização do SE, ao processo de trabalho instituído, ao atendimento de caráter mais investigativo e à qualificação dos profissionais.

Em uma pesquisa realizada em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre com a finalidade de conhecer o significado do acolhimento para usuários e trabalhadores, Falk et al. (2010) identificaram que os usuários caracterizaram como fator indispensável ao acolhimento o encaminhamento a outros profissionais, seguidos da resolutividade. Já para os trabalhadores, a resolutividade foi o fator mais importante apontado como indispensável para o acolhimento.

Os idosos, por sua vez, consideraram o seu problema de saúde não resolvido e associaram ao fato de ainda estarem internados, à necessidade de continuidade da atenção em outros serviços de saúde e à própria doença crônica.

Os resultados apresentados nesse estudo representaram a avaliação realizada pelos usuários (pessoas idosas) referente ao acolhimento no SE do HCPA. Nesse sentido, concorda-se com Minayo (2011) que os resultados de avaliação de uma proposta de intervenção devem subsidiar a correção de rumos e reorientar estratégias de ação, assim como ainda permitir aprender, reaprender e provocar modificações nas estruturas, muitas vezes, sólidas nos processos de trabalho para fins de melhoria da qualidade assistencial e impactando na vida das pessoas. Além disso, deve contribuir também para encorajar o diálogo e a reflexão e estimular o aprendizado entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a lógica do SUS, a proposta de avaliação de uma ação de humanização é permeada por interesses e tem como pressupostos o alcance de certos fins, articulando-se fortemente ao contexto ao quais as práticas estão inseridas. Sendo assim, a visão do usuário constitui um eixo central no processo avaliativo, uma vez que, habitualmente, são excluídos no processo de formulação, pactuação e execução das ações em saúde.

Compreendo que a PNH é uma política recente e inovadora em nosso país e visa consolidar estratégias para lidar com uma série de dificuldades ainda existentes em nosso sistema de saúde, referente aos processos de organização do trabalho, os quais são responsáveis por uma gama de dificuldades apontadas pela população brasileira, pelos trabalhadores e pelos próprios usuários. Nesse contexto, a PNH tem se constituído como um importante movimento social e político no campo da experimentação de inovações na gestão e na atenção à saúde por meio da implantação de diversos dispositivos nos serviços de saúde. No que se refere a essas inovações nos serviços de urgência e emergência, o acolhimento se apresenta como um dispositivo que busca qualificar o atendimento, bem como as relações entre usuários e trabalhadores, pautados em parâmetros éticos na gestão e na atenção. O acolhimento implica também a postura dos trabalhadores em relação ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários que procuram o serviço.

Esta pesquisa avaliou as práticas de acolhimento na percepção do usuário e constatou-se que o vínculo estabelecido entre o usuário e o SE é o motivo frequente que faz com que os idosos utilizem o mesmo. O usuário entende que uma vez estabelecido o vínculo com o serviço, este passa a ser o responsável por todos os seus problemas de saúde e na verdade pressupõem-se que este vínculo estabelecido onde o hospital é o centro da atenção não é o ideal na lógica do atual sistema de saúde. No entanto, pode-se considerar que o acolhimento no SE do HCPA tem papel fundamental para que a escolha do usuário recaia sobre ele superando as dificuldades existentes e determinado de forma concreta vínculo entre usuário e serviço.

A avaliação dos idosos referente ao acolhimento na classificação de risco centrou-se no tempo de atendimento e na orientação recebida na chegada ao serviço. Identificou-se que os usuários classificados como graves foram atendidos

nos tempos estabelecidos pelo protocolo de classificação de risco, atingindo o objetivo-fim de um serviço de emergência. Isso não acontece com os usuários classificados como de alto risco e risco intermediário, sendo necessárias outras estratégias e organização dos fluxos de atendimento, compreendendo que longas esperas diminuem a satisfação do usuário em relação ao serviço.

