



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALICE DE ANDRADE SANTOS

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À PESSOA IDOSA COM
SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

**SALVADOR-BA
2017**

ALICE DE ANDRADE SANTOS

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À PESSOA IDOSA COM
SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia para defesa de dissertação como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Larissa Chaves Pedreira

SALVADOR-BA
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistemas de Biblioteca da UFBA

AS797 Santos, Alice de Andrade
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À PESSOA IDOSA COM
SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL / Alice de Andrade
Santos. - Salvador, 2017.
108 f.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Larissa Chaves Pedreira.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós Graduação em
Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade
Federal da Bahia, 2017.

1. Acolhimento. 2. Enfermagem em Emergência. 3. Idoso. 4.
Acidente Vascular Cerebral. I. Pedreira, Prof.^a Dr.^a Larissa
Chaves. II. Título.

CDU: 616-083

ALICE DE ANDRADE SANTOS

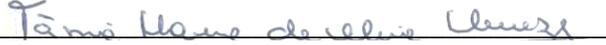
**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À PESSOA IDOSA COM
SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 27/03/2017.

BANCA EXAMINADORA

Larissa Chaves Pedreira 
Docente e Doutora da Universidade Federal da Bahia

Tânia Maria de Oliva Menezes 
Docente e Doutora da Universidade Federal da Bahia

Glicia Gleide Gonçalves Gama 
Docente e Doutora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Rosana Maria de Oliveira Silva 
Docente e Doutora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a três pessoas especiais, as quais não tiveram oportunidade de concluir os estudos até essa fase em que me encontro, porém são pessoas que me ensinaram valores imensuráveis e para toda a vida, meus pais **Wellington de Andrade, Perolina Marta e minha “Mãe Velha” Dominice de Souza!** A vocês, muito obrigada pelo incentivo e amor dispensados durante toda a jornada. É para orgulhar vocês que não paro de sonhar e lutar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, luz que me impulsiona a ser forte e jamais desistir de minhas metas.

À minha avó Dominice “*in memoriam*”, por tanto ter me estimulado a estudar.

À minha “mainha” Perolina Marta, por ser tão compreensiva e orgulhosa.

Às minhas queridas irmãs Aline e Alexsandra, por se orgulharem das minhas conquistas.

Aos sobrinhos queridos: Vitinho, Guilherme, Nina, Ingrid, Geovana, Gustavinho, Saminho, Felipinho e Luiz Gustavo em especial por me orgulhar em almejar seguir meus passos.

A meu marido Carlos Moyses, que exerce um papel especial em minha vida. Sem você a minha estrada não teria tanto brilho e determinação ,Te amo.

À minha tia Margarida Cícera, que sempre apostou no meu potencial e ensinou-me o caminho da fé.

Aos meus primos João/esposa Paty e Max, pelas alegrias nos momentos difíceis de minha vida.À minha madrinha Marilene por sempre ter uma palavra de força para mim.

À Edileuza por sempre acreditar na minha capacidade.

À minha professora e orientadora, Larissa Pedreira, por toda dedicação e competência. Sua calma e valorização da nossa profissão impulsionou-me ser cada dia melhor.

À professora Tânia Menezes, pelo conhecimento e experiências compartilhadas.

À professora Nadirlene Gomes, pela sensibilidade de traçar minha metodologia de pesquisa no primeiro semestre quando tudo era um sonho.

Às minhas amigas de toda vida, Manu e Greice saibam que sou grata à amizade e parceria. À Dona Maria, que especialmente nesse processo facilitou e interviu para a paz que eu tanto precisava.

À Ana Livia pelos ensinamentos no âmbito da enfermagem e no exercício de amor ao próximo.

À Samylla uma incentivadora que Deus me presenteou, obrigada minha amiga.

À Ana Luíza pessoa admirável, que por inúmeras vezes se propôs a compartilhar seu conhecimento e experiências acadêmicas.

Em especial agradeço à Adriana e Aline minhas chefes da Unidade Pronto Atendimento, por serem compreensivas e apoiadoras.

À Marina minha amiga tão querida, que cuida-me com verdade e carinho. À Souza meu ídolo que aprendi a amar e respeitar e à Elisangela por ser amiga, parceira e admiradora da minha determinação.

A Ruth Kelly pela amizade e incentivo para adentrar no mestrado.

À minha amiga Ilana, sempre arrumando tempo para dar apoio e distribuir sorrisos .

A Igor, Yuri e Murilo pessoas especiais, que sempre tiveram tempo para me ouvir e ofereceram palavras de estímulos e forças.

À minha amiga Priscila Grisi, inteligente, racional e amorosa, obrigada pela sua amizade.

À Anaiana, a menina dos olhos de Deus que por muitas vezes me norteou com sábias palavras.

A Wanessa e Thalita pela amizade e por aguentaram meu jeito de ser, sempre na torcida por mim.

A todos da Unidade de Pronto Atendimento de Abrantes, a coordenadora Maristela pela compreensão e minhas amigas queridas: Marcia Lopes, Monica, Manoela, Gilnar, Jamile, Edna, Thiago, “os Marcos”, “as Lourdes”, Nad, Taty Lima, Rôsangela, Adriana, Ed, Marcinha e Verônica.

Às (aos) amigas (os) que conheci no mestrado e levarei para toda vida:

À minha querida Luna Vitória, por ser irmã, compreensiva e me fazer acreditar no nosso potencial.

À Nildete, por me ensinar que em pouco tempo podemos construir amizades duradouras.

À Claudia Fernanda, por demonstrar que na vida para alcançarmos nossos objetivos

À Louise e Thaise, pelo incentivo e apoio nos momentos que precisei.

A Juliana e Raniele pela amizade, cuidado e disposição em agregar conhecimentos.

As “minhas Bolsistas” Juscly e Laíres, que participaram ativamente desta pesquisa com apoio e torcida.

Ao Grupo de Pesquisa NESPI, o qual tenho orgulho de fazer parte.

Às(os) secretários da Pós Graduação, Márcia e Samuel, pela simpatia e por sempre se apresentarem solícitos no atendimento. E ao porteiro Lázaro por sempre me receber com um sorriso estampado no rosto.

À coordenação de enfermagem do lócus pesquisado, em especial Jeferson, Maria Luiza e Lorena pelo apoio e incentivo desta pesquisa. Enfim, aos participantes da pesquisa E1 a E16 obrigada por abrilhantarem meu estudo e permitiu desvendar o universo do acolhimento nesta unidade de emergência.

A todos agradeço pelo aprendizado, imensurável frente ao que propus com essa pesquisa.

*Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.*

Paulo Freire

RESUMO

SANTOS, Alice de Andrade. **Acolhimento com Classificação de Risco à Pessoa Idosa com Suspeita de Acidente Vascular Cerebral**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2017. (Orientadora Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, sobretudo em idosos, cuja prevalência de óbitos dobra a cada década. Tal realidade requer um atendimento inicial acolhedor e eficiente. Trata-se esta de pesquisa cujo objetivo geral foi o de compreender como o enfermeiro atua no acolhimento com classificação de risco à pessoa idosa com suspeita de acidente vascular cerebral. Os objetivos específicos foram: verificar, junto aos enfermeiros, quais práticas de cuidados são executadas durante o Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) da pessoa idosa com suspeita de AVC; conhecer os fatores que interferem no ACCR a pessoa idosa com suspeita de AVC e levantar, junto aos enfermeiros, estratégias que possam melhorar o seu atendimento durante o ACCR da pessoa idosa com suspeita de AVC. Foram realizados três encontros com 16 participantes, sendo o primeiro grupo com quatro, o segundo cinco e o terceiro com sete enfermeiros classificadores, da Unidade de Emergência de hospital geral público de referência no estado da Bahia, durante os meses de maio a junho de 2016. O grupo focal foi utilizado como técnica de coleta de dados e a Análise de Conteúdo Temática de Bardin para a sistematização e tratamento dos dados. Os resultados desta pesquisa apontaram a atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco ao idoso, fatores intervenientes para a funcionalidade do acolhimento e a insegurança por parte dos enfermeiros, bem como estratégias para viabilizar um preparo profissional que assegure uma assistência qualificada. O primeiro grupo focal evidenciou a sistematização para o atendimento inicial e ocorreu baseado no histórico de enfermagem, aplicações de protocolos de classificação de risco e institucional. Contudo, não há um direcionamento do cuidado às peculiaridades da pessoa idosa. O segundo referiu-se aos fatores intervenientes para a funcionalidade do acolhimento, como o acesso às tecnologias e a implantação do protocolo de classificação de risco, que foram assinalados como fatores que intervêm positivamente no atendimento da pessoa idosa com suspeita de acidente vascular cerebral. Por fim, o estudo sinaliza para o sentimento de insegurança por parte dos enfermeiros para atuarem no acolhimento à pessoa idosa com suspeita de acidente vascular cerebral e possíveis estratégias, como o conhecimento profissional na área de Urgência e Emergência e gerontologia, para que seja possível garantir um atendimento inicial seguro à pessoa idosa. A atuação do enfermeiro classificador no acolhimento ao idoso se dá pela aplicação de etapas de processos que seguem as orientações da linha de cuidado para o acidente vascular cerebral, entretanto percebem-se deficiências e fragilidades durante o acolhimento ao idoso. Considerando-se os fatores intervenientes para o acolhimento ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular, entende-se que isso pode facilitar ou dificultar o atendimento, assim sinaliza-se para a necessidade da gestão intervir na melhoria da administração dos recursos disponíveis, de modo a intervir e valorizar os pontos fortes, bem como priorizar a resolução de forma célere dos pontos fracos. Ademais, o estudo sinaliza para a necessidade de conhecimento profissional nas áreas de urgência e emergência e gerontologia, com vistas a preparar o enfermeiro para atuação na classificação de risco ao idoso com suspeita de doenças cerebrovascular.

Palavras-chave: Acolhimento, Enfermagem em Emergência, Serviços de Atendimento de Emergência, Idoso e Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

SANTOS, Alice de Andrade. **Reception with Risk Classification of the Elderly Person with Suspected Cerebral Vascular Accident.** Dissertation (Master in Nursing) Federal University of Bahia, School of Nursing, 2017. (Advisor Professor Larissa Chaves Pedreira).

Stroke is one of the main causes of morbidity and mortality in the world, especially in the elderly, whose prevalence of deaths doubles every decade. Such reality requires a warm and efficient initial service. This is a research whose general objective was to understand how the nurse acts in the host with risk classification to the elderly person with suspected stroke. The specific objectives were: to verify, together with the nurses, which care practices are performed during the Accepted With Risk Classification (CCRC) of the elderly person with suspected stroke; To know the factors that interfere with the CRCA of the elderly person with a suspected stroke, and to develop, together with the nurses, strategies that can improve their care during the CRC of the elderly person with a stroke suspicion. Three meetings were held with 16 participants, the first group with four, the second five and the third with seven class nurses, from the Emergency Unit of a reference general public hospital in the state of Bahia, from May to June 2016. The focus group was used as data collection technique and Bardin Thematic Content Analysis for the systematization and treatment of the data. The results of this research pointed to the nurses' performance in the host with risk classification for the elderly, factors that interfere with the reception functionality and insecurity by the nurses, as well as strategies to enable a professional preparation to ensure qualified care. The first focus group evidenced the systematization for the initial care and occurred based on the nursing history, applications of risk classification and institutional protocols. However, there is no directing care to the peculiarities of the elderly person. The second one referred to intervening factors for host functionality, such as access to technologies and the implementation of the risk classification protocol, which were identified as factors that intervene positively in the care of the elderly with suspected stroke. Finally, the study indicates the feeling of insecurity on the part of the nurses to act in the reception of the elderly person with suspected stroke and possible strategies, such as professional knowledge in the area of Emergency and Gerontology, so that it is possible to guarantee Safe initial care for the elderly. The role of the nurse classifier in welcoming the elderly is through the application of process steps that follow the guidelines of the care line for stroke, however deficiencies and weaknesses are perceived during the reception of the elderly. Considering the intervening factors for the elderly patient with suspected cerebrovascular disease, it is understood that this may facilitate or hinder care, thus signaling to the need for management to intervene in improving the administration of available resources, so as to Intervene and value the strengths, as well as prioritize the quick resolution of weaknesses. In addition, the study indicates the need for professional knowledge in the areas of emergency and gerontology, with a view to preparing the nurse to act in the classification of risk to the elderly with suspected cerebrovascular diseases.

Key words: Reception, Emergency Nursing, Emergency Care Services, Elderly, and Stroke.

RESUMEN

SANTOS, Alice de Andrade. **Acogiendo con Calificación de Riesgo para la tercera edad sospechosos de accidente cerebrovascular.** Disertación (Maestría en Enfermería) de la Universidad Federal de Bahía, Escuela de Enfermería, 2017. (Asesor Prof. Dr. Larissa Chaves cantera).

El Accidente Vascular Cerebral (AVC) representa una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, sobre todo en ancianos, cuya prevalencia de muertes se duplica cada década. Tal realidad requiere una atención inicial acogedora y eficiente. Se trata de esta investigación cuyo objetivo general fue el de comprender cómo el enfermero actúa en la acogida con clasificación de riesgo a la persona anciana con sospechosa de accidente cerebrovascular. Los objetivos específicos fueron: verificar, junto a los enfermeros, qué prácticas de cuidados se realizan durante el Acogimiento con Clasificación de Riesgo (ACCR) de la persona anciana con sospechosos de AVC; Conocer los factores que interfieren en el ACCR a la persona anciana con sospechosos de AVC y levantar junto a los enfermeros estrategias que puedan mejorar su atención durante el ACCR de la persona anciana con sospechosos de AVC. Se realizaron tres encuentros con 16 participantes, siendo el primer grupo con cuatro, el segundo cinco y el tercero con siete enfermeros clasificadores, de la Unidad de Emergencia de hospital general público de referencia en el estado de Bahía, durante los meses de mayo a junio de 2016 El grupo focal fue utilizado como técnica de recolección de datos y el Análisis de Contenido Temático de Bardin para la sistematización y tratamiento de los datos. Los resultados de esta investigación apuntaron la actuación del enfermero en la acogida con clasificación de riesgo al anciano, factores intervinientes para la funcionalidad de la acogida y la inseguridad por parte de los enfermeros, así como estrategias para viabilizar una preparación profesional que asegure una asistencia calificada. El primer grupo focal evidenció la sistematización para la atención inicial y ocurrió basado en el historial de enfermería, aplicaciones de protocolos de clasificación de riesgo e institucional. Sin embargo, no hay un direccionamiento del cuidado a las peculiaridades de la persona mayor. El segundo se refirió a los factores intervinientes para la funcionalidad de la acogida, como el acceso a las tecnologías y la implantación del protocolo de clasificación de riesgo, que fueron señalados como factores que intervienen positivamente en la atención de la persona anciana con sospechosa de accidente vascular cerebral. Por último, el estudio señala el sentimiento de inseguridad por parte de los enfermeros para actuar en la acogida a la persona anciana con sospechas de accidente vascular cerebral y posibles estrategias, como el conocimiento profesional en el área de Urgencia y Emergencia y gerontología, para que sea posible garantizar Una atención inicial segura a la persona mayor. La actuación del enfermero clasificador en la acogida al anciano se da por la aplicación de etapas de procesos que siguen las orientaciones de la línea de cuidado para el accidente vascular cerebral, sin embargo se percibe deficiencias y fragilidades durante la acogida al anciano. Se considera que los factores intervinientes para la acogida al anciano con sospechas de enfermedad cerebrovascular, se entiende que esto puede facilitar o dificultar la atención, así se señala para la necesidad de la gestión intervenir en la mejora de la administración de los recursos disponibles, de modo que Intervenir y valorar los puntos fuertes, así como priorizar la resolución de forma rápida de los puntos débiles. Además, el estudio señala para la necesidad de conocimiento profesional en las áreas de urgencia y emergencia y gerontología, con vistas a preparar al enfermero para actuación en la clasificación de riesgo al anciano con sospechosas de enfermedades cerebrovasculares.

