

**FACULDADE PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AMAZÔNIA
FADESA**

SANDRA LUCAS DE ARAÚJO

**ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA EM SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

PARAUPEBAS-PA

2022

SANDRA LUCAS DE ARAÚJO

**ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA EM SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Jackson Luís Ferreira Cantão

PARAUAPEBAS-PA

2022

SANDRA LUCAS DE ARAÚJO

**ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA EM SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Jackson Luís Ferreira Cantão

AVALIADA: _____ de _____ de 2022.

Prof. Esp. Oneide Ramos
(FADESA)

Prof. Esp. Misael Lima
(FADESA)

Prof. Esp. Jackson Luís Ferreira Cantão
(Orientador – FADESA)

Dedico este trabalho ao meu pai José Araújo, a quem redescobri como uma pessoa de muitas qualidades, entre elas, o bom humor, à minha mãe, Francisca Lucas, com quem aprendi que sacudir a poeira e dar a volta por cima, é possível e necessário, aos meus irmãos e irmãs, pelo apoio, especialmente à minha irmã Semadá, pessoa que admiro desde sempre e a quem devo todo incentivo para acreditar que seguir em frente vale a pena, à minha amiga Rinda Almeida, pela convivência sincera e amiga durante todos esses anos de faculdade, à minha cunhada Fabíola Glaise, que virou noites em claro, comigo, digitando os meus trabalhos acadêmicos.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a esse grande mistério chamado Universo, força maior que nos rege e que nos ensina o segredo da vida, que é amar a todos a quem encontrarmos pelos caminhos, condição necessária para a nossa evolução moral, intelectual e espiritual. Desta forma, agradeço aos meus primeiros professores deste curso de enfermagem, contribuição essencial na construção dos degraus da escada que me traz até aqui, agradeço ao meu professor orientador, Jackson Luís Ferreira Cantão pela orientação paciente e otimista em relação ao desenvolvimento do meu tema. Jamais poderia esquecer-se de agradecer às colegas de sala de aula, pela ajuda e incentivo nos trabalhos em grupo, pela partilha de muitas alegrias e aprendizados. Agradeço a todos que compõem a faculdade FADESA. Enfim, gratidão é o que tenho a todos que cruzaram o meu caminho, onde cada um, ao seu modo, contribuiu para eu estar onde estou e mais que isso, continuar fazendo o meu caminho.

“Nada é menos digno de honra do que um homem idoso que não tenha outra evidência de ter vivido muito exceto a sua idade”. (Sêneca).

RESUMO

Com o advento de métodos contraceptivos, houve uma baixa da fecundidade e aumento da longevidade da população mundial, e com isso, vieram as doenças, em especial as doenças crônicas, o que aumentou o consumo medicamentoso da população acima de 60 anos. No entanto, a dificuldade de acesso da população brasileira ao serviço público de saúde acabou resultando no aumento da procura pelos serviços de urgência e emergência. Deste modo, a equipe de enfermagem se incumbem de atender os pacientes em tempo integral, e com isso vem o problema da pesquisa, que é entender quais são as práticas de cuidados de enfermagem ao idoso atendido no serviço de urgência e emergência. Nesse sentido, entende-se a importância da assistência humanizada e de serem os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dos pacientes idosos. O estudo objetiva analisar a atuação dos profissionais de saúde no atendimento ao idoso, através da descrição da rede de Urgência e Emergência, da compreensão da importância do atendimento humanizado e da identificação das principais causas que levam o idoso a procurar o serviço de urgência e emergência. Como resultado, há estudos que indicam o ACR como protocolo mais qualificado para a realização do atendimento humanizado, com uma disponibilidade de diversos serviços voltados para o atendimento mais eficaz. No entanto, as principais causas de procura do idoso ao serviço de saúde, são as causas externas, com destaque para as quedas. Portanto, o enfermeiro deve aperfeiçoar seus conhecimentos voltados para o atendimento ao idoso de modo a acolher de forma eficaz.

Palavras-Chave: Acolhimento. Idosos. Urgência e Emergência.

ABSTRACT

With the advent of contraceptive methods, there was a drop in fertility and increased longevity of the world population, and with that came diseases, especially chronic diseases, which increased drug consumption in the population over 60 years of age. However, the Brazilian population's difficulty in accessing the public health service ended up resulting in an increase in demand for urgent and emergency services, in this way, the nursing team is responsible for caring for patients full time, and with that comes the research problem, which is to understand what are the nursing care practices for the elderly assisted in the urgency and emergency service. In this sense, it is understood the importance of humanized care and of being health professionals responsible for the care of elderly patients, the study aims to analyze the performance of health professionals in the care of the elderly, through the description of the Urgency and Emergency network, understanding the importance of humanized care and the identification of the main causes that lead the elderly to seek urgent and emergency services. As a result, there are studies that indicate the ACR as the most qualified protocol for carrying out humanized care, with the availability of several services aimed at more effective care, however, the main causes for the elderly to seek the health service are external causes, especially falls. Therefore, nurses must improve their knowledge regarding the care of the elderly in order to provide an effective reception.

Keywords: Reception. Elderly. Urgency and Emergency.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	11
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	12
2.3 ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO PACIENTE IDOSO.....	14
2.4 PRINCIPAIS CAUSAS QUE LEVAM O IDOSO A PROCURAR OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	16
3 METODOLOGIA	19
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	19
3.2 COLETA DE DADOS	19
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA/POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	19
3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4.1 A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO HUMANIZADO PELO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24
4.2 REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	27
4.3 FATORES QUE LEVAM OS IDOSOS A PROCURAREM O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1 INTRODUÇÃO

Com o advento de métodos e medicamentos contraceptivos, houve uma baixa da fecundidade e aumento da longevidade da população mundial (BATISTA et al.; 2011). Diante desse fenômeno, a população do Brasil, rapidamente atingiu a velhice e com isso, vieram várias doenças, particularmente as doenças crônicas, o que aumentou o consumo medicamentoso da população acima de 60 anos, que passou a ser considerada a outra metade consumidora de remédios no país (GIACOMIN et al.; 2012).

Para Berlize (2016), essa expectativa de vida passou por considerável acréscimo, trazendo simultaneamente, mudanças morfofisiológicas, próprias da idade avançada tais como: doenças crônicas, morbidade e incapacidade funcional. Devido à natureza das doenças que acometem a população idosa, esta é mais carente de cuidados especializados em comparação com a população jovem (OLIVEIRA, 2016; SARON, 2016).

Atualmente é notório o fato de que os idosos pertencem ao segmento da população mais necessitado de cuidados. Isto se dá principalmente pelo envelhecimento e pela mudança do perfil epidemiológico (BERLIZE, 2017).

Com isso, aumenta-se a procura pelas polifarmácia, que nada mais é do que, o uso contínuo de mais de quatro fármacos comprados com ou sem prescrição médica. Fato este preocupante, pois segundo Paula et al., (2012), o índice de dosagem de vários medicamentos nos idosos tem uma proporção bem mais elevada e a tendência é aumentar os efeitos adversos, pois o uso abundante e diversificado, e administrações erradas de remédios, podem resultar na modificação da ação desses medicamentos.

O maior contratempo dos serviços de saúde diante do envelhecimento da população é encontrar respostas resolutivas para socorrer o indivíduo, diante de um acometimento por uma enfermidade aguda, visto que o idoso requer serviços que apresentem respostas rápidas, considerando-se a seriedade do caso, já que se trata de um paciente da terceira idade, das comorbidades que possa ter e de como está funcionando o seu organismo. Assim, registros do Brasil no ano de 2013, mostram que as internações hospitalares urgentes chegaram próximo de 9 milhões pelo Sistema único de Saúde (SUS), sendo que 23% deste, eram de pessoas com 60 anos ou mais de idade (DATASUS, 2014).

Nos serviços hospitalares de emergência (SHE) do país, existem a triagem classificatória, desde 2002, tendo esta, sofrido um processo de humanização a partir de 2004, resultando no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que intervém na reorganização de urgência e na escuta qualificada, no estabelecimento de vínculo, compreendendo acesso responsável, resolutividade dos serviços e priorização de atendimento dos casos de maior seriedade, haja vista que o cuidado do paciente e sua família, seja realizado em sua rotatividade, pela equipe de saúde; enquanto que a classificação de risco deve ser realizada pelo enfermeiro (a) (BRASIL 2009).

No entanto, a dificuldade de acesso da população brasileira ao serviço público de saúde resulta no aumento da procura pelos serviços de urgência e emergência, o que o torna mais desorganizado, e exige que haja protocolos e avaliação de prioridades com o objetivo de organizar estes atendimentos. De tal forma, a equipe de enfermagem se incumbem de atender os pacientes em tempo integral, administrando medicamentos, conhecendo a administração dos mesmos e da terapia farmacológica. Assim, a questão problema que norteia o presente estudo é: quais são as práticas de cuidados de enfermagem ao idoso atendido no serviço de urgência e emergência nos últimos dez anos?