Foi valorizado também pelos idosos na classificação de risco a coleta de informações e o aspecto técnico do trabalho do enfermeiro. Contudo, evidenciou-se, através nas narrativas dos mesmos, a necessidade de qualificação no que diz respeito à orientação do processo de trabalho nesse setor, em especial ao tempo de espera para consulta, esclarecimento referente às diversas agendas existentes e atuação dos diferentes profissionais.

Pode-se considerar que a maioria dos idosos avaliara positivamente o acolhimento na classificação de risco, destacando a agilidade da equipe de enfermagem. Contudo, é importante mencionar que o tempo de espera prolongado por atendimento médico, o atendimento por acadêmicos, as consultas médicas de curta duração, a desorganização do serviço e a desestruturação do sistema de saúde são aspectos apontados pelos idosos que caracterizaram uma avaliação negativa quanto ao atendimento no setor de classificação de risco.

Já no acolhimento realizado na UV/SI, os idosos reconhecem o processo de trabalho diferenciado no que se refere à ambiência e aos recursos humanos. A agilidade, a organização do setor, a habilidade técnica dos trabalhadores e o trabalho médico destacam-se como aspectos facilitadores para a resolução dos problemas de saúde dos idosos pesquisados.

As dificuldades em relação à entrada de familiares no setor, situação inadequada vivenciada durante a realização de um transporte, a superlotação, a demora no atendimento e o descaso dos gestores com a saúde são apontados como aspectos que não contribuíram para a resolução dos problemas de saúde dos idosos enquanto estiveram internados na UV/SI.

No acolhimento na SOA, os idosos apontam as dificuldades vivenciadas relacionadas à superlotação, ao barulho, à dificuldade em conciliar o sono, à necessidade de acompanhante e melhor acomodação. Entretanto, reconhecem também o esforço dos profissionais para darem conta do atendimento, e destaca-se o trabalho da enfermagem como facilitadora na resolução dos problemas de saúde dos idosos.

A banalização do cuidado por parte de alguns profissionais que atuam no SE e a dificuldade para acessar o serviço são aspectos apontados como dificultadores para a resolução dos problemas de saúde dos usuários que permaneceram internados na SOA. Cabe destacar, segundo narrativa de um idoso, que gestos e palavras de conforto fazem a diferença no atendimento em um serviço de emergência. O trabalho, enquanto uma atividade humana, não pode ser reduzido a um processo normativo e prescritivo, deve ser interativo.

Em relação ao acolhimento na SIB, os idosos identificaram a falta de acomodação, pois permanecem em cadeiras por longos períodos. Além disso, apontam a falta de higiene, de privacidade e de humanização no atendimento. Novamente, o trabalho médico destaca-se como aspecto facilitador para a resolução dos problemas de saúde dos idosos. Nesse setor, os idosos demonstram a necessidade de acompanhante, orientação quanto às rotinas do setor, segurança, postura inadequada de alguns profissionais, falta de envolvimento com o trabalho como aspectos que não contribuíram para a resolução dos problemas de saúde enquanto estiveram internados na SIB.

Os idosos associaram a escuta ao bom atendimento. Contudo, a maioria dos idosos considerou o seu problema de saúde resolvido no SE do HCPA. É importante considerar que essa resolutividade está associada ao processo de trabalho do SE e da instituição. Por acreditarem nessa resolutividade, sujeitam-se a permanecer no SE, mesmo em situações inadequadas de atendimento.

Verifiquei que, entre os idosos classificados como graves, houve uma melhor avaliação do SE, quando comparada à avaliação realizada pelos idosos classificados de alto risco e risco intermediário.

Durante o processo de elaboração deste estudo, busquei contemplar aspectos que subsidiassem a avaliação das práticas de acolhimento no SE do HCPA. Desse modo, foi possível conhecer, por meio das narrativas dos idosos, como percebem o processo que envolve o atendimento, identificando aspectos referentes ao motivo de procura pelo serviço, acolhimento na classificação de risco e demais áreas, escuta e resolutividade. Sendo assim, a trajetória percorrida nesta investigação permitiu vislumbrar novos desdobramentos e aprofundamentos em outros estudos que considero importantes para a efetividade de um processo avaliativo referente a práticas de acolhimento em serviços de saúde. Sendo

necessário o desenvolvimento de outras pesquisas para avaliar a percepção dos trabalhadores e familiares ou acompanhantes e gestores.