Palabras clave: Inicio, la enfermería de emergencia, servicios de urgencia, ancianos y accidente cerebrovascular.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES (N=16). SALVADOR- BA, MAI E JUN. 2017.	49
---	----

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACCR	Acolhimento Com Classificação de Risco
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCH	Acidente Vascular Cerebral hemorrágico
AVCI	Acidente Vascular Cerebral isquêmico
BVS	Biblioteca Virtual Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPSS	Cincinnati Prehospital Stroke Scale
DCV	Doença Cerebrovascular
GF	Grupo Focal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HG	Hospital Geral
LAPSS	<i>Los Angeles Prehospital Stroke Screen</i>
MS	Ministério da Saúde
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NESPI	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Idoso
NIH	Stroke Scale do National Institutes of Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PNH 2001	Programa Nacional de Humanização
PNH	Política Nacional de Humanização
PNH2004	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U-AVC	Unidade de AVC
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	Unidade de Emergência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	22
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E DA PESSOA IDOSA	26
2.3 ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	32
3 METODOLOGIA	37
3.1 TIPO DE ESTUDO	37
3.2 CENÁRIO DE PESQUISA	37
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	39
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	40
3.4.1 Operacionalização do Grupo Focal	41
3.4.1.1 Recursos utilizados no grupo focal.....	42
3.4.1.2 Número de grupos e quantidade de participantes por grupo	42
3.4.1.3 Perfil dos participantes.....	43
3.4.1.4 Questões norteadoras para discussão no GF	44
3.4.1.5 Quantidade de reuniões e tempo de duração	44
3.4.2 Realização dos Grupos Focais	45
3.4.2.1 Dinâmicas do GF: Primeiro, Segundo e Terceiro dia	45
3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	47
3.5.1 Aspectos Éticos.....	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
4.1 ARTIGO 1– ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO IDOSO COM SUSPEITA DE DOENÇA CEREBROVASCULAR.....	53
4.2 ARTIGO 2 – FATORES INTERVENIENTES PARA O ACOLHIMENTO AO IDOSO COM SUSPEITA DE DOENÇA CEREBROVASCULAR.....	61
4.3 ARTIGO 3 – (DES)PREPARO DE ENFERMEIROS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FRENTE O IDOSO COM SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE A – CARTA-CONVITE	98
APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	103
APÊNDICE D – ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS PARA OS ENCONTROS DO GF	104
ANEXOS.....	105
ANEXOS.....	108

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa em tela tem como proposta compreender como ocorre o acolhimento com classificação de risco (ACCR) de idosos com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) na porta de entrada do serviço de emergência. Tal proposta surgiu a partir da experiência do Programa de Educação pelo Trabalho (PET), Redes de Atenção na Urgência e Emergência, desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em parceria com um hospital público de referência do estado da Bahia, aqui denominado de HG.

O PET em questão tinha o objetivo de intervir nos fatores que dificultam o itinerário terapêutico das pessoas atendidas na UE (Unidade de Emergência), desta instituição, beneficiada pelo programa SOS Emergência, conforme Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012).

Em seu primeiro ano de execução, os alunos bolsistas do programa perceberam que a UE do HG, referência para o AVC, apresentava certo grau de desarticulação entre seus profissionais, devido a algumas questões como falta de comunicação entre o serviço de ACCR recém-implantado e o pessoal da porta de entrada (porteiros, maqueiros e recepcionistas) e ausência de busca ativa para o acolhimento na porta de entrada. Sendo assim, isso comprometia a qualidade do serviço ofertado.

A qualidade dos atendimentos e a alta demanda nos serviços de emergência é, na atualidade, motivo de discussão e formulação/reformulação de políticas de saúde. Essas unidades se constituem, de forma inadequada, como porta de entrada ao sistema de saúde, sendo o modo de acesso imediato de muitos usuários que estão à procura de uma assistência de baixa, média e alta complexidade.

De acordo com as questões acima descritas, os órgãos vinculados à saúde no país buscam soluções que beneficiem a sociedade em geral, com o objetivo de organizar e humanizar o atendimento desses serviços, por meio da reconstrução e fortalecimento de Redes de Atenção à Saúde e aplicação do uso adequado de tecnologias (VITURI *et al.*, 2013).

Um exemplo de duas destas redes são a de gestão da clínica (gestão da condição de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e as listas de espera) e as tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde ou tecnologias da informação, que permite a integração da identidade de usuários e prontuários eletrônicos articulada em todos os segmentos da rede de atenção à saúde, já disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Conforme Cunha *et al* (2014), com o crescente número de pessoas idosas, a assistência para essa parte da população, que muitas vezes utiliza a UE como porta de entrada para o SUS, sofre comprometimento no que se refere à qualidade e à efetividade. Isso pode originar uma precariedade no serviço prestado, devido às dificuldades de atendimento, e ocasionar a piora dos agravos à saúde dos usuários.

Esses indivíduos acabam buscando atendimento mais rápido nas UE, muitas vezes, em situação de agudização de problemas crônicos de saúde, seja por falta de informação ou pela dificuldade de atendimento/acompanhamento das suas demandas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entretanto, esse acompanhamento deveria ser proporcionado pelas unidades da Atenção Básica, por serem locais apropriados à prevenção de doenças, com o objetivo de garantir a qualidade de vida (QV) e saúde, por meio do Programa de Saúde da Família, por exemplo, (PSF). (CAMPOS; SENGER, 2014)

Para o entendimento de modo amplo da complexidade exposta, deve-se compreender que, no Brasil, a proporção de idosos aumentou de maneira significativa nas últimas décadas. Em 1950, os dados apontavam para cerca de 2,6 milhões de idosos (4,9% da população); em 2010, houve uma evolução para cerca de 19,6 (10,2%). Estima-se, com isso, que haverá uma proporção de 29,7% de idosos na população total no ano de 2050 (ALVES; BRUNO, 2012). Segundo dados, em 2017 a população idosa no Brasil é de 12,51% sendo estimado um aumento para 17,19 % em 2027. Já na Bahia os idosos correspondem em 2017 a 11,29 % da população estimando aumento para 15,58% em 2027 (IBGE, 2017).

Diante dos dados relacionados ao aumento populacional, os idosos são portadores de, no mínimo, uma doença crônica, com as mudanças na estrutura etária desta população, constata-se, também, mudanças epidemiológicas devido à substituição das causas principais de morte por doenças parasitárias, de caráter agudo, pelas doenças crônico-degenerativas (diabetes, Acidente Vascular Cerebral (AVC), neoplasias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), demência senil e outras), as quais se transformam em problemas persistentes e de longa duração que envolvem, para atendimento adequado, grande quantidade de recursos materiais e humanos (SILVA, 2012).