Nesse sentido, tendo o conhecimento da importância da assistência humanizada na qual os profissionais de enfermagem devem executar com excelência e de serem estes a estarem na linha de frente no atendimento dos pacientes idosos, o presente estudo objetiva analisar a atuação dos profissionais de saúde no atendimento ao idoso nos serviços de urgência e emergência, através da descrição da rede de Urgência e Emergência; da compreensão da importância do atendimento humanizado nas urgências e emergências e da identificação das principais causas que levam o idoso a procurar o serviço de urgência e emergência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os Serviços de Urgência e Emergência (SUE) constituem-se como importante auxiliar na rede de atenção à saúde, podendo ser oferecidos em hospitais de grande, médio e pequeno porte e devem atender casos de urgência e emergência, graves e potencialmente graves. Para tal, esta precisa dispor de recursos tecnológicos e humanos.

O serviço de urgência e emergência é um dos mais complexos no que se refere à implantação de sistemas que visem a melhoria da qualidade deste, devido diversas dificuldades observadas relativas a outros setores hospitalares, pelo fato da superlotação; exclusão do usuário na porta de entrada; atuar sob processos de trabalhos fragmentados; apresentar conflitos, dentre outros.

Segundo Santos et al., (2013), os serviços hospitalares de emergência continuam sendo o local para onde confluem problemas não resolvidos e não diagnosticados em outros níveis de atenção. Para grande parte da população que não tem acesso regular a um serviço de saúde, as emergências hospitalares representam a principal alternativa de atendimento para as mais diversas situações, pois, no senso comum, esses serviços reúnem um somatório de recursos que os tornam mais resolutivos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações.

Dessa maneira, o enfermeiro se destaca como líder do cuidado, responsável por reunir as condições necessárias, conhecimento clínico e linguagem adequada para a realização das etapas de avaliação e classificação de risco visando o grau de urgência e seu agravo, garantindo a segurança do paciente e oferecendo o melhor tratamento, da mesma forma que essa responsabilidade também dá ao enfermeiro uma autonomia como regulador da porta de entrada dos serviços de saúde (INOUE et al., 2015).

O atendimento com acolhimento e classificação, configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. Relacionando alguns aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar a equipe e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo profissionais de saúde e usuários; transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, aumentando

a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos, adequando à resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria. Assim surge a proposta de implantação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgências e emergências brasileiros, tendo como objetivo permitir a humanização do atendimento, assim como contribuir para a reflexão da prática dos profissionais deste setor (NASCIMENTO et al., 2011).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), a Política Nacional de Humanização ou Humaniza-SUS é uma política que aposta na integração de ações e decisões tomadas entre gestores, trabalhadores e usuários em prol da qualificação da atenção e gestão do SUS, reconhece que há um SUS que dá certo, pois entende que os problemas e dificuldades existem, mas podem ser superados, através dessa qualificação da prática de atenção e gestão.

A Política Nacional de Humanização (PNH) que é uma política do Ministério da Saúde, se estende às esferas estadual e municipal. Uma estratégia para a qualidade da saúde e fortalecimento do SUS, criando os princípios norteadores da Política de Humanização (BRASIL, 2010):

- a) Valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão do SUS; fortalecimento do compromisso com o cidadão e respeito às questões de gênero, etnia, raça;
- b) Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- c) Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a saúde e com o sujeito;
- d) Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- e) Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- f) Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;

g) Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;

Em 2001, foi lançado o PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar), objetivando melhorar a qualidade do atendimento com ênfase na assistência hospitalar, prestando assim, uma assistência focada dentro dos princípios do SUS, como a transversalidade, equidade e integralidade.

Este programa propõe um conjunto de ações integradas, visando uma mudança no modelo de assistência aos usuários nos hospitais públicos, enfatizando qualidade no atendimento e eficácia dos serviços oferecidos nas instituições. Reconhece a necessidade de mudança na forma de relacionamento entre o profissional e o usuário, como também na própria instituição (GARCIA, 2012).

No entanto, o Ministério da Saúde viu a necessidade de algo mais abrangente para humanizar os serviços da saúde, eis que surge em 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH ou HUMANIZASUS, no intuito de solucionar as falhas encontradas na execução do PNHAH, o HUMANIZASUS vem trabalhar a humanização em todas as instâncias do SUS e diz respeito a uma aposta ético-estético-política, vindo com a proposta de um modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e nos colegiados que garantem o compartilhamento de poder, através de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. A Política apresenta propostas de mudanças resolutivas no modo de cuidar e gerir serviços por meio da transversalidade (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Humanização – PNH, vem como forma de lei (Constituição Brasileira de 1988-art. 196º) e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, tentar corrigir o que de fato deveria ser feito como ato de amor, vem em busca da prática do cuidar do próximo de modo holístico (BRASIL, 2001), tal qual Florence no século XIX praticava “com conceitos sobre enfermagem que abrangiam as funções de assistente social, nutricionista, administrador [...]” (GARCIA et.al., 2012, p.190).

Nos dias atuais ainda existem relatos de usuários na mídia, sobre mau atendimento e até mesmo maus tratos por parte dos profissionais, trazendo como queixa principal, a falta de comunicação dos profissionais com usuários e entre a equipe. Diversos fatores contribuem com esses casos, tais como: local inapropriado

para o atendimento, falta de material adequado para os procedimentos, baixa demanda de profissionais capacitados, carga horária excessiva, entre outros. (SILVA, 2014).

A sobrecarga de tarefas por conta da superlotação e falta de recursos para prestar assistência, e relatos reais de profissionais desgastados, pacientes desacreditados e desconfiados com aqueles que deveriam ser seus “heróis”, leva a um atendimento impessoal. Por isso, ir além das perguntas e encontrar as respostas que podem vir acompanhadas de boas soluções para tirar o humaniza SUS do papel e colocar na prática é um dos propósitos desta pesquisa (SILVA, 2015).

Atualmente é inquestionável o aumento do número de pacientes que procuram atendimento nos serviços de urgência e emergência. Este setor concentra o maior fluxo de atendimento dos serviços de saúde e, conseqüentemente, o maior número de problemas de logística e gerenciamento, o que torna imprescindível a harmonização do ambiente e o treinamento das equipes [...] o que não é privilégio local nem nacional, mas os países desenvolvidos também apresentam um aumento da demanda nos serviços de urgência e emergência e a desproporção entre a demanda e a capacidade de atendimento gera um desequilíbrio nos recursos disponíveis (NASHIO et. al, 2011).

Humanizar o serviço de saúde significa colocar-se no lugar do usuário e enxergá-lo de forma holística, reconhecer sua individualidade e preocupar-se em oferecer o máximo de conforto e cuidado. Os profissionais de saúde baseiam-se na alteridade como um ideal para realização do seu trabalho. (SEOANE, FORTES, 2014).

2.3 ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO PACIENTE IDOSO

A chegada da velhice traz consigo o acometimento do idoso, por doenças crônicas, as quais requerem uma assistência à saúde, mais específica e uma maior demanda pelos serviços de saúde, principalmente os serviços de emergência (SCHNITKER et. al, 2011.)

Dentro do ambiente dos Serviços de Emergência, os idosos estão mais sujeitos à incapacidade das funções, polifarmácia, infecções hospitalares e piora da

qualidade de vida (como depressão e ansiedade). Acentuam-se os problemas advindos da permanência prolongada nestes setores, menor mobilidade, e desconfortos próprios de ambientes barulhentos e sem privacidade (SCHNITKER et. al, 2011).

Sendo o idoso, um indivíduo de difícil entendimento, há que se adotar planos diferenciados de cuidado. Assim, em 2004, no Canadá, foi dado um novo enfoque para o cuidado do idoso em hospital: “Hospital Amigo do Idoso”, que procura compreender o processo de envelhecimento de modo a atender os anseios da pessoa idosa (OLIVEIRA, 2019).

Um ambiente como este dificulta o cuidado aos idosos, como: avaliar e dar diagnósticos, em virtude da apresentação atípica dos sintomas, presença de múltiplas comorbidades, dificuldades de comunicação e alterações no estado mental (SCHNITKER et al, 2011).

Durante 24 horas, são os enfermeiros que prestam serviços, supervisionam cuidados, e atentam para as necessidades dos pacientes e para tudo que se refere à rotina e ao cuidado de cada um. Estes profissionais destacam-se também, nas iniciativas de atendimento aos idosos, em que se desenvolvem programas onde a sua atuação se propõe a melhorar os cuidados e a atenção à saúde do idoso (CARRET et al., 2011).

Segundo, Boltz et al, (2013), as enfermeiras canadenses, lançaram o modelo de ação de Serviços de Emergência Amigos do Idoso, baseado nas quatro vulnerabilidades do mesmo:

a) O clima social, referente à comunicação entre os profissionais, os idosos, os seus cuidadores e as influências organizacionais; abrange respeito, informações compartilhadas, apoio aos pacientes e familiares e o nível de conflito e excitação no ambiente dos Serviços de Emergência – SE;

b) As políticas e procedimentos, referentes às diretrizes e políticas de cada instituição que orientam as equipes de saúde;

c) O ambiente físico, que se refere a estrutura física e arquitetônica que desencadeiam na segurança, no conforto, na orientação e na manutenção das autonomias e independência do idoso;

d) Os sistemas e processos, que irão caracterizar a forma como o cuidado é feito na instituição, uma vez que o mesmo está diretamente ligado à organização e

ao acolhimento realizado no SE, ao acesso de melhores práticas em saúde e de parcerias entre instituição e comunidades.