O desenvolvimento deste estudo possibilitou uma percepção acerca do acolhimento no SE do HCPA a partir da percepção do usuário. É relevante a obtenção dos conhecimentos para identificar necessidades apontadas pelos idosos, possibilitando reflexões referente às dimensões que envolvem o atendimento as pessoas idosas. Sentimentos como medo e solidão podem acometer os idosos durante período de internação hospitalar, além das alterações bio-sócio-culturais evidenciando a necessidade de uma atuação multidisciplinar, visando uma assistência integral e humanizada.

Para a equipe de enfermagem apontou possíveis intervenções considerando que acolher é também rever o modo de operar e as possibilidades para reorganização do processo de trabalho e qualificação assistencial baseado nas expectativas e necessidades apontadas pelos idosos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA P. J. S.; PIRES D. E. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiana, v. 9, n 3, p. 617-629, 2007.

ANDRADE, L. M.; MARTINS, E. C; CAETANO, J. A.; SOARES, E. ; BESERRA, E. P. Atendimento Humanizado nos Serviços de Emergência Hospitalar na Percepção do Acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiana v. 11, n. 1; p. 151-157, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>>. Acesso em: 21 out. 2011.

AYRES, J. R. V. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria construtiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 9, n.1, 2004.

_____. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.

BARROS, M. E. B.; et al. **A experiência do programa de formação em saúde e trabalho em um hospital público como serviço de urgência**. In: SANTOS-FILHO, S. B. ; BARROS, M. E. B. (Org). *Trabalhador da saúde; muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed Unijuí, 2007, p. 121-223.

BARROS, R. P.; et al. Decomposição das mudanças na desigualdade In: BARROS, R. P. et al. (Org.). **Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente**. Rio de Janeiro, IPEA, 2007, v.2 .p. 14-40.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro n. 10, v. 3, p. 561-571, 2005.

_____.; _____. In: SANTOS-FILHO, S. B. S. **Avaliação e humanização em saúde aproximações metodologias**. Ijuí: Ed Unijuí, 2009.

BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. *A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro*. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 12, n. 4; p. 929-934, 2007.

BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. *Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática*. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro [online]. 2009, vol.25, n.7, p. 1439-1454. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde**. São Paulo: Vozes, 2006, p. 22-56.

BRAGA, C. **O idoso da comunidade Coinma e Vila Margarita em Porto Alegre: Condições de Vida e Saúde.** 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF/UFRGS), Porto Alegre, 2001.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** *Institui o Estatuto do Idoso.* Brasília, DF, 2003.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 32/2004, secção I. Brasília, 16 de dezembro de 1994.

_____. **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, Brasília, 2004.

_____. **Lei nº 8.142, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Cria o Conselho Nacional do Idoso e de outras providências. Diário da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília DF, 7 de abril de 1999.

_____. **Ministério da Saúde.** Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF, 2009.

_____. **Ministério da Saúde.** *Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS.* Secretaria de Atenção a Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed., 1º reimpressão, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, DF, 2008.

_____. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso:** Guia Operacional e Portarias Relacionadas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2002.

_____. **Ministério da Saúde.** Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2006 b.

_____. **Ministério da Saúde.** CONASEMS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, Cartilha da PNH. Humaniza SUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 6 jan. 2006.

_____. **Ministério da Saúde.** Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF: 2006 a.

_____. **Ministério da Saúde.** *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.* *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. 2011.

_____. **Ministério da Saúde.** Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Ministério da Saúde.** *Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS.* Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília, DF, 2007.

_____. **Ministério da Saúde.** Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, Ministério da Saúde, 3. ed. ampl, 2006 c.