As doenças crônicas aumentaram de maneira significativa, em uma proporção de 95,2%, na faixa etária de 65 a 74 anos, faixa em que esse público referiu diagnóstico médico de HAS em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE, 2013). Esse é um contexto que conduz à observação do aumento nos índices de mortalidade por doenças cardiovasculares e danos cerebrais ocasionados pela HAS, podendo-se destacar o AVC, patologia aguda grave, causada pela ausência de irrigação sanguínea em determinada

região do cérebro, decorrente da obstrução ou rompimento de uma artéria. Contudo, após esse acometimento, em alguns casos, pode haver um prognóstico viável, desde que ocorra o reconhecimento precoce pelo paciente ou seus familiares da presença de alterações neurológicas e seu encaminhamento imediato ao local apropriado para investigação e tratamento (SBDCV, 2002).

O aumento da incidência do AVC ao longo do envelhecimento demonstra a importância de se aprimorar o acolhimento nas UEs, para garantir uma assistência humanizada, individualizada, específica e ágil para com essa parte da população, visando um prognóstico favorável. Dessa maneira, é preciso efetivar as políticas públicas vigentes em relação ao cuidado da pessoa idosa com suspeita e/ou vitimada pelo AVC, para promover tanto o controle de doenças crônicas, como a melhoria do preparo para o atendimento de urgência em situação aguda do acometimento cerebral.

Dentre as políticas públicas vigentes está a Política Nacional de Humanização (PNH) com o propósito de organizar, gerir e qualificar o atendimento de saúde, através de dispositivos ofertados, como o ACCR, que é a tecnologia que objetiva reorganizar o serviço de emergência, priorizar o atendimento aos usuários em situações graves ou com risco eminente de morte, utilizando recursos disponíveis, melhorando a qualidade de resposta da assistência e orientação ao usuário de forma mais conexa à sua necessidade, no instante do atendimento (BRASIL, 2009).

Para atender a essas e outras demandas de urgência e emergência no SUS, o Ministério da Saúde (MS) reformulou a rede de atenção à saúde no Brasil, criando o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Urgências e Emergências (RUE), regulamentado pela Portaria nº 1.663/GM/MS, de 6 de agosto de 2012 (BRASIL, 2011). Tal programa compõe a Rede Saúde *Toda Hora*, coordenada pelo MS e executada pelos gestores estaduais e municipais.

No que se refere à RUE, esta contempla desde atendimentos de média à alta complexidade, podendo variar o fluxo deste conforme as necessidades populacionais de cada região. Sendo assim, o sistema de saúde necessita de suporte estrutural para prever as prioridades de acolhimento conforme suas peculiaridades, adequando-se ao perfil de morbimortalidade de cada população.

Em concordância, a RUE possui estruturas que contribuem para o fortalecimento do SUS, entre elas, as inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias, como: AVC, Infarto Agudo do Miocárdio, traumas e Atenção domiciliar – Melhor em Casa (BRASIL, 2011). A linha de cuidado para o AVC inclui os hospitais de referência ou de retaguarda para

a assistência a doença cerebrovascular, alguns já organizados há vários anos, outros com os protocolos em funcionamento há poucos meses e outros já definidos pelos gestores como hospitais da rede de AVC. A previsão do fortalecimento das práticas de acolhimento e encaminhamento de usuários é um dos pontos percebido pela linha, durante o atendimento de quadros agudos das doenças cerebrovasculares. A linha objetiva ofertar um cuidado humanizado e organizado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS.

Isso possibilitaria a resolução integral da demanda ou a transferiria, responsabilmente, para um serviço de alta complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado (BRASIL, 2012). Nesse contexto, a Rede Brasil de AVC define e complementa o significado e importância de sua linha do cuidado como:

[...] parte integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, propondo uma redefinição de estratégias que deem conta das necessidades específicas do cuidado ao AVC diante do cenário epidemiológico explicitado, bem como de um contexto sociodemográfico considerável, a exemplo do aumento da expectativa de vida e consequentemente o envelhecimento da população, aumentando os fatores de risco e dimensionando mais ainda o seu desafio no SUS. (BRASIL, 2012:p.4)

Diante desse cenário, as UE necessitam de tecnologias que possam dar suporte e discernimento à assistência de urgência e emergência, a exemplo do acolhimento, já que o mesmo apropria-se do cuidado humanizado, estratificando o tempo de atendimento do paciente de acordo com suas necessidades de saúde.

Assim, o ACCR se caracteriza como uma orientação e atitude ética, que inicia e sustenta o cuidado à saúde, produzindo questões que norteiam o usuário no atendimento da rede SUS (BRASIL, 2010). Esses conceitos de acolhimento, bem como outros, devem permear o cotidiano dos profissionais de saúde das UE, com o propósito de tornar rotina a conscientização da importância do cuidado holístico, humanizado e resolutivo aos usuários.

Para além disso, o ACCR deve também permitir reflexões e mudanças nos modos de atuação da assistência, por questionar e valorizar a queixa principal dos usuários, classificando o seu risco, a fim de organizar o atendimento por urgência e emergência. Os modelos de gestão existentes na PNH possibilitam o acesso aos serviços de saúde, atendendo às novas demandas da população (BRASIL, 2009).

Desse modo, a população idosa, principalmente a acometida por um possível quadro de AVC, carece de uma atenção emergencista acurada e do manuseio correto no ACCR, para assim serem classificados conforme gravidade. Dessa forma, poderá usufruir de atendimento seguro nas unidades públicas de saúde, pois, no idoso, muitos outros acometimentos podem mimetizar um quadro suspeito de AVC (como epilepsia, hipoglicemia, história prévia de

comprometimento cognitivo, confusão, afasia, entre outros), isso pode agravar o quadro do paciente e configurar negligência no atendimento (YEW; CHENG, 2009).

Diante do contexto relacionado às UE, ao acolhimento da pessoa idosa com suspeita de AVC e às políticas públicas vigentes relacionadas ao tema, vislumbra-se a necessidade de investigar como os profissionais atuantes na porta de entrada da unidade, responsáveis pelo primeiro acolhimento, realizam tal atividade. Com isso, pretende-se contribuir no aprimoramento do atendimento prestado por esses profissionais, e melhorar a capacidade resolutive deste serviço de saúde.

A motivação para escolha deste tema iniciou-se no curso de graduação em Enfermagem, quando tive o primeiro contato com o componente curricular Urgência e Emergência e, assim pude observar a importância da(o) enfermeira(o) no setor ACCR. Posteriormente, fui aprovada no concurso público no município de Salvador, o que me permitiu desenvolver habilidades para este serviço e exercer minhas atividades laborais centradas no atendimento de casos de emergências. Ainda de acordo, tive acesso ao Programa de Educação pelo Trabalho (PET), no qual foi possível um diagnóstico situacional que envolvia as fragilidades do ACCR da unidade em que estava alocada. Dessa forma, fui estimulada a entender os entraves encontrados neste cenário e, de certo modo, como reflexo da pesquisa, causar inquietações nos sujeitos investigados.