No entanto, no Brasil, as pesquisas referentes ao modelo Serviços de Emergência Amigo do Idoso, ainda ensaiam seus primeiros passos. Desse modo, é de suma importância atentar para os fatores que devem ser importantes, na visão da enfermagem, quando o foco é o cuidado à população idosa em Serviços de Emergência no nosso país.

Considera-se a velhice, um período de contradições, porém os problemas de saúde próprios dessa faixa etária têm origem no ambiente onde vivem. Desse modo, os enfermeiros devem considerar todas as especificidades desta fase da vida, na abordagem deste indivíduo. É necessário o devido preparo dos profissionais de saúde, ao cuidar do idoso, em virtude de sua predisposição imediata à mudança no estado de saúde, que transita de independente para dependente.

Mesmo cientes desta particularidade relativa à saúde dos idosos, os enfermeiros, comumente não diferenciam estes, dos outros adultos, quanto às diferenças em suas necessidades, por isso não usam os conhecimentos específicos da gerontologia nessa assistência. O que deveria ser uma prática rotineira da enfermagem em todos os níveis de atenção como educação em saúde, na gerência de recursos humanos e materiais e na realização da assistência qualificada.

2.4 PRINCIPAIS CAUSAS QUE LEVAM O IDOSO A PROCURAR OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Observando o foco mundial, o aumento da idade, ou seja, o envelhecimento populacional vem surgindo bem rápido. No Brasil, este fator vem crescendo bem significativamente, fazendo com que as autoridades da saúde tenham uma preocupação maior, devido esta transição demográfica e epidemiológica e devido estar bem acentuado o seu crescimento, não deixando de impactar na sociedade em geral (VERA, 2009).

Segundo o IBGE, a população idosa no Brasil, representa cerca de 16 milhões de pessoas. A probabilidade do número de idosos, no Brasil, representa 11% da população geral até o ano de 2020, ou seja, são 100 indivíduos jovens, para 35,4 indivíduos velhos (IBGE, 2008).

As causas do envelhecimento são alterações nas formas do corpo, no seu funcionamento, e na sua bioquímica, resultando disso, modificações no equilíbrio do organismo diante de condições de sobrecarga funcional, que o tornam passível de agressões por causas internas e externas (MATSUDO, 2009), no entanto as causas externas requerem maior atenção dos profissionais da saúde (LEBRÃO, 2007).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), do ponto de vista da morbidade, as causas externas (CEs), são as lesões provocadas por agressões, traumas por acidentes de transporte, quedas, envenenamentos e intoxicações, sufocações e os afogamentos acidentais (SOUZA, 2019).

As principais causas de mortes entre os idosos são, sequencialmente, doenças respiratórias, endócrinas, digestivas, infecciosas e tumores. No Brasil, as lesões ocorridas no trânsito, as agressões e as quedas, são as causas externas que mais mobilizam as autoridades sanitárias (MINAYO, 2010).

Em 2011, ocorreram 973.015 internações hospitalares por causas externas, sendo que 8,6% das internações ocorreram pelo SUS. Destas, 38,4% foram internações por quedas e 15,8% por acidentes de transportes terrestres (SILVA, 2015).

Na urgência, o traumatismo por causas externas, requer uma maior seriedade no atendimento aos pacientes idosos, pois suas funções vitais tem maior risco imediato, comparado a outras faixas etárias, sendo assim o enfermeiro precisa prestar um atendimento de qualidade e ter conhecimentos técnicos.

Além disso, é muito corriqueiro entre os idosos, apresentarem comorbidades, algumas desencadeadas pelo sedentarismo, as quais destacam: a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, osteoporose, graus variados de deficiência visual, depressão e ansiedade com ou sem tratamento medicamentoso, e dificuldades para deambular. Todos esses são fatores com grandes chances de provocarem quedas nos idosos, e as quedas, são as causas que mais levam essa população a procurar os serviços de urgência e emergência.

Desse modo, os serviços de urgência e emergência, devem ser capacitados em termos de estrutura física e pessoal qualificado, para atender idosos acidentados por causas externas (DESLANDES, 2010).

A crescente escalada de acidentes e violência no país implica em um aumento de custos financeiros com internações e tratamentos. Os problemas de

saúde de qualquer natureza requerem custos diretos e indiretos. Os primeiros são os custos médicos e não médicos, que se referem ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença, sendo que estes estão sob os encargos do SUS. Por sua vez, os custos indiretos, representam a perda de produção e produtividade do paciente idoso, e isto acarreta dispêndios econômicos (SIQUEIRA, 2007).

A idade, tipo e gravidade das lesões, atendimento adequado e em tempo hábil, transporte, recursos do hospital que presta o atendimento e as comorbidades, são aspectos que influenciam no prognóstico do idoso traumatizado (BODACHNE L, 2002. p. 665-71).

Além da preocupação com os gastos, em consequência dos agravos à pessoa idosa, deve-se ter em vista que o idoso necessita exercer a sua autonomia e liberdade, características de um envelhecimento ativo e saudável (WONG LLR, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo consiste em uma revisão de literatura que se configura como uma pesquisa bibliográfica, exploratória e integrativa, buscando dados nas literaturas e coleta de resultados que tenham semelhança com o tema abordado.

3.2 COLETA DE DADOS

A busca de trabalhos foi feita mediante consultas em base de dados eletrônicos, como SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana), livros on-line, livros científicos e dissertações referentes ao assunto abordado. Os critérios de inclusão para compor a pesquisa, foram: ser um artigo científico original; ter semelhança com o tema e ter publicado no período de 2010 a 2021, e os critérios de exclusão compreenderam as pesquisas com mais de dez anos de publicação e que não tinham relação com o tema abordado.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA/POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa não foi realizada com seres humanos, por isso não houve população, nem amostra, tendo em vista a abordagem de materiais já elaborados, conforme descrito acima.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados com o foco de responder os objetivos mencionados na pesquisa, através dos trabalhos encontrados observando resultados que tenham relevância com o estudo.

3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa contribuiu para novos aportes teóricos, com o intuito de orientação das práxis dos profissionais que trabalham com a temática. Os prováveis riscos foram o uso de literaturas que não correspondem com a temática proposta e dificuldades de encontrar dados referentes ao conteúdo estudado, além de possíveis plágios.

Este trabalho objetiva que os resultados desenvolvidos contribuam de forma significativa para todos que tiverem acesso ao mesmo, principalmente os

acadêmicos e profissionais de enfermagem, que buscam maior esclarecimento relacionado à atuação da enfermagem no atendimento aos pacientes idosos nos serviços de urgência e emergência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após conhecer os métodos e objetivos das pesquisas analisadas, na Tabela 1 abaixo, foi feita a caracterização dos estudos em relação aos títulos das pesquisas, autores e principais resultados apresentados pelas mesmas:

TABELA 1: Caracterização das pesquisas segundo o título de pesquisa, autores e principais resultados

Nº	TÍTULO DA PESQUISA	AUTORES	PRINCIPAIS RESULTADOS
01	Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem.	MENEZES, Max Oliveira et al	Os resultados mostram que o enfermeiro possui um papel essencial na inclusão da classificação de risco nas redes de urgência e emergência, uma vez que ele é o profissional capacitado para o desempenho de tal função, atendendo as necessidades dos pacientes de forma holística. O estudo mostra que implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR) proporciona uma agilidade maior no atendimento a pacientes com quadro clínico grave e com risco iminente de morte, pois, através da habilidade profissional é possível que os sinais e os sintomas que indicam a urgência no atendimento de urgência e emergência sejam priorizados.
02	Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros.	SANTOS, José Luís Guedes dos et al	Os resultados do estudo mostram que dentre os principais desafios para os enfermeiros na gerência do cuidado em emergência destacam-se a superlotação, a manutenção da qualidade do cuidado, o uso da liderança como instrumento gerencial, e dentre as sugestões citadas para a superação dos desafios, está a reorganização do sistema de saúde no que diz respeito à atenção à urgência, as alterações de fluxo do atendimento dos pacientes e a realização da capacitação sobre o gerenciamento de enfermagem.
03	Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil.	CARRET, Maria Laura Vidal et al	Ao avaliar as demandas dos serviços de saúde de emergência, o estudo mostrou que, em média, há uma espera de 15 minutos para serem atendidos, o que indica que a prestação de atendimento é imediata, e em mais de 40% dos atendimentos foram solicitados exames, indicando uma grande quantidade de diagnósticos mal definidos e um atendimento provisório, e foram administrados medicamentos endovenosos em um terço das vezes. Verificou-se ainda que os idosos demoram mais para procurar atendimento, mas, os mesmos são atendidos mais rapidamente quando chegam aos serviços de emergência, verificou-se que os pacientes mais jovens se consultaram mais por causas externas. O estudo conclui ainda que é preciso treinar os profissionais para que as solicitações de exames sejam reduzidas, assegurando assim que tanto os profissionais quanto a população sejam conscientes da importância de uma atenção continuada.
04	Atendimento de urgência por causas externas em idosos em um hospital público de Sergipe, Brasil	OLIVEIRA, Jorgeana Tereza Martins et al	Avaliar a ocorrência de acidentes e violências, bem como o perfil de idosos atendidos por causas externas na urgência de um hospital público, no ano de 2015. Dos 10.584 idosos atendidos, 13,30% foram por causas externas, sendo 81% por traumatismos acidentais, 16,4% por acidentes de transporte e 2,6% por agressões. A maioria era do sexo feminino (55,68%), na faixa etária de 60-69 anos. Nos casos de lesão, houve o predomínio de traumatismo (40,58%), seguido de fratura (20,82%) e