_____. **Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.** Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Dispõem sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, Brasília, DF, 1993.

_____. **Diário da Republica Federativa do Brasil.** *Lei nº 8142, de 4 de janeiro de 1994.* Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Cria o Conselho Nacional do Idoso e de outras previdências. Poder Executivo, Brasília, DF, 1994.

_____. **Conselho de Saúde.** Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: <<http://www.bioética.ufrgs.br/res196/96.htm>>. Acesso em: 09 jul. 2010.

CALDAS, C. P.; VERAS, R. P. **Promovendo a Saúde da Pessoa Idosa na Comunidade.** In: SANTOS, I; et al. *Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva.* Realidade, Questões e Soluções. São Paulo: Atheneu, 2008.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; KAWACHI. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC Health Services Research.** v. 7 n. 127-131. 2007.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. A Humanização do Atendimento em Saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** São Paulo, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan/fev, 2005.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. *Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas.* **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** São Paulo. v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

CECILIO, L. C. O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro. v. 16, n. 4, p. 973-983, 2000.

_____. Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: da Pirâmide ao Círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

_____; MEHRY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. jul/ago, 2007.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de Violência Ocupacional em um Serviço de Urgência Hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217-221, jan 2006.

CONTANDRIOUPOLOS, A. D.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAUT, R. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, cap. 2, 2000, p. 29-48.

DELZIEL, W. B.; AMINZADEH, F. A. Older Adults in the Emergency Department: A systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *Annals of Emergency Medicine*. v. 39, n. 3, março. 2002.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

DERLET, R. W. **Triage, e Medicine World Medical Library**, 2006.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses**: Profissionais da Emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____; MINAYO, M. C. S.; OLIVEIRA, A. F. **Análise da Implantação do Atendimento Pré-hospitalar**. In: MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F. (Org.) *Análise Diagnóstica da Política de Saúde para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 139-157.

_____. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FALK, M. L. R; et al. Acolhimento como Dispositivo de Humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora v. 13, n. 1, p. 4-9, jan/mar, 2010.

_____; RAMOS, M. Z.; SALGUEIRO, J. B.; GOBBI, A. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A experiência de um hospital universitário. **Boletim da Saúde. Escola de Saúde Pública**, Porto Alegre. v. 20, n. 2, jul./dez. 2006.

FAVORETO, C. A. O.; PINHEIRO, R. Refletindo sobre uma escuta do usuário ou uma escuta com o usuário? Um ensaio sobre os "ruídos" nas relações entre profissionais e usuários na APS. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. R. **Usuários, rede sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011, p. 213-241.

FILLINGIM, R.B. Sex-Related Influences on Pain: *A review of mechanisms and clinical implications*. **Rehabilitation Psychology**, Washington, v. 48, n. 3, p. 165-174, 2003.

FRACOLI, L. A.; GRANJA, G. F. **A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica.** Escola Enfermagem Universidade de São Paulo, São Paulo. v. 39, p. 597-602, 2005.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr/jun, 1999.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAUJO JÚNIOR, J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do hospital restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-89, 2004.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 6, n. 1, p. 765-782, 2001.

GARLET, E. R. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

GODOY, F. S. F. **Organização do Trabalho em uma Unidade de Emergência: Percepção dos Enfermeiros a Partir da Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, 2010.

GOMES, E. L. R. **Saber gerir e gerir com saber: a indeterminação do conhecimento administrativo dos enfermeiros.** (Tese de livre docência). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

GONÇALVES, A. V. F.; RAMOS, M. Z. Os diferentes modos de trabalhar e expressar a humanização no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, supl 2. p. 518-524, 2009.

GONÇALVES, A. B. M.; et al. A superlotação das Unidades de Emergência na região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Emergência Clínica**. São Paulo, Ano 3, n. 10, 2008.

GONÇALVES, A. B. M.; et al. Sala de Emergência: fatores que dificultam a assistência de enfermagem. **Revista Emergência Clínica**, São Paulo. Ano 2, n. 9, 2007.