Ao analisar a produção de conhecimento sobre o ACCR a pessoa idosa com suspeita de AVC no banco de dados da Biblioteca Virtual Saúde (BVS), por meio das bases de dados (LILACS, MEDLINE, Coleção SUS e BDNF) e a partir dos descritores indexados *Acolhimento and Acidente Vascular Cerebral and Idoso*, evidenciou-se a ausência de artigos acerca da temática. Corroborando com a escassez dos achados supracitados, ao utilizar os descritores *Acolhimento and Idoso and emergências*, são apresentados 12 artigos, sendo somente um relacionado ao idoso, porém fora do contexto do acolhimento.

Verifica-se, então, uma lacuna sobre o tema na literatura, pois os trabalhos encontrados abordam o impacto da implantação da classificação de risco para os profissionais, e a produção do cuidado nos serviços de emergência, não sendo identificados trabalhos que abordem o entendimento do ACCR envolvendo a pessoa idosa, com morbidade definida, neste caso o AVC, e com os profissionais enfermeiros da porta de entrada.

Ademais, a justificativa desse estudo, inicia-se pela percepção da necessidade de ampliar o conhecimento acerca do ACCR, a partir da insuficiência de material bibliográfico nas bases de dados investigadas. Assim, acredita-se necessário entendê-lo não apenas como uma tecnologia assistencial para execução de tarefas, mas como uma ferramenta importante

para o atendimento qualificado, o qual proporcione o envolvimento e o empoderamento dos enfermeiros classificadores.

A partir das colocações, questiona-se: Como ocorre o ACCR à pessoa idosa com suspeita AVC? Elegeu-se como objeto de estudo: o acolhimento com classificação de risco à pessoa idosa com suspeita de AVC.

Dessa forma, o trabalho tem como objetivo geral: compreender como o enfermeiro atua no acolhimento com classificação de risco à pessoa idosa com suspeita de acidente vascular cerebral. Para alcançar o objetivo geral, organizaram-se os objetivos específicos:

- Verificar, junto aos enfermeiros, quais processos assistências são executadas durante o ACCR da pessoa idosa com suspeita de AVC;
- Conhecer os fatores que interferem no ACCR a pessoa idosa com suspeita de AVC;
- Levantar, junto aos enfermeiros, estratégias que possam melhorar o seu atendimento durante o ACCR da pessoa idosa com suspeita de AVC.

A relevância dessa pesquisa constitui-se de impactos social, profissional e científico. No que se refere ao social, entende-se que a visibilidade e o aprofundamento da temática resultem em uma prestação de serviço qualificado para os usuários.

No cenário profissional, a ampliação de discussões do ACCR pode acarretar em um processo sensibilização, conscientização e qualificação dos profissionais atuantes na classificação de risco. No universo científico, as evidências encontradas nesta pesquisa comprovam a importância do enfermeiro no ACCR, além de elucidarem a necessidade de desenvolvimento de ações estratégicas para a qualidade da classificação de risco para essa parcela da população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, será apresentada a revisão de literatura focada na temática, dividida nas seguintes partes: o envelhecimento da população e o AVC; política de acolhimento com classificação de risco e da pessoa idosa e atendimento à pessoa idosa na unidade de emergência.

2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o idoso a partir da idade cronológica, sendo o indivíduo que possui 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais, em países desenvolvidos. Envelhecer é uma condição fisiológica, caracterizada como uma etapa da vida dos indivíduos, condicionada por alterações que acometem de forma significativa a sobrevida prolongada (OMS, 2012).

A população mundial vivenciou um processo de transição demográfica, tornando-se cada vez mais envelhecida. Estima-se que, atualmente, existam 893 milhões de pessoas no mundo com idade acima dos 60 anos. Assim, os países desenvolvidos ou subdesenvolvidos têm demonstrado que a melhoria da QV proporciona uma maior estimativa de vida, aumentando o quantitativo da população idosa.

Nesse cenário, acredita-se que, em 2050, uma em cada cinco pessoas seja idosa. Atualmente a Europa já apresenta uma pessoa para isso, enquanto na América Latina, as proporções são equivalentes a uma pessoa idosa a cada dez pessoas. Apesar disso, o envelhecimento da população está avançando mais rápido nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos, cujo processo de envelhecimento da população é mais adiantado (GRAGNOLATI *et al.*, 2011). No Brasil, por exemplo, em 2010, a população brasileira de 60 anos ou mais, em milhões, era de 19.282 idosos. Acredita-se que, em 2020, esta população chegará a 28.322 e, em 2030, a 40.473 (TAFNER; CARVALHO, 2011).

O segmento populacional do Brasil que mais cresce é o de idosos, as taxas de crescimento serão de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022, devendo atingir 41,5 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, uma média anual de mais de 1,0 milhão de idosos. Essa situação de envelhecimento populacional é consequência da rápida e contínua queda da fecundidade e da mortalidade no Brasil em todas as idades (IBGE, 2013).

No Nordeste, o estado da Bahia possui mais de 1,451 milhões de pessoas idosas, constituindo-se, assim, o estado com maior população com idade entre 60 a 100 anos ou mais.

Em Salvador e Região metropolitana, concentra-se um número de aproximadamente 303 mil pessoas nesta faixa etária (IBGE, 2010).

Desse modo, a transição demográfica também veio acompanhada por uma variação nos dados epidemiológicos. O Brasil passou de um perfil de doenças infecciosas e parasitárias para um perfil de doenças crônico-degenerativas. Assim, essas doenças constituíram acentuado problema de saúde, tendo em vista que demandam atuação maior dos serviços em todas as esferas da atenção à saúde, por se distinguirem em doenças de longa duração (GUERRA, 2010).

Nesse contexto, autores observam a frequência elevada de pessoas idosas nas UE por conta, principalmente, de eventos agudos de doenças crônicas não transmissíveis, sendo admitidos e readmitidos sem um encaminhamento adequado de cuidado continuado, agravando um quadro que, muitas vezes, ocorre por falta ou por dificuldade na prevenção e tratamento das doenças crônicas (CUNHA *et al.*, 2014).

De acordo com estudo realizado por Góis (2011), a média de internações hospitalares ocorre com mais frequência na faixa etária de 60 a 69 anos, tornando-se decrescente com a idade. Esse mesmo estudo esclarece que a elevação do custo com atenção hospitalar para a pessoa idosa está relacionada aos dias de internação hospitalar não ao aumento do custo dos procedimentos.

As UE convivem com o excesso de usuários, cujo perfil é de pessoa idosa motivada por questões diversas, a exemplo o envelhecimento acompanhado com doenças crônicas. Todavia um adoecimento agudo, em pessoas mais velhas necessita de serviços que respondam em tempo hábil à sua gravidade, considerando as alterações senil, mórbida e funcional. Os cuidados agudos são intervenções de resposta imediata às condições de saúde que colocam em risco a vida de indivíduos. (HIRSHON *et al.*, 2013)

As doenças crônicas, que constituem um problema de saúde grave e saturam as UE com excesso de usuários, resultam numa participação mais ativa dos serviços de saúde no âmbito da rede de urgência. Desse modo, por admitir alto índice de usuários, o público idoso se destaca por seus diversos problemas de saúde com dificuldade de compensação, o que leva, em alguns casos, a um tempo maior de permanência dos pacientes nestas unidades (BRASIL, 2013a).

Entre as doenças crônicas mais prevalentes na pessoa idosa, estão aquelas relacionadas ao sistema circulatório. Um tipo de problema que ocasiona taxas de mortalidade proporcional de 32,3% e desencadeiam as principais causas de mortalidade no Brasil. Esse grupo é conduzido pela doença cerebrovascular (DCV), responsável por um terço das mortes. Em

2011, o índice de mortalidade por DCV foi de 100.751 pessoas, sendo um dado alarmante para o valor estimado de 80.819 para a população idosa (DATASUS, 2011).