			entorse/ contusão (19,22%). Observou-se associação dos acidentes de transporte com sexo masculino e a faixa etária mais jovem e a associação entre quedas, sexo feminino e a faixa etária mais velha.
05	Serviços de emergência amigos do idoso no Brasil: condições necessárias para o cuidado.	SANTOS, Mariana Timmers dos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ZUCATTI, Paula Buchs	O estudo, ao analisar os aspectos necessários para proporcionar um ambiente amigo para os idosos, identificou 38 aspectos no contexto do serviço de urgência e emergência que contribuem para a promoção dos cuidados.
06	Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência	NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira et al	Ao buscar conhecer como os profissionais de enfermagem avaliam o ACR, foi verificado que na unidade hospitalar os atendimentos mais rápidos e humanos aos usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção imediata e como fragilidades, a deficiência de espaço físico, materiais e de recursos humanos. Desse modo, tais achados evidenciam que houve mudanças na organização e qualidade do atendimento ao usuário no serviço em questão com o ACR, porém ainda não atendem os pressupostos da estratégia da Política Nacional de Humanização.
07	Principais causas externas dos idosos atendidos nas unidades de Urgência e Emergência.	SILVA, Joseane Dorneles; CORTEZ, Lucia Elaine Ranierl.	Ao verificar as causas externas mais frequentes que levam os idosos aos serviços de atendimento de urgência e emergência, foi possível verificar que as quedas constituem as causas externas relatadas com maior número.
08	Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa.	ANDRADE, Luciana Aparecida Soares de et al.	O estudo verificou que, as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros estão voltadas para identificação dos seus principais problemas em relação ao cuidado do idoso, adaptação e no planejamento da sua rotina de trabalho. Outra estratégia tem sido a implantação de instrumentos de avaliação específicos para o paciente idoso e o envolvimento da família em todas as etapas do cuidado.
09	A produção científica sobre a atenção à saúde do idoso nos serviços brasileiros de urgência: uma revisão integrativa	YONEKURA, Tatiana et al.	O estudo indicou que os principais diagnósticos médicos e motivos de procura dos serviços pelos idosos foram: doenças do aparelho circulatório, respiratório, transtornos mentais e comportamentais, neurológicos, uso inadequado de fármacos, lesões, envenenamento, violência, trauma, queda.
10	Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos	CALDAS, Celia P. et al.	Os resultados do estudo evidenciam que, os serviços de atenção primária são primordiais para prevenir as admissões hospitalares e acompanhar os idosos após a internação, prevenindo assim as readmissões.

Fonte: Autora, 2022.

Esta revisão bibliográfica teve como princípio a análise de 18 artigos, dos quais, 10 destes trabalhos foram selecionados para compor esta revisão, por terem sido publicados entre os anos de 2010 e 2021 e por terem semelhança com o tema

abordado. Dentre os dez artigos selecionados, obtiveram-se dois artigos do ano de 2011, um de 2013, três de 2015, um de 2016, um de 2018 e um de 2019. A seguir apresenta-se a Tabela 2 em que estes artigos são analisados considerando-se o ano da publicação, o periódico, o método e os objetivos.

TABELA 2: Detalhamento das pesquisas, segundo ano/periódico da publicação, metodologia e objetivo

Nº	ANO	PERIÓDICO	MÉTODO	OBJETIVO
01	2014	Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE, v. 2, n. 2, p. 45-58	Tratou-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, descritivo, bibliográfico e documental.	Descrever o papel da enfermagem no acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência.
02	2013	Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, p. 136-143	Pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, realizada de junho a setembro/2009, por meio de entrevista semiestruturada com 20 enfermeiros do Serviço de Emergência de um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil	Analisar os desafios para a gerência do cuidado em um serviço hospitalar de emergência, com base na perspectiva de enfermeiros.
03	2011	Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 1069-1079.	Análise descritiva de 1.647 indivíduos adultos que consultaram no serviço público de emergência de Pelotas, Rio Grande do Sul.	Avaliar a demanda do serviço de saúde de emergência.
04	2019	Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, v. 21, n. 4, p. 8-16	Um estudo epidemiológico, retrospectivo, quantitativo, de corte transversal.	Avaliar a ocorrência de acidentes e violências, bem como o perfil de idosos atendidos por causas externas na urgência de um hospital público, no ano de 2015
05	2016	Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, p. 0594-0601.	Trata-se de estudo descritivo, de natureza quantitativa, com utilização da Técnica Delphi.	Analisar os aspectos necessários para proporcionar um ambiente amigo para os idosos.
06	2011	Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 597-603	Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa	Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar público de Santa Catarina avaliam o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR).
07	2015	Revista Uningá Review, v. 23, n. 3, 2015.	Trata-se de um estudo descritivo, mediado por revisão integrativa nas bases de dados da Biblioteca Virtual e Saúde (BVS).	Identificar produções científicas que abordem as causas externas mais frequentes e suas consequências, no atendimento a idosos em serviços de urgência e emergência de algumas

				localidades do Brasil.
08	2018	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 21, p. 243-253.	Revisão integrativa realizada na base de dados CAPES.	Identificar as práticas de cuidado realizadas pelo enfermeiro ao idoso atendido nos serviços de emergência.
09	2015	Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 6, n. 2, p. 97-113.	Trata-se de um estudo de revisão integrativa, restrita a artigos sobre a atenção à saúde do idoso nos serviços de urgência brasileiros	Identificar e analisar a produção científica sobre a atenção à saúde dos idosos nos serviços brasileiros de urgência.
10	2015	J Bras Econ Saúde, v. 7, n. 1, p. 62-9, 2015.	Revisão da literatura sobre modelos de serviços de saúde de curta duração destinados aos idosos que requisitaram atendimento de emergência decorrente de trauma, infecção, infarto, exacerbação de doença respiratória crônica, cuidado paliativo.	Identificar “onde” e “como” ocorre o atendimento de emergência ao idoso.

Fonte: Autora, 2022.

Com base nas análises realizada nos estudos, foi possível discutir os resultados apresentados conforme os objetivos propostos para a realização da presente revisão.

A partir do levantamento da literatura, verificou-se como principal limitação do estudo, a escassez de artigos científicos que tratam sobre essa temática, sendo que dez trabalhos foram selecionados para a composição dos resultados da pesquisa, entretanto, foi possível analisar a atuação do enfermeiro no atendimento ao idoso, nos serviços de urgência e emergência.

4.1 A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO HUMANIZADO PELO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Menezes et al. (2014), consideram que o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), tem suas potencialidades e suas fragilidades. Segundo esse estudo, as potencialidades do ACR, subdividem-se em: Prioridade e agilidade do atendimento; Humanização no atendimento.

Ainda segundo o autor, torna-se possível a classificação do atendimento do paciente, realizada pelo enfermeiro, conforme o protocolo de atendimento do Serviço de Emergência (SE). Os casos graves com riscos de morte são os primeiros a serem assistidos, de forma ágil, rápida e dinâmica. Os casos de menor gravidade são assistidos em um segundo momento. Com o ACR, foi por terra o atendimento de

pacientes por ordem de chegada, que não considerava a gravidade de cada caso. Essa classificação de riscos exige que o enfermeiro tenha conhecimento clínico suficiente para identificar as prioridades clínicas pelo uso das cores, de modo que o paciente receba a assistência que realmente necessita no momento da classificação.

O ACR se propõe a melhorar a relação usuário-profissional, este com o foco em ouvir e orientar o usuário. Teoricamente, o paciente não deve sair do SE, sem atendimento, implicitamente, por dois motivos: fazer cumprir a política do ACR, em que ninguém sai sem atendimento, nos SE, e segundo, por não haver um sistema de contra referência integrando o usuário à rede básica de saúde. Este fato força o usuário a procurar o pronto socorro, mesmo sem necessitar de um atendimento de urgência/emergência, o que não invalida a função do ACR, de acolher o cidadão e garantir a este, um melhor acesso aos serviços de urgência e emergência de forma resolutiva e humanizada (MENEZES et al., 2014).

Quanto às fragilidades, Menezes et al. (2014), relatam que estas estão ligadas à infraestrutura, tecnologias, materiais e recursos humanos no serviço de emergência. As fragilidades, aqui foram divididas em: estrutura pouco adequada e desconhecimento do protocolo pela população. A inadequação da estrutura dos Serviços de Emergência, uma vez que vários setores não estão adaptados ao ACR, tanto pela falta de identificação de exames laboratoriais pelas cores, por exemplo, o que agilizará os resultados destes, quanto pela questão do desconforto no exercício do trabalho, devido o espaço físico reduzido e recursos humanos e materiais insuficientes ou a falta de equipamentos.