GUATTARI F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo.** 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C. O.; OLIVEIRA, D. L. L. C. O Software QRS NVIVO 2.0 na análise qualitativa dos dados: ferramenta para a pesquisa em ciências

humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 53-60, abr 2003.)

GUSMÃO-FILHO, F. A. R.; CARVALHO, E. F.; ARAUJO-JUNIOR, J. L. A. C. *Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (QUALISUS)*. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15 (Supl 1), p. 1227-1238, 2010.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Protocolos não gerenciados*. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/502/729>> Acesso em: 20 out. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2010.

JONES, K. M.; MARSDEIL, J; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco. Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. Manchester Triage Group. Belo Horizonte: Editora Grupo Brasileiro de classificação de risco, 1 ed.2010.

LOPES E. F. S. **A Formação das Professoras Enfermeiras da Escola Técnica de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e suas Práticas Educativas**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós- Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

LOUVISON, M. C. P.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo. v. 42, n.4, p. 733-740, 2008.

LUDWIG, M. L. M. **O Contexto de um Serviço de Emergência: com a palavra, o Usuário**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MACKAWAY – JONES, K.; MARSDESEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage: Manchester Triage Group**. 2. Ed. [S.l.]: Paperback, 2006.

MAGNAGO, T. S. B. S. **Uma reflexão crítica sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em unidade de pronto-atendimento**. 2002. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de Usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e Seu Acolhimento ao Sistema de Saúde. **Revista Latino Americana em Enfermagem**, São Paulo. v. 15, n. 1. jan/fev, 2007.

MARTINEZ, W. N. **A seguridade social na Constituição Federal**. 2. ed. São Paulo: LTR, 1992.

MASSOTE, A. W.; et al. **A contribuição de Estudos na Percepção da População Usuária na Avaliação na Atenção Básica.** In: HARTZ, Z. M. A., FELISBERTO, SILVA L. M. V. *Meta – Avaliação da Atenção Básica á Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MATUMOTO, S. **Encontros e Desencontros entre Trabalhadores e Usuários na Saúde em Transformação: um ensaio cartográfico do Acolhimento.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MEDEIROS, et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista Saúde Pública**, São Paulo v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção á Saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional da Secretaria da Saúde. 2. ed., Brasília, DF, 2011.

MERHY, E. E.; et al. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

_____. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis. Pesquisa Qualitativa, Teoria e Metodologia, . v. 1, n. 3, p. 02-11, 2011.

MILIONI, K. C. **Caracterização dos pacientes triados por critérios de classificação de risco no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MORAIS, J. G. **Ações premiadas no 11º Concurso Inovação na Gestão Pública Federal.** Ministério do Planejamento. Brasil, Governo Federal. ENAP, 2006, p. 83-97.

NASI A. L.; et al. **Rotinas em pronto socorro.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

NOBREGA, M. F. B. **Processo de Trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino.** Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza 2006.

O' DWYER, G.; OLIVEIRA, S. P.; DE SETA, M. H. Avaliação dos Serviços Hospitalares de Emergência do Programa QUALISUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 0189/2006.

Disponível

em:

<<http://www.abrasco.org.br/cieciaesaudecoletiva/artigos/artigo-int.php?idartigo=663>>

Acesso em :14 nov.2010.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S.; STEPHAN, A. I. *Cidadãos Peregrinos: os “usuários” do SUS e os Significados de sua Demanda a Prontos-socorros e Hospitais no Contexto de um Processo de Reorientação do Modelo Assistencial*. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 14 n. 5, p. 1929-1938, nov/dez 2009.

PASCHE, D. F. Humanização dos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte. v. 19, n. 4, Supl 2. p. 33-41, 2009.