Entretanto, essas mudanças no aspecto epidemiológico da população, nos casos das UE, exigem que os serviços de saúde disponibilizem um aparato de tecnologias leves e duras, bem como o fortalecimento de pactos da rede de saúde, recursos humanos qualificados e espaço físico adequado para oferecer um atendimento de excelência e humanizado para cada quadro de morbidade apresentado (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

Em relação aos dados epidemiológicos, o AVC é a terceira causa de morte no mundo e foi classificado como a 70ª principal causa de incapacidade física em 2002, e com projeção para se tornar a 60ª causa principal de incapacidade em 2030 (SACCO *et al.*, 2013). O AVC ocorre quando o fluxo sanguíneo em uma determinada área do cérebro se torna insuficiente, provocado por um bloqueio parcial ou total de um ou mais vasos sanguíneos, podendo ter causas diversas: má-formação arterial cerebral (aneurisma), hipertensão arterial, tromboembolia (bloqueio da artéria pulmonar), cardiopatia, entre outras (BRASIL, 2012).

Para Almeida (2012), essa é uma doença cuja ocorrência predomina entre adultos de meia-idade e idosos. São considerados, principalmente, dois tipos de AVC: o isquêmico (AVCI) e o hemorrágico (AVCH). Em 85% dos casos se manifesta o AVCI, cujos sintomas são de fraqueza e perda da sensibilidade de um lado do corpo, dificuldade na articulação das palavras e perda de visão. No caso do AVCH, o corpo dá sinais fazendo com que a pessoa apresente alteração motora, paralisia de um lado do corpo, distúrbio de linguagem e sensitivo, além de alteração no nível de consciência (BRASIL, 2012).

O AVC é responsável por um grande número de mortes e disfunções neurológicas no Brasil, os sobreviventes tendem a apresentar sequelas como limitações físicas e intelectuais, além de passar a exigir um cuidado que demanda elevação de custos no orçamento pessoal. Um dado alarmante é a projeção do número de mortes por AVC, prevista para 7,8 milhões em 2030. Essas informações são de grande importância para que se possam analisar e traçar estratégias prioritárias de intervenção a respeito da saúde do idoso e da incidência de ACV nessa faixa etária, além de conduzir ao aprimoramento da qualificação profissional para o reconhecimento de padrões da doença e da sua causa, possibilitando o início de programas de prevenção e controle (PEREIRA *et al.*, 2009).

Segundo Viana *et al* (2008) existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis no que diz respeito ao AVC. Conforme estudos epidemiológicos, os não modificáveis referem-se à idade, ao sexo, à raça e ao histórico familiar, enquanto os modificáveis dizem respeito à hipertensão arterial, à história de ataques isquêmicos transitórios, à estenose

significativa da artéria carótida, à fibrilação atrial de início recente, à obesidade, ao diabetes, ao abuso de álcool, à inatividade física, entre vários outros fatores de risco.

De acordo com Liberman *et al* (2005), a vulnerabilidade promovida pelo envelhecimento desencadeia uma verdadeira conspiração no organismo humano, aumentando a manifestação de doenças (cerebrovasculares e cardiovasculares) e tornando imprescindível o conhecimento sobre as alterações anatômicas e funcionais decorrentes do envelhecimento, bem como dos fatores e/ou características que potencializam os riscos, efeitos e consequências que essas doenças representam.

A melhor opção para o paciente idoso acometido por AVC, é que a intervenção inicie precocemente, ressaltando-se que a recuperação varia em cada caso, devendo-se buscar o retorno desse indivíduo às suas atividades de vida diária e à participação social de forma mais breve possível.

Nessa perspectiva, para os usuários com doença cerebrovascular, o tempo de atendimento é um fator importante, visto que o reconhecimento precoce sugestivo de AVC pode encaminhar o usuário mais rapidamente ao tratamento, com repercussão benéfica no prognóstico, principalmente em situações de AVCI, quando o tratamento trombolítico deve ser iniciado em até 4,5 horas (PINTO, 2015). Assim, para aprimorar a acurácia da investigação em situações suspeitas de AVC, principalmente na população idosa que pode apresentar múltiplas suspeitas diagnósticas, haverá o acolhimento, protocolos e escalas validadas em todo o mundo, e devem ser utilizadas nos serviços de emergência.

Entre as abordagens de avaliação inicial estão alguns instrumentos, a escala *Los Angeles Prehospital Stroke Screen* (LAPSS), deve ser aplicada no atendimento inicial pela enfermeira, diante da suspeita de AVC. A suspeita clínica deve ocorrer sempre que o usuário apresentar *déficit* neurológico súbito, com ou sem sinais de rebaixamento do nível de consciência. A LAPSS é considerada positiva, caso o paciente apresente desvio de comissura labial e ou perda de força nos membros superiores e/ou inferiores (LONGO, 2010). Outro instrumento utilizado na avaliação inicial do AVC é a Escala Pré-hospitalar de AVC de Cincinnati (Cincinnati Prehospital Stroke Scale – CPSS) que afere a presença da assimetria facial, a diminuição da força e as alterações na fala, estes são sinais de alerta prevalentes nos pacientes acometidos pelo AVC. A escala é uma versão simplificada da Stroke Scale do National Institutes of Health (NIH) e aplicada por profissionais de saúde, em ambiente pré-hospitalar, a mesma demonstra ter elevada sensibilidade e especificidade na identificação dos pacientes agudizados pelas doenças cerebrovasculares (KOTHARI *et al.*, 1999).

Considera-se a relevância do AVC na saúde pública e a importância das práticas de acolhimento à pessoa idosa com suspeita de AVC no critério de seleção pela classificação de risco, uma vez que a prática médica vem demonstrando que a redução da “capacidade funcional do idoso é o que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência”, agravado pela “evolução da própria patologia de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional” (VERAS, 2009, p. 551). Dessa forma, mais do que apenas suspeitar de um AVC, deve-se buscar classificá-lo quanto ao subtipo e reconhecer quando se trata de um AVC agudo ou de uma situação que o está mimetizando (OLIVEIRA, 2011).

É essencial, portanto, compreender a rotina de trabalho da equipe do acolhimento e, a partir dessa compreensão de rotina, elucidar problemas vivenciados em uma UE, de forma que se possa contribuir para um melhor entendimento sobre o acolhimento da pessoa idosa com sinais de AVC, auxiliando também em reflexões de boas práticas de acolhimento no atendimento desse público.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E DA PESSOA IDOSA

No Brasil, as décadas de 50 e 70 marcam um momento histórico em que a prática da medicina se dava de forma meramente curativa, e as primeiras Santas Casas acolhiam as pessoas pobres, doentes e órfãos isolados pelo sistema político vigente e os interesses dominantes (HAHN *et al.*, 2006). Ao longo dos anos, a história da saúde no Brasil se transformou e adaptou-se a mudanças necessárias, conforme as necessidades e questões sociais emergentes, sendo administrativamente reorganizada através de leis e emendas constitucionais (BRASIL, 2006).

A Constituição Federal de 1988 é considerada um marco na universalização da saúde por ser um dever do Estado garanti-la à população. Entretanto, efetivas mudanças na assistência à saúde brasileira começaram a ocorrer, a partir da Lei N° 8.080/90 que fortaleceu a todas as reorganizações da saúde coletiva no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

Dentro das disposições gerais da Lei N° 8.080/90, inclui-se o conceito de que a garantia à saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Associada a essa lei, foi também promulgada a Lei n° 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, sendo ambas consideradas como Leis Orgânicas de Saúde.