Uma outra fragilidade do ACR é o desconhecimento do protocolo por parte da população, a qual não compreende um sistema de atendimento que não priorize a ordem de chegada do paciente à emergência. Uma vez que o sistema de atenção básica tem poucos recursos para atender a população, está se avolumando no SE, lugar com disponibilidade para atender e resolver o problema de saúde do paciente. Resta ao profissional do SE, a difícil missão de avaliar os pacientes, segundo critérios clínicos e informações colhidas e observadas e classificá-los para o atendimento por prioridade. O ACR torna-se ineficiente quando a circulação do usuário dentro do sistema de saúde (referência / contra referência), não funciona, quando não há uma Política Nacional de Atenção à Urgência (PNAU), ou quando a população ignora a

existência de serviços de saúde, ou esta os utiliza mal, de modo que o atendimento dos usuários com casos menos graves, fica comprometido.

Segundo Nascimento et al. (2011), os profissionais de enfermagem avaliaram o ACR, e constataram que o atendimento nas unidades hospitalares são mais rápidos e humanos para os usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção imediata. Entretanto apresentam como fragilidades, a deficiência de espaço físico, materiais e de recursos humanos. Desse modo, tais achados evidenciam a existência de mudanças na organização e qualidade do atendimento ao usuário no SE em questão, porém, ainda não atendem os pressupostos da estratégia da Política Nacional de Humanização.

Todas essas questões, do estudo, evidenciam que há várias fragilidades na implantação do ACR, tornando-a longe do que se espera de um serviço de emergência com acolhimento. Menezes et al. (2014), atestam a necessidade de um interligamento de serviços dentro do sistema urgência/emergência e entre este e outras instituições e serviços, de maneira que as necessidades dos usuários sejam atendidas com rapidez, segurança e eficiência para usuários/profissionais.

Para Andrade et al. (2018), o estudo verificou que, os cuidados praticados pelos enfermeiros estão voltados para identificação dos seus principais problemas em relação ao cuidado do idoso, adaptação e planejamento da sua rotina de trabalho, quando não, tem sido implantados instrumentos de avaliação específicos para o paciente idoso e o envolvimento da família em todas as etapas do cuidado. O grande número de idosos à procura dos serviços de saúde modificou o atendimento, principalmente nos setores de emergência.

Deste modo, para Nascimento et. al. (2011), o acolhimento com classificação de risco (ACCR), a resolutividade e a qualidade no atendimento consistem no alicerce da rede de atenção de urgência e emergência. A mesma é de suma importância para a garantia de direitos que atinge a todos de modo humano e resolutivo, conforme o nível de gravidade. Isto assegura a organização e clareza do atendimento que deve ser realizado pelo enfermeiro, seguindo os critérios de risco (BRASIL, 2009). Este modo de acolhimento resulta na diminuição da superlotação dando prioridade ao acesso dos pacientes (HORARA; MELO; LAUS, 2010). O papel do enfermeiro consiste em escutar, anotar os sintomas, atuar como membro de uma equipe, pensar de forma crítica e ágil no ato rescisório e estar ciente das

possibilidades que o serviço de saúde tem para atender o paciente (SOUZA et. al. 2011).

O Protocolo de Manchester 2010 propõe a instalação do novo critério de eixo que é representado pela cor laranja. O paciente intoxicado ou sob influência de álcool ou outras drogas é tido como urgente e o tempo para ser atendido são 10 minutos (MACKWAY; MARSDEN; WINDLE, 2010). Este novo critério de risco permite maior nível de prioridades, já que influenciará no serviço prestado.

A transição do atendimento de emergência para o atendimento humanizado visando atender as exigências psicossociais, é longa. Inicialmente o profissional deve tomar ciência dos problemas, falar com o idoso sem julgos, propiciar sua independência, promover a confiança, e o respeito ao paciente, valorizar o diálogo, incluir os familiares no contexto, usar formulários que retratem a sua história pessoal, medicação usada, internações; estas e outras informações melhoram o atendimento no setor de emergência. Outro fator importante é o uso de ferramenta de avaliação do idoso, por exemplo, o teste timed up and go, usado para observar o caminhar e o equilíbrio do idoso com vistas em avaliar o risco de quedas. As mesmas são de grande importância a partir dos 65 anos, quando há em torno de uma queda por ano. Pode levar à fraturas e traumatismos, que serão atendidos na emergência ou podem levar à hospitalização. A unidade hospitalar possui o serviço de prevenção de quedas.

4.2 REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Caldas et al. (2015), afirmam que em estudos realizados em 2013 por Carpenter e Platts-Mills revelaram a importância do atendimento pré-hospitalar do departamento de emergência geriátrica e dos modelos de internação domiciliar. Caldas et al. Salientaram que é primordial identificar e ingerir-se antecipadamente nas condições graves e específicas das pessoas idosas, como no infarto, AVC e trauma com a utilização da telemedicina.

Os enfermeiros clínicos e chefes analisam o estado dos idosos, acolhem-os na emergência, com a presença de equipe interprofissional e os acompanham ao receber alta. Há o modelo Acute Care for Elder (ACE) ao qual os estudiosos se referem como ideal para avaliar e encaminhar o cuidado do idoso ao ambulatório, por profissionais da geriatria ou da emergência.

A internação domiciliar é apontada como a emergência mais viável economicamente e como a mais aceita pelos idosos. Relatam os autores que esta é uma forma eficiente, devido ao fato de apresentarem vários tipos de ambientes específicos para os diversos atendimentos geriátricos. No modelo Hospital at home faz-se visitas em domicílios (CHANG et al., 2009), internações (ANSAKI et al., 2009) e possui também, serviço de telefonia, veículos e equipamentos do serviço de saúde (MURAMATSU et al., 2004), além de médicos.

O Quick Response Program (QRP) é um serviço canadense no qual o médico especialista entrevista o cliente e o encaminha para o hospital ou para o Home Care Program. O doente recebe um acompanhamento domiciliar, quando se prever a liberação pelo enfermeiro em até cinco dias e fica sendo assistido pela equipe de profissionais (RAJACICH & CAMERON, 1995; SINCLAIR & ACKROYD-STOLARZ, 2000). Os serviços paramédicos são eficazes na prevenção de quedas e para encaminhamento à atenção primária, quando faz-se desnecessário cuidados hospitalares (SNOOKS et al., 2010). Os serviços pré-hospitalares atendem aos idosos com adoecimento agudo e emergencial, logo, constata-se um avanço nos atendimentos comuns, na equipe multidisciplinar, especializadas e hospitalares mais complexas.

O enfermeiro avalia se o idoso está arriscado a voltar à emergência, hospital ou asilo; tal avaliação decidirá qual será seu atendimento e associará os serviços hospitalares e domiciliares, após a alta (MION et al., 2001). O Programa Care Coordination (CORBETT et al., 2005) e a equipe OPOST (CHAMBERS, 2004; CLIFT, 2012) tem como função evitar que o idoso seja internado desnecessariamente, reinterne-se, faz com que ele receba alta e seja acompanhado após a mesma.

O Program Opost, no Reino Unido, preocupa-se com o cuidado certo, no local certo e no tempo certo. Os pacientes são avaliados quando dão entrada na emergência, do ponto de vista nutricional, da dor e do nível cognitivo. O que resultou numa economia de 480 milhões de euros por ano. (CHAMBERS, 2004; CLIFT, 2012).

Em 2007, (HICKMAN et al., 2007), avaliaram publicações baseadas em relatos entre 1985 e 2006 sobre atendimentos bem sucedidos de idosos,

sintetizados em quatro tópicos: Abordagem interdisciplinar, identificação de fatores de risco, cuidado continuado, planejamento de alta.

A abordagem interdisciplinar e multidisciplinar é feita de forma direta e indireta. O paciente é acolhido pelos especialistas da emergência e pelo gerontologista. Na abordagem direta os medicamentos desnecessários são excluídos do tratamento do idoso, na emergência; o cuidado é realizado com melhor eficácia, melhora na realização das AVDS (Atividades de vida diária), menor entrada em ILP (Instituição de longa permanência para idosos) e aprovação dos pacientes e dos profissionais. O modelo ACE (Acute Care For Elderly) é formado por cinco elementos: ambiente próprio para pacientes idosos, cuidado focado no paciente, revisão frequente dos cuidados médicos, reabilitação precoce e planejamento para a alta.

A identificação de fatores de risco ocorre com intervenções preventivas, para acompanhar fatores que predisõem o delírio. No cuidado continuado, ressalta-se o fato de que a comunicação transversal é de grande importância quando o paciente se encontra hospitalizado. O plano de cuidado do enfermeiro visa a independência e satisfação do paciente, da mesma forma que o patient centred care tem demasiada ênfase na realização da comunicação (LANDEFELD et al., 1995). O planejamento e a coordenação dos cuidados pelo enfermeiro devem ser realizados com multidisciplinaridade e técnica gerontológica. O planejamento de alta deve ser feito numa enfermaria com os profissionais do cuidado e da reabilitação sob a coordenação do enfermeiro.