_____. In: FILHO, S. B. S. **Avaliação e humanização em saúde aproximações metodologias**. Ijuí: Ed Unijuí, 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.). Gestão Participativa e Co-gestão. In: Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006 2v. p. 80-83. Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/humanizasus>> Acesso em: 13 jun. 2007.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1986.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Revista Latino-americana Enfermagem**, São Paulo. v. 13, n. 5, p. 663-669, set./out. 2005.

PINTO, T. A. T. **Triagem, Estratificação de Risco e Unidade Vascular como Formas de Otimização do Atendimento de Pacientes com Síndrome Vascular em Serviço de Emergência**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2009.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Universitária ABRASCO, 2009.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RELATÓRIO ANUAL. Referência em Saúde. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, 2009.

RIGHI, L. B. **Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos.** In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. *Saúde Coletiva*, Ijuí: diálogos contemporâneos: Editora Unijuí, 2005, p. 73-92.

RODRIGUEZ, J. M. **Emergências.** Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 2002.

RODRIGUES, R. A. P.; et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição para enfermagem. **Texto e Contexto**, Florianópolis. v. 16, n. 3; p. 536-545, jul./set. 2007.

SALAZAR, C. C. **O centro obstétrico e seus afetos: um olhar sobre a rede.** Trabalho de conclusão de curso de Especialização (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; Universidade Federal Fluminense, Porto Alegre, 2007.

SANTOS, J. S., et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto v. 36, n. 2/4, p. 418-515, abr./dez, 2003.

SANTOS-FILHO, S. B. **Avaliação e humanização em saúde aproximações metodologias.** Ijuí: Ed Unijuí, 2009.

SANTOS-FILHO, S. B. *Perspectiva da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos.* **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SCHENATTO, S. M. **Proposta para a chefia da Unidade de Enfermagem em Emergência. Período 2009-2012.** Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Enfermagem em Emergência. 2009. (não publicado)

SHIROMA, L. M. B. **Classificação de Risco em um serviço de emergência no contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – um desafio para enfermeiros/as.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVESTRE, J. A.; COSTA, M. M. N. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública.** v. 19, n. 3; p. 839-847, 2003.

SOUSA, J. M. **Um olhar sobre a dor do idoso. In: Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: Maio, p. 263-274, 2004.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. v. 24, n. 1, p. 8-13, abr. 2003.

SOUZA, E. C. F.; et al. Acesso e Acolhimento na Atenção Básica; uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 24 Sup 1, p. 5100-5110, 2008.

SARVER, J. H.; CYDULKA, R. K.; BAKER, D. W. *Usual source of care and monurgent emergency department use*. Acad Emerg Med. v. 9, n. 9, p. 916-923, sep. 2002.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, Menezes M. *Abordagem do idoso em programa de saúde da família*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro on line. v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300016>. Acesso em: 12 set. 2011.

SILVA, A. A.; BORGES, M. M. M. C. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma unidade de saúde da família. **Revista Enfermagem Integradal Patinga**. Unileste, Minas Gerais, v. 1, n. 1, nov./dez. 2008.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1996.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

TEIXEIRA, R. R. **O acolhimento num serviço de emergência entendido como uma rede de conversações**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2003.

TRIVIÑOS, A. S. **Bases Teórico-Methodológicas na Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais**. Ritter dos Reis, Porto Alegre: Editora Uniritter, 2001.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. I. M. Qualidade e Subjetividade na Avaliação de Programas e Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafio para o setor privado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

ZAUHY, C.; MARIOTTI, H. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

WETZEL, C. **Avaliação de Serviço em Saúde Mental: a construção de um processo participativo**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

YIN, R. C. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA ELABORADA PARA A PESSOA IDOSA

Parte I – Dados Coletados do Prontuário do Paciente

1. Idade:
2. Sexo: () M () F
3. Classificação de Risco: () Grave () Alto Risco () Intermediário
4. Local da Entrevista () Unidade de Internação () Domicílio
5. Tempo de Permanência no SE:
6. Data da entrevista:
7. Tempo de duração da entrevista:

Parte II - Questões

1. Qual (s) o (os) motivo (os) que lhe trouxeram ao SE do HCPA ou por que o (a) Sr. (a) procurou o SE do HCPA?
2. Na sua chegada ao SE do HCPA, como foi o seu atendimento na classificação de risco?
3. Como o (a) Sr (a) avalia o tempo de espera pelo atendimento ao chegar ao SE do HCPA?
4. No início do seu atendimento no SE do HCPA, os profissionais escutaram o que o senhor tinha a dizer?
5. Durante o seu atendimento no SE do HCPA, houve situações/profissionais que facilitaram a resolução do (s) seu (s) problema?
6. Durante seu atendimento no SE do HCPA, houve situações/profissionais que dificultaram ou não contribuíram para a resolução do (s) seu (s) problemas?
7. Em sua opinião, o problema de saúde que lhe trouxe ao SE do HCPA foi resolvido?
8. Como você avalia o atendimento no SE do HCPA?

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O estudo destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a aluna Ana Valéria Furquim Gonçalves sob a orientação da Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin. O estudo intitula-se: Avaliação do Acolhimento a Pessoa Idosa no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin **Contato:** (51) 3308-5425.

PESQUISADORA: Ana Valéria Furquim Gonçalves **Contato:** (51) 92438857/ 34857816 / 33598431

Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA: 51 3359-8304

Nome do participante (preencher com letra de forma por extenso):

1. OBJETIVO DESTE ESTUDO

A finalidade deste estudo é avaliar as práticas de acolhimento a pessoa idosa no Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O (A) senhor (a) terá que responder a uma entrevista referente ao atendimento no SE do HCPA, através do contato previamente agendado pelo pesquisador. As entrevistas serão gravadas, transcritas para serem entendidas conforme suas palavras. Após serão analisadas com o intuito de avaliar as práticas de acolhimento. Com essa pesquisa pretende-se avaliar as práticas de acolhimento no SE do HCPA a partir da perspectiva da pessoa idosa.

3. POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS

Um possível desconforto poderá estar relacionado com o tempo dispensado (de aproximadamente 1 hora) para realização da entrevista. Sua participação é voluntária. Este estudo não implica riscos potenciais ou reais a sua saúde. Se concordar, será necessário que disponibilize ao pesquisador um contato telefônico para que dentro de 24 e em até 48 horas após alta hospitalar do SE do HCPA a pesquisadora entre em contato para agendamento e realização da entrevista.

4. DIREITO DE DESISTÊNCIA

O (A) senhor (a) poderá encerrar a participação em qualquer fase do estudo, sem que sofra qualquer penalidade como consequência desse ato.

5. SIGILO

Todas as informações obtidas neste estudo poderão ser publicadas com finalidade científica, preservando-se o completo anonimato dos participantes. As entrevistas serão gravadas e após 5 anos destruídas.

6. ONSENTIMENTO

Declaro ter lido - ou me foi lido - as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte, voluntariamente, do presente estudo.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do voluntário _____