No ano 2000, com o intuito de estimular a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, foi apresentado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH tem como objetivo geral a humanização praticada em diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulando a implantação de ambientes de comunicação que inspire o diálogo, o respeito à diferença e à solidariedade (BRASIL, 2005).

Ainda em 2000, na 11ª Conferência Nacional de Saúde iniciavam-se as primeiras discussões sobre acessibilidade, qualidade e humanização da atenção à saúde. Em 2001, o PNHAH foi revisado e tornou-se o Programa Nacional de Humanização (PNH), com o propósito de praticar os princípios do SUS, com ênfase na qualidade da assistência e na inserção dos gestores, trabalhadores e usuários, em todos os níveis de atenção à saúde através do aprimoramento de estratégias e metodologias que apoiam mudanças sustentáveis dos modelos de atenção. (BRASIL, 2008).

No ano de 2004, a PNH deixou de ser o Programa Nacional de Humanização e adveio a Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política propõe-se a desempenhar atividades que completem a qualidade na atenção à saúde, incluindo resolutividade nas ações, eficiência, humanização das relações em todos os níveis, agilidade, estímulos aos profissionais e controle social. Assim, organizou-se a rede de saúde de emergência, definidas como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Central de Regulação de Emergência, leitos de retaguarda hospitalares e atenção domiciliar e as UPA (BRASIL, 2006).

Compreende-se que faz parte do objetivo da PNH a transversalidade de princípios que promoverá um atendimento de qualidade e humanizado para todos os envolvidos (usuários, profissionais e gestores), de maneira acolhedora, com profissionais comprometidos com a ética e capacitados através de educação permanente, sendo disponibilizados espaços e instrumentos necessários para executar tal processo, buscando transformações e soluções para os problemas diversos que atingem todo o contexto da saúde pública (BRASIL, 2011).

Destarte, visa à efetivação de resgate dos princípios do SUS (universalização, integralidade, equidade, descentralização, democratização) no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, além de contribuir no estímulo a trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção efetiva de saúde, garantindo um SUS humanizado e comprometido com a qualidade dos serviços, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários (BRASIL, 2010a).

Nota-se, portanto, que a PNH firmada no propósito de promover inovações nas práticas gerenciais e nas ações de produção de saúde coletiva propõe o desafio de romper barreiras, expressar novas atitudes e testar novas formas de gestão, visando à redução de filas e do

tempo de espera, com ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo, a fim de garantir os direitos dos usuários e a valorização dos trabalhadores da saúde com uma gestão participativa (BRASIL, 2010a).

A Portaria GM 2048/02 institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, para reorganizar a rede urgência respeitando as competências das três esferas de gestão. Essa política foi constituída a partir de componentes fundamentais como adesão de estratégias de promoção à qualidade de vida; organização de redes locais de atenção urgências; definição de componente Pré-Hospitalar Fixo; Pré-Hospitalar Móvel: SAMU; Hospitalar: portas hospitalares das unidades referência de leitos de internação de retaguarda e de longa permanência; Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral; instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências; educação continuada das equipes de saúde e orientação geral, segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2003).

Na reorganização do funcionamento da Rede de Urgência e Emergência (RUE) está inserida a PNH, também conhecida como Humaniza SUS, que traz como um dos princípios práticos do ACCR nos serviços de urgência, como ferramenta de intervenção potencialmente decisiva na realização da universalidade do acesso (BRASIL, 2009). A temática da PNH configura-se como um veículo de resolução para o enfrentamento de problemas encontrados nos serviços de emergência, tais como a superlotação dos serviços, a fragmentação do trabalho e a exclusão dos usuários, que podem ser superados ou solucionados com o uso do ACCR (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a PNH demonstra entendimento sobre a reorganização dos participantes e o protagonismo de cada um na atenção e no cuidado, bem como da força e importância que o coletivo possui nessa construção, já que a relação do profissional com usuário ultrapassa a realização de um trabalho técnico, mas incorporam a essas ações a sensibilidade e a interação da técnica com a subjetividade (FREITAS, 2013).

Conforme exposto no Caderno Humaniza SUS (2010b), a humanização é definida como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, uma prática estendida, guiando-se no método da Trílice Inclusão (Gestão, Trabalhadores e Usuários). No entanto, não basta incluir, é necessário que essa inclusão, assim como o processo de produção e de toda sua subjetividade, seja orientada por princípios e fundamentada em técnicas, políticas e parâmetros éticos que ratifiquem seu sentido no acolhimento, na clínica ampliada, na democracia das relações, na valorização do trabalhador, na garantia dos direitos dos usuários e na construção de redes.

Sendo assim, para o MS (BRASIL, 2004), humanização é o ato de praticar a valorização de todos os indivíduos envolvidos no processo de atendimento à saúde qualificada. Por conseguinte, esse conceito acarreta o aumento do nível de corresponsabilidade e na afirmação de vínculos. A PNH propõe que a humanização realize mudanças nos modelos de atenção e de gestão tendo como meta as necessidades dos usuários e a oferta dos serviços de saúde.

Para obter uma rede organizada nas unidades de saúde, a cartilha da PNH foi elaborada com ênfase no ACCR como um dispositivo útil, dinâmico e ágil para o processo de trabalho nas unidades de urgência e emergência. O ACCR identifica a demanda de cada usuário, propondo resposta imediata para seu atendimento e priorizando seu estado de saúde e sua complexidade. A questão do tempo de atendimento é justificada pela gravidade encontrada durante a consulta com a enfermeira classificadora e não pela ordem de chegada ao serviço (BRASIL, 2006).

Conforme ilumina a Cartilha ACCR, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o ACCR busca a implantação de protocolos de riscos estratificados que norteiam o profissional da porta de entrada de uma UE, na identificação de pacientes que apresentam maior risco de morte ou evolução para complicações graves, que não podem aguardar até serem atendidos pelo médico para uma avaliação diagnóstica e terapêutica efetiva (ANS, 2012). Salienta-se que esse instrumento é utilizado através da estratificação do risco e não da exclusão de qualquer paciente do atendimento ou avaliação médica.

Segundo o MS (BRASIL, 2004), a classificação de risco deve ser desenvolvida por um profissional de saúde de nível superior com treinamento específico para utilização de protocolos preestabelecidos. Em sua Portaria de nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, o MS publicou que “o enfermeiro é o profissional indicado para executar a classificação de risco”. Assim, o enfermeiro classificador avalia a gravidade do risco baseado na queixa principal dos usuários e manifestações clínicas por ela identificadas. Corroborando, segundo Cofen (2012), art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. Entende-se que o papel desse profissional deve ir além da aplicação de um instrumento que organiza a fila de espera dando uma nova ordem de atendimento aos usuários, pois ela também estabelece uma relação de confiança conforme as necessidades dos pacientes, se comprometendo a promover o acolhimento, a redução do risco e a segurança e satisfação do usuário (SOUZA *et al.*, 2011).

No Brasil, para abarcar a demanda da PNH, alguns protocolos de classificação de risco foram organizados tendo como referência o protocolo *Manchester Triage System*. Esse

protocolo foi criado em 1994, por um grupo de médicos e enfermeiros de um serviço de urgência, que tinham o objetivo de estabelecer normas e regras para a reorganização do fluxo de usuários das UE. Dessa forma, esse protocolo implantou que o profissional o qual realizasse o atendimento primário nessas unidades, atribuisse uma prioridade clínica embasado na queixa principal, sem fazer qualquer alusão a diagnóstico médico, definindo critérios avaliativos como: levantamento do problema, coleta e análise da queixa, avaliação e escolha de uma alternativa, aplicação da alternativa escolhida, monitorização e avaliação (SOUZA, 2009).