O Geriatric Emergency Department Guidelines, 2013, tem como objetivo padronizar recomendações que elevem a efetividade do cuidado ao idoso e seja acessível aos departamentos de emergência. Os profissionais devem ter cuidados diferenciados para as necessidades dos idosos. Algumas recomendações do guideline incluem: a realização de protocolos por profissionais treinados em geriatria; educação continuada e treinamento profissional para melhorar a segurança no cuidado geriátrico.

Participação integral da equipe do modelo ACE, considerando os diferentes recursos e profissionais locais. O principal objetivo da equipe geriátrica é a diminuição das admissões hospitalares desnecessárias, o uso de protocolos de alta,

encaminhar para o ambulatório, melhorar a comunicação das equipes quanto às necessidades, intervenções e preferências dos pacientes.

Em relação aos equipamentos e suprimentos, a planta do departamento de emergência geriátrica, deve oferecer segurança, conforto, mobilidade, memory cues e percepção audiovisual. Sugere-se cadeiras reguláveis e andadores. Os departamentos de emergência devem usar, substituir ou incorrer em suas próprias políticas, procedimentos e protocolos na rotina de cuidados.

O guideline recomenda o uso de rastreadores em pacientes idosos para serem avaliados, consultados e intervenções para prevenir delírium, declínio funcional, quedas, iatrogenia, efeitos adversos de medicamentos, uso de cateter urinário e diretrizes para o cuidado paliativo na emergência. (ACEP, AGS, ENA & AEM, 2013). As diretrizes da Guideline são favoráveis à disseminação, adaptação e incorporação de princípios geriátricos no modelo de cuidado da medicina de emergência (CARPENTER et al., 2014). Os modelos e programas cujas finalidades são cuidar do idoso evoluíram nos últimos 30 anos, conforme o envelhecimento da população, suas culturas de cuidado, recursos financeiros e disponibilidade profissional.

Os idosos são atendidos em casa, na ambulância e no departamento de emergência. O “como” e “quem” indicam o resultado desse cuidado. Segundo Santos José et al (2013), afirmam que os resultados do estudo mostram que dentre os principais desafios para os enfermeiros na gerência do cuidado em emergência, destacam-se a superlotação, a manutenção da qualidade do cuidado, o uso da liderança como instrumento gerencial, e dentre as sugestões citadas para a superação dos desafios, está a reorganização do sistema de saúde no que diz respeito à atenção à urgência, as alterações de fluxo do atendimento dos pacientes e a realização da capacitação sobre o gerenciamento de enfermagem.

Santos, et al. (2016), apresentaram neste estudo, quatro dimensionamentos de cuidado “amigo do idoso”, os quais estão subdivididos em vários aspectos fundamentais e necessários à constituição de um atendimento “amigo do idoso”: Clima Social - consiste basicamente no compromisso da instituição em capacitar todos os profissionais de forma multidisciplinar, para estabelecer uma relação de diálogo, orientação, tolerância e respeito entre os idosos e seus familiares, desde a chegada do idoso ao SE, sua continuidade, até receber alta; Políticas e

Procedimentos - é um aspecto que consiste em integrar o compromisso na prestação de um cuidado “amigo do idoso”, ao plano estratégico, visão e missão do hospital. Reivindica profissionais que respeitem os princípios da integralidade, o fortalecimento da integração do hospital com outros serviços de saúde, facilitando a continuidade do tratamento, orientação do idoso em caso de encaminhamento do deste para outros serviços, consultas, exames.

O terceiro dimensionamento é o Sistema e Processos do Cuidado, em que os SE devem estabelecer uma comunicação eficiente entre a equipe de emergência e a equipe do serviço comunitário de saúde, capacitar os profissionais para identificação de situações de fragilidade dos idosos. Inclusive as relacionadas à violência, classificação de riscos pelo enfermeiro, por meio de protocolos. Efetuar rotinas protocolares de avaliação geriátrica (riscos de queda, avaliação da capacidade funcional, cognitiva, controle da dor, polifarmácia, prevenção de úlceras para melhorar as práticas de cuidados mais adequadas às suas necessidades). O planejamento de altas engloba uma avaliação de riscos de retorno ao SE ou novas hospitalizações. Quanto ao quarto dimensionamento Cuidado, ambiente físico, utilizar linguagens e sinais adequados para melhor guiar os idosos na orientação do espaço no SE.

Deste modo, é importante que as instituições financiem pesquisas interdisciplinares sobre ações e práticas em envelhecimento nos SE, para melhorias na prática do cuidado, e com isso, incluir o idoso nas escolhas e vontades relativas aos cuidados e tratamentos recebidos.

Os profissionais de saúde do SE devem ser facilmente identificados nas suas diferentes categorias, por meio de crachás e uniformes. O sistema de emergência deve dispor de equipamentos adaptados para os idosos (andadores, cadeira de rodas, bengala). O ambiente deve ser seguro, iluminado, sinalizado, pouco barulho, salas com mobília adequada, e corrimãos e barras de apoio para promover a autonomia dos idosos, cortinas e biombos que promovam a privacidade dos idosos, piso antiderrapante, infraestrutura, recursos para suporte das equipes (computadores, acessos à bases de dados, acesso à literatura atualizada e ferramentas para a avaliação em saúde).

Na dimensão clima social, o estudo mostrou elevado nível de concordância. Na questão “é necessário estabelecer prioridades em conjunto com o idoso e sua

família, envolvendo-os no processo de cuidado”, a concordância desta questão mostra a importância atribuída ao clima social. Na dimensão política de procedimentos, o compromisso com a prestação de um cuidado amigo do idoso foi aprovado pelos enfermeiros com 87,5%. As divergências podem estar relacionadas com o desconhecimento do termo amigo do idoso. O consenso tem como respaldo alterações fisiológicas, visuais, auditivas, cognitivas, musculoesqueléticas e decorrentes da polifarmácia.

4.3 FATORES QUE LEVAM OS IDOSOS A PROCURAREM O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Silva et al. (2015), consideram que a incidência de quedas com lesões cresceu consideravelmente, devido a diminuição dos reflexos na velhice, juntamente com a fraqueza na musculatura e devido ao comprometimento dos ossos e articulação; deve-se ressaltar doenças predominantes na velhice como hipertensão, hipoglicemia, diabetes, labirintite e outras como causas de morte. Neste estudo, esta realidade pode ser citada na unidade de urgência e emergência de um hospital em Campinas, São Paulo, um percentual de 80,2% de quedas nos idosos; enquanto que em Minas Gerais este percentual é de apenas 36,6% (LIMA et al., 2011; GOMES et al., 2010).

A importância do fator queda em idosos está na morbidade e mortalidade, o que motivou a ampliação de setores da saúde que analisam este caso. Isto provou uma ascensão dos custos socioeconômicos e psicológicos, acarretando maior dependência e institucionalização dos pacientes. Os custos referidos recaem também para a família do idoso, que precisa modificar o espaço domiciliar para diminuir os riscos.

Neste estudo, o sistema de informação/Ministério da saúde, revela que de 1979 a 1995, 54.730 pessoas faleceram devido a quedas, 52% eram idosos e 39,8% tinham entre 80 anos e 89 anos. Devido às quedas, houve fraturas de membros inferiores e superiores. Um estudo no serviço de emergência do Hospital da Restauração (HR), em Recife-PE, aponta a violência e agressão física 97,5%, cometidas por pessoas da confiança do idoso (familiares e vizinhos etc.); por sua vez, o idoso tem características de passividade, impotência, dependência e vulnerabilidade (CORREIA et al., 2012). Nestes casos, é importante denunciar

através do Disque idoso, delegacias e promotorias da defesa da pessoa idosa, para que sejam tomadas as providências cabíveis e proporcionar apoio biopsicossocial.

Oliveira et al. (2019), segundo estudo realizado em um Hospital de urgência de Sergipe, 13,3% de 10.584 idosos atendidos, em 2015, foram por causas externas. Foram 1.139 atendimentos por traumatismos acidentais e 87,36% por quedas. Os acidentes de transporte representaram 231 casos (16,4%): motociclista 39,82% e pedestre traumatizado 28,6%. A maioria dos acidentes e agressões ocorreram com as mulheres (55,68%), de 60-69 anos com 50,71% e com 70 a 79 anos com 29,45%. Traumatismo (40,58%, fratura (20,82%) e entorse/contusão (19,22%). Quanto a lesão nas extremidades, 60,18% e no crânio/face (27,25%). 61% dos casos ocorreram a partir da quarta-feira; 83,29% em local sem registro, 73,69% o local não foi informado; 20,7% foram atendidos pelo SAMU; 98,08% não foram internados no hospital e 99,43% sobreviveram.