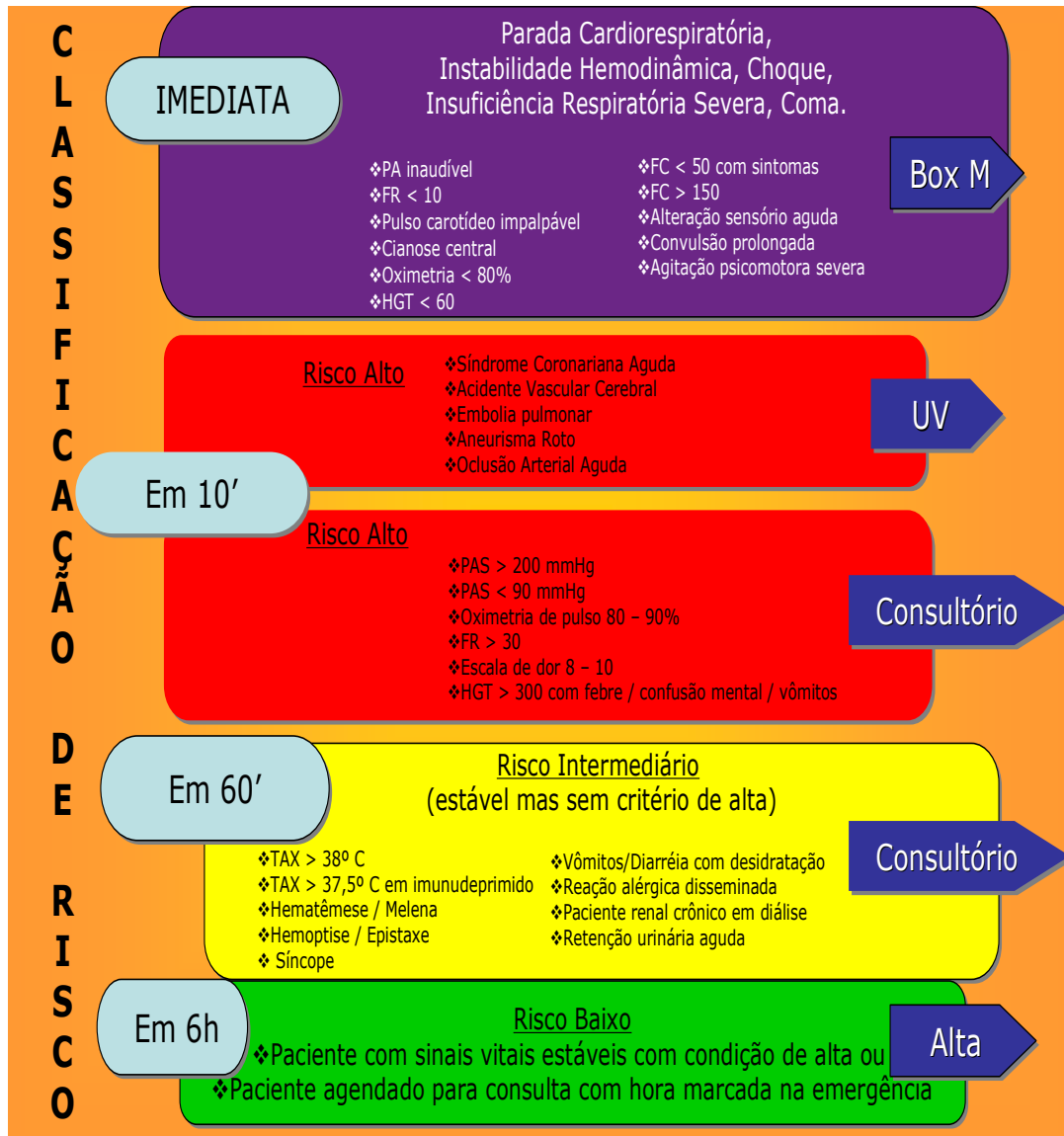
Assinatura do pesquisador _____

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

07/10/2012

MC 100087

ANEXO A - PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO SE DO HCPA



Fonte: Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do SE do HCPA. Disponível em <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/502/729/>. Adaptação da Escala Canadense de Triagem e Acuidade (CTAS).

ANEXO C - FOTOS DA ÁREA FÍSICA DO SE do HCPA

Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco



Sala de Internação Breve (SIB) e Sala de Observação 1



Unidade Vascular e Semi-Intensiva



Sala de Observação Adulto 2 e 3 (SOA 2 e3).

ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comissão do Livro em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS como Institutional Review Board (IRB0000021) analisaram o projeto.

Projeto: 100087 **Versão do Projeto:** 15/03/2010 **Versão do TCLE:** 04/05/2010

Pesquisadores:

ANA VALERIA FERREIRA GONCALVES
LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASQUELLI

Título: Avaliação do atendimento no Serviço de Emergência do HCPA na perspectiva da pessoa idosa

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 07 de maio de 2010.

Prof. Liacine Claudell
Coordenadora GPE e CEP/HCPA