Os homens vítimas de acidentes representaram 26,16%, sendo os mais jovens 22,30%. As quedas no sexo feminino representaram 81,48% e entre as mulheres mais velhas 80,09%. Ainda de acordo com este estudo, a maioria da população idosa em Sergipe, caracteriza-se pelo baixo nível socioeconômico; as mulheres representam 55,68% em relação aos homens segundo o IBGE. O crescimento do número de idosos requer melhoria da qualidade de vida e os ganhos da longevidade, de acordo com o Centro Internacional de Longevidade/Brasil (ILC/B). Em Aracajú (51,19%) e em Nossa Senhora do Socorro (20,41%), atenderam causas externas provavelmente por serem próximas ao Hospital Universitário de Sergipe (HUSE).

Quanto às quedas, estas foram mais observadas no sexo feminino com idade entre 60anos e 65 anos (58,4%), possivelmente devido as tarefas domésticas exercidas por elas e pelas modificações fisiológicas que ocorrem com o aumento da idade. O resultado das quedas foram traumatismo, fratura e contusão que acarretam disfunções sensitivas, cognitivas e motoras devido às agressões intencionais ou à gravidade do acidente.

As quedas as quais os idosos estão sujeitos, são devido a fatores intrínsecos como medicamentos, comorbidades e agravos devido ao avanço da idade e extrínsecos. Devido ao comprometimento da sua musculatura a pessoa idosa anda com instabilidade; os fatores extrínsecos podem ser baixa luminosidade,

tapetes, escadas sem corrimão, pisos escorregadios etc. O trânsito também é causador de acidentes entre o sexo masculino na faixa de 60 anos a 65 anos (66%) por levarem uma vida mais dinâmica.

A América Latina sofreu mudanças econômicas que se traduzem numa maior utilização de motocicletas como meio de transporte, logo, os acidentes representam 39,82% e os atropelamentos 28,6% dos acidentes. As mortes não são frequentes, há lesões nos membros, imobilizações e dependência funcional às vezes temporárias; ocorrem outras lesões importantes como traumas de crânio, tórax, coluna vertebral e abdômen, devido à sua vulnerabilidade, reflexos mais lentos e ausência de capacete.

Tais acidentes podem ser evitados com medidas protetivas como participação do Estado protegendo o idoso, coibir a violência institucional onde o mesmo permanece, o trânsito e o transporte urbano. Nos dias que precedem imediatamente aos finais de semana, quando ocorrem as folgas das famílias, aumenta o consumo de álcool e condução de veículos ao mesmo tempo. A ocorrência de mortes neste estudo, foi pequena e foram ignoradas as incapacidades resultantes dos acidentes, bem como as sequelas, que podem envolver dispêndios para a saúde, a família, a assistência e a previdência social. Os pontos negativos foram as limitações das informações dos fichários, que faltam dados social, demográficos, econômicos e pormenores do acidente.

Carret et al. (2011), neste estudo fizeram um apanhado das pessoas que consultam o serviço de emergência e suas razões para tal. Na cidade de Pelotas - RS, só tem os serviços do SUS e a maioria dos planos de saúde da região. Isto facilitou a abrangência da maior parte da população que procura a emergência. O percentual é distribuído por sexo e idade. Quando comparados aos dados para a região urbana de Pelotas, verificou-se que a população que usa o serviço de emergência, apresentava semelhança entre os sexos, a maioria eram idosos, não brancos, sem companheiros, menor escolaridade, fumantes, etilistas, nível econômico D e E, maiores necessidades em saúde, e no nível C, maior facilidade de acesso ao serviço de saúde.

Os mais velhos demoraram mais para procurar o médico, tiveram mais consultas anteriores pela queixa atual, acharam sua saúde regular ou ruim e seu problema atual consideraram uma urgência. Os diagnósticos mais encontrados na

emergência, dependem da classificação e dos critérios de exclusão do estudo relacionados à idade. Entre os mais jovens consultas relacionadas à lesões, por causas externas, e entre os idosos, doenças do aparelho circulatório.

Os dias da semana com maior demanda foram domingos e feriados. O horário de maior volume de consultas foram 19h às 20h, associado à menor idade e às mulheres. O pico de maior demanda coincide com o horário de troca de plantão.

O transporte mais usado foi o carro. O percentual de chegada ao pronto socorro de Pelotas, de ambulância foi baixo. A frequência de médico definido foi maior entre os idosos. É difícil o acesso aos serviços básicos de saúde, utilizando mais a emergência, mais solicitação de exames e mais medicamentos desnecessários.

Aqueles que consultam no serviço de emergência têm menos médico definido.

As diferenças mais importantes entre os sexos se relacionam ao horário de atendimento e diagnóstico. As mulheres deixam seus filhos com alguém, para poderem consultar. Quanto ao diagnóstico, o tipo de trabalho e o meio de transporte do homem, é mais arriscado. Em geral as pessoas procuram o médico por conta própria ou sugestão familiar. Demora quinze minutos uma consulta no pronto-socorro de Pelotas, a solicitação de exames em metade das consultas, e há o uso de medicamentos endovenosos em um terço dos casos. Atende em parte as expectativas dos usuários. Yonekura et al., (2015) O estudo indicou que os principais diagnósticos médicos e motivos de procura dos serviços pelos idosos foram: doenças do aparelho circulatório, respiratório, transtornos mentais e comportamentais, neurológicos, uso inadequado de fármacos, lesões, envenenamento, violência, trauma, queda.

Neste estudo as diretrizes do Pacto pela vida, constituídas de reformas nacionais, estaduais e municipais, a Política de Saúde da Pessoa Idosa, e o Estatuto do Idoso, estabeleceram caminhos cujos objetivos são o bem-estar dos idosos. Quanto mais idoso o indivíduo mais necessita dos serviços de saúde. Os diversos aspectos da população são a base para o planejamento e organização dos serviços de saúde. Fatores como a escolaridade e a renda familiar dos idosos importam neste aspecto.

Constatou-se que é importante o investimento na assistência secundária e ambulatorial para os idosos. A atenção ao agudo não suprime as necessidades de cuidados de idosos vulneráveis. Inovações no cuidar, a apropriação e disseminação de conhecimentos específicos pelos profissionais da saúde são importantes. O ACE (Acute Care for Elderly) lança luz sobre uma gestão de cuidados focados na pessoa idosa para evitar o declínio funcional. O ACE está ligado à resultados positivos referentes à custos, tempo de permanência, taxas de readmissão, reabilitação, cognição, e satisfação do profissional e do paciente.

Uma otimização do acolhimento ao idoso que busca os serviços de urgência é muito positiva, em se tratando de diagnóstico e tratamento, como também enfatizar à organização da atenção da saúde do idoso. Oliveira *et al.* (2019) e Silva e Cortez (2015) destacam o envelhecimento como um processo progressivo e dinâmico em que ocorrem alterações nos aspectos morfológicos, funcionais e também bioquímicos, e caracteriza-se pela redução das capacidades de adaptação homeostática, alterando o organismo de forma progressiva e tornando-o mais susceptível à agressões, sejam elas intrínsecas e extrínsecas.

Andrade *et al.*, (2018), Silva e Cortez (2015) e Carret *et al.*, (2011) apontam que a população idosa tem crescido significativamente no Brasil e em todo o mundo de forma acelerada, e essa transição tem gerado uma série de questões para os sistemas de saúde e repercutido na sociedade como um todo. Tais demandas, conforme Andrade *et al.*, (2018) tem feito com que a necessidade de cuidados emergenciais ao idoso aumente significativamente, uma vez que, os idosos, sobretudo aqueles maiores de 75 anos, representam uma maior taxa de admissão nas emergências em comparação à outras faixas etárias e a tendência é de que essa taxa aumente à medida que a população envelhece.

Os serviços de emergência têm como principal objetivo a prestação de atendimento imediato em caráter provisório para casos de acidentes ou enfermidades imprevistas que não podem ser resolvidos em outro nível de assistência.

Nessa perspectiva Carret *et al.*, (2011) realizou um estudo transversal com 1647 indivíduos para a avaliação das demandas dos serviços de emergência em saúde, que possibilitou conhecer as características da população que buscam os serviços de emergência, bem como os motivos pelos quais esse nível de atenção

básica é buscado, os resultados do estudo mostraram que, a população com maior percentual foi a dos idosos, constando o que foi verificado nos demais estudos selecionados que mostram que a população idosa é a que mais busca os serviços de urgência e emergência.

Oliveira et al., (2019) e Damasceno et al., (2014) aponta que os serviços de emergência representam um importante elemento da atenção à saúde do SUS, caracterizando-se por ser um ambiente de alto risco e que precisa de uma infraestrutura, recursos específicos e de profissionais que sejam capacitados para atender aos usuários de modo eficaz. Nos estudos de Oliveira et al., (2019), Andrade et al., (2018), Yonekura et al., (2016), Silva e Cortez (2015), Caldas et al., (2015), Santos et al., (2013), Carret et al., (2011), Nascimento et al., (2011), foi possível perceber que o enfermeiro está inserido no contexto do atendimento nos serviços de urgência e emergência no contexto da realização correta da classificação de risco.

Conforme Damasceno et al., (2014) o enfermeiro deve ser capaz de realizar uma rápida avaliação, pressupondo a rápida tomada de decisões, além de, uma capacidade adequada para a delegação de tarefas, e por isso, os registros devem ser precisos e as entrevistas não podem ser demoradas, visando o atendimento rápido e eficaz. Isso porque o enfermeiro é um dos primeiros contatos entre a equipe multidisciplinar e o paciente, ele atua na coleta dos dados e sintomatologia dos pacientes, levanta os dados sobre as medicações em uso, detecta possíveis déficits de conhecimentos relacionados a esses aspectos, e volta-se também para as questões e especificidades de atendimentos da urgência e emergência.

Conforme indicado por Yonekura et al., (2016), a saúde do idoso no Brasil é uma das principais prioridades e diretrizes do Pacto pela Vida, compreendendo um conjunto de reformas institucionais em todos os âmbitos do governo, políticas como a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do idoso, conforme o autor, contribuíram para a garantia da atenção à saúde dessa população em todos os níveis de atenção.

Yonekura et al., (2016) ainda completa que, a melhor qualidade de atenção aos idosos nos serviços de saúde de urgência e emergência é possível a partir do delineamento criterioso dos serviços, pela otimização dos recursos e garantia de maior acesso aos recursos para diagnóstico e tratamento, e ainda, é preciso ter uma

maior profundidade sobre as realidades dos serviços, uma vez que é ela quem irá delinear as estratégias de organização para a atenção à saúde do idoso.

Nascimento et al., (2011), destaca ainda que, o acolhimento deve ser uma das diretrizes operacionais para o atendimento de todos que buscam os serviços de saúde, de modo que seja garantida a universalidade de acesso, e por isso, os problemas de saúde da população devem ser escutados e acolhidos, na busca pela resolução desses problemas. Sendo assim, Caldas et al., (2015), aponta que o desafio dos serviços de saúde diante do envelhecimento da população, necessita de soluções para a qualidade da assistência em todos os níveis de cuidados, e durante o adoecimento agudo, os indivíduos idosos precisam de serviços que sejam respondidos em tempo hábil devido à gravidade da patologia, considerando sobretudo as alterações biológicas relacionadas com a idade, com as comorbidades e com a funcionalidade.

Caldas et al., (2015), completam ainda que, o que deve diferenciar o cuidado com os idosos para o alcance de bons resultados está em como o serviço é disponibilizado e em quem são os profissionais que exercem esse cuidado.

Assim, de forma geral, os pacientes idosos em situação de urgência e emergência devem ter seus direitos garantidos de forma que seja um atendimento ético, profissional e humanizado e para isso, é preciso que seja levado em consideração a história e os hábitos de vida, respeitando a vontade dos pacientes e de suas famílias, e as necessidades mais urgentes dos pacientes devem receber atenção especial, sempre respeitando os preceitos da interdisciplinaridade do atendimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco, na percepção da enfermagem possui potencialidades e fragilidades. As potencialidades são a prioridade e agilidade e humanização no atendimento as fragilidades por sua vez, representam a falta de espaço físico e materiais.

Outra fragilidade decorre do desconhecimento pela população sobre o protocolo do ACR no SE. Ainda é um grande desafio para a enfermagem gerenciar um serviço de emergência com seus problemas de superlotação e ao mesmo tempo, manter a liderança e a qualidade do cuidado. Vencer tais obstáculos consiste em uma mudança na dinâmica do acolhimento da clientela no sistema de urgência, treinamento da equipe de enfermagem.

O atendimento em urgência por causas externas em idosos revela não somente, outros fatores, como problemas no trânsito, má administração do cenário urbano, mas também suas vulnerabilidades como ser biopsicossocial. O enfermeiro como peça fundamental na implantação do ACR, deve aperfeiçoar seus conhecimentos voltados para o acolhimento eficaz nos serviços de urgência e emergência, uma vez que, agiliza o atendimento de pacientes mais graves.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.A.S; et al. Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 243-253, 2018.

_____. **Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa**. 2018.

BRASIL. Portal da saúde. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Site. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus>. Acesso em 14 de abril de 2021.

BRASIL. Caderno de Textos. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 02 de março de 2021.

BOLTZ, M.; PARKE, B.; SHULUK, J.; CAPEZUTI, E.; GALVIN, J.E. **Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues**. *Gerontologist*. 2013;53(3):441-53.

CALDAS, C.P. et al. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. **J Bras Econ Saúde**, v. 7, n. 1, p. 62-9, 2015.

CARPEZANI, E.M.; SERAPIÃO, M.I. **Acolhimento com Classificação de Risco: avaliando o serviço a partir da demanda de pacientes de uma unidade de pronto socorro no município de Lins/SP**. <http://www.unisalesiano.edu.br>>

CARRET MLV, FASSA, A.C.G.; PANIZ, V.M.V.; et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**. 2011; 16 Supl 1:1069-79.

_____. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1069-1079, 2011.

DA SILVA, J.D.; CORTEZ, L.E.R. Principais causas externas dos idosos atendidos nas unidades de Urgência e Emergência. **Revista Uningá Review**, v. 23, n. 3, 2015.

DE OLIVEIRA, J.T.M. et al. Atendimento de urgência por causas externas em idosos em um hospital público de Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 21, n. 4, p. 8-16, 2019.

DO NASCIMENTO, E.R.P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 597-603, 2011.

GARCIA, J.N.R; NEVES, M. L; CAMARGO, M. C. **Práticas e Saberes. História da Enfermagem: Florence Nightingale**", 7 ed, 2º reimpressão. São Caetano do Sul: Difusão, 2012.

GRUNEIR, A.; SILVER, M.J.; ROCHON, P.A. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness and consequences of unmet health care. **Med Care Res Rev.** 2011;68(2):131-55. Disponível em: Acesso em: 11 maiol. 2021.

LIMA, K.L.B. **Assistência Medicamentosa aos Idosos Residentes em uma Instituição de Longa Permanência em Boa Vista, Roraima.** BOA VISTA-RR, 2017. <https://ufrbr.br/enfermagem>.

MENEZES, M.O. et al. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 2, n. 2, p. 45-58, 2014.

NASCIMENTO, E.R.P. do; et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v.13, n. 4, p. 597-603, out/dez 2011. Disponível em: Acesso em: 11 abril. 2021.

NISHIO, E.A.; FRANCO, M.T.G. **Modelo De Gestão Em Enfermagem. Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente.** 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
OLIVEIRA, J.T.M. DE et al, Atendimento de urgência por causas externas em idosos em um hospital público de Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, 2019.

SANTOS, M.T.; LIMA, M.A.D.S.; ZUCATTI, P.B. Elder-friendly emergency services in Brazil: necessary conditions for care. **Rev Esc Enferm USP.** 2016;50(4):592-599. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500008>. Acesso em: 18 abril. 2021.

SANTOS, J.L.G. dos et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 136-43, 2013. Disponível em: Acesso em: 11 abril. 2021.

SANTOS, M.T. dos; LIMA, M.A.D.S.; ZUCATTI, P.B. Serviços de emergência amigos do idoso no Brasil: condições necessárias para o cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 0594-0601, 2016.

SCHNITKER, L.; MARTIN-KHAN, M.; BEATTIE, E.; GRAY, L. Negative health outcomes and adverse events in older people attending emergency departments: a systematic review. **Australas Emerg Nurs J.** 2011;14(3):141-62.

SEOANE, A.F.; FORTES, PAULO, A.C. Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1408-1416, 2014. Disponível em: 42. Acesso em: 30 mar. 2021.

SILVA, J.D.; CORTEZ, L.E.R.; **Principais Causas Externas dos Idosos Atendidos nas Unidades de Urgência e Emergência.** 1. Fonoaudióloga, discente do programa de mestrado em Promoção da Saúde do Unicesumar, 2. Docente do programa de mestrado em Promoção da Saúde do Unicesumar. *Endereço: Gleba Paiçandú, Lote 80, Zona Rural. Cep: 87130-000. josensbv@yahoo.com.br Recebido em 30/06/2015. Aceito para publicação em 10/07/2015.

SILVA, A.A.; BESSA, C.; LESSA, F. **Política Nacional de Humanização: o contexto histórico e jurídico.** Banco de artigos do Programa de Pós-graduação de Gestão e Informática em Saúde da UNIFESP com cursos de strictu-sensu. São Paulo: UNIFESP, 2015. Disponível em: <http://economiaemsaude.com.br/uploads/artigostcc/politica-nacional-de-humanizacao-o-contexto-historico-e-juridico.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2021.

SILVA, J.A. **A Humanização na Assistência de Enfermagem a Pacientes em Unidades de Urgência e Emergência.** Trabalho de Conclusão de Curso - TCC. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Orientadora Prof. Msc. Walquiria Lene dos Santos. 25f. Valparaíso de Goiás: FCESA, 2014.

SOUSA, KAYO HENRIQUE JARDEL FEITOSA et al. **Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem.** Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2019, v. 40, e 20180263. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.2018026>. Acesso em: 7 abril. 2021.

YONEKURA, T. et al. A produção científica sobre a atenção à saúde do idoso nos serviços brasileiros de urgência: uma revisão integrativa. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 6, n. 2, p. 97-113, 2015.