Assim, a enfermeira responsável pelo ACCR, utiliza o recurso do Protocolo de Manchester para avaliar o estado de saúde dos usuários dos serviços de urgência e emergência, podendo ser aquele classificado em cinco níveis de gravidade, por meio de cores: vermelho (emergente); laranja (muita urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente). Embora o Protocolo de Manchester não tenha sido desenhado para as condições de saúde com características brasileiras, conforme a oferta do SUS que distribui os serviços de assistência à saúde por níveis de complexidade, considera-se que os casos classificados nas cores vermelha, laranja e amarela são característicos para atendimento imediatos ou com tempo de espera menor. Os casos marcados como vermelho, laranja, amarelo e verde para atendimento nos HG e UPA, e os azuis para atendimento nas UBS (COSTA; WONG; BARBOSA, 2012).

O Protocolo de Manchester é considerado um sistema estruturado que cumpre etapas de recepcionar e classificar risco, estratificando o paciente em cinco níveis internacionalmente reconhecidos, mas também são aceitáveis três níveis de risco (emergente, urgente e não urgente), como ocorre em alguns hospitais públicos e privados no Brasil (ANS, 2012). Ressalta-se que, no caso do Protocolo/instrumento de avaliação de riscos utilizado por qualquer unidade de saúde, é preciso discernir que sua aplicabilidade deve ser compatível com a realidade do local/entorno onde se encontra a UE, de forma consensual entre os profissionais envolvidos, nesse caso, a equipe de enfermagem (NISHIO; FRANCO, 2011).

Segundo Rossaneis *et al* (2011), exercer o acolhimento é a capacidade de modificar o foco do processo de trabalho da morbidade para o usuário doente, garantindo a universalidade e acessibilidade aos serviços de saúde com resolução de suas queixas apresentadas, a partir da promoção da humanização na assistência através da valorização e estimulação dos profissionais envolvidos. Acolher é distinguir o que o outro traz como verdadeiro e individual na necessidade de saúde. O acolhimento deve apoiar-se em práticas humanizadas entre as equipes/serviços e usuários/ populações; é estabelecido de maneira coletiva, a partir da análise

dos processos de trabalho e tem como meta a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário (BRASIL, 2013). Com a finalidade de aprimorar a qualidade do atendimento do SUS, o MS tem reafirmado a PNH da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) da qual faz parte o ACCR, com propósito de praticar o acolhimento como um dispositivo de intervenção importante nos processos de trabalho em UE. O acolhimento é caracterizado pela escuta qualificada dos profissionais envolvidos, pactuação entre os setores do SUS e a capacidade do serviço em responder a seu fluxo. Portanto, para a aplicabilidade apropriada do ACCR, faz-se necessário à celeridade no atendimento mediante a aplicação de um protocolo que determina a gravidade do usuário, conforme a gravidade de sua queixa principal e não a ordem de chegada (BRASIL, 2011).

Na tentativa de reorganização de fluxos das UE, as equipes atuantes no ACCR devem apropriar-se e pôr em prática o termo acolher, que propõe ultrapassar a necessidade de somente facilitar o acesso ao serviço de saúde. Trata-se de mais que uma ação de recepção de entrada de pessoas, é um processo de trabalho contínuo que envolve escuta qualificada, humanização e conhecimento teórico-científico dos profissionais, para identificar as necessidades de saúde oriundas de cada usuário (GUEDES *et al.*, 2011).

Alguns requisitos são primordiais à realização do ACCR. Isso envolve o aprimoramento profissional de toda a equipe relacionada com a porta de entrada de uma UE; a sensibilização desses profissionais no que concerne ao trato com outros aspectos não clínicos desses usuários; o preparo de toda a equipe de forma conceitual, dentro de suas atribuições técnicas e teóricas, a fim de acolher em todas as etapas do processo de trabalho; o investimento em infraestrutura (interna e social) que busque melhorar as relações interpessoais e a atenção humanizada e a reorganização do trabalho em seus fluxos, com objetivo de aprimorar a escuta ao usuário e fazer com que a equipe tenha compromisso com a resolução dos problemas.

A escuta acurada permite que o profissional enxergue a singularidade que cada indivíduo transporta, permitindo a compreensão de algo que pode ser relevante para a caracterização da situação que o usuário lhe transmite, priorizando a intersubjetividade e não a soberania da técnica (SANTOS *et al.*, 2012). Lembrando que a classificação de risco deve ser realizada pelo enfermeiro, é imprescindível garantir sua qualificação no que diz respeito à complexidade da saúde do público idoso para uma melhor avaliação do potencial de agravamento do quadro apresentado e do seu grau de sofrimento quando adentra uma UE (ARAUJO *et al.*, 2014). Sobre essa qualificação Teixeira *et al* (2015) defende que o idoso é representado pelas frágeis condições fisiológicas e patológicas caracterizadas pela idade

avançada, determinando características próprias inclusive das patologias que lhe são acometidas e afetam a sua locomoção e sentidos em proporção maior do que em outras faixas etárias. Por conseguinte, o olhar do profissional sobre o idoso é diferenciado não no sentido de piedade ou diferenciação etária ou social, mas nas especificidades que o avançar da idade exige e na importância de um conhecimento técnico especializado desses profissionais.

No que tange ao atendimento de saúde à pessoa idosa, mesmo que esses usuários sejam em quantitativos alarmantes como nas UE, o seu direito de acessibilidade está assegurado pelo Estatuto do Idoso no capítulo IV, artigo 15, que dispõe atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe a universalidade do acesso e igualitário, em conjunto articulado e sucessivo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

É necessário, dessa maneira, que essas equipes profissionais conheçam as Políticas direcionadas à saúde do idoso a fim de buscar mais humanização no atendimento e acolhimento de pacientes que apresentam condições especiais de saúde. No que diz respeito ao cuidado ao idoso pelo profissional de enfermagem, deve-se valorizar a individualidade e a atenção que busque uma assistência firmada na qualidade e empatia (DIAS *et al.*, 2014).

Em concordância, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), pela portaria 2.528 de outubro de 2006, que tem como diretrizes entre outros: atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa. Assim, as UE devem oferecer estruturas para o cuidado integral ao idoso atendido pelo SUS, ou seja, espaços com suporte físico e acolhedor para idosos e seus familiares, promovendo um atendimento inicial de qualidade, para que seja possível garantir a continuidade da assistência livre de prejuízos ou danos no seu estado de saúde. Por considerar que tal política tem relação ideológica com as propostas pela PNH, vale ressaltar que discussões como essas aprimoram os serviços e conscientizam os autores envolvidos no acolhimento a necessidade de um olhar mais criterioso e específico como o caso da pessoa idosa, contribuindo para a percepção da importância de entender as peculiaridades e necessidades desse público.

2.3 ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Com o aumento da expectativa de vida, chegar à fase do envelhecimento se tornou uma realidade até mesmo para os países mais pobres, tornando-se um privilégio para muitos (VERAS, 2009). Nesse sentido, cada vez mais indivíduos sofrem da vulnerabilidade

proporcionada pela idade avançada, aumentando seu grau de dependência e necessidade de cuidados antes da finitude da vida. Somado a isso, existem também as alterações morfológicas e fisiológicas intrínsecas desse processo, levando a intensa busca do atendimento de resposta rápida característico da emergência (TORRES *et al.*, 2011).

Em estudo sobre o perfil dos usuários adultos que buscaram os serviços de uma unidade de urgência e emergência, em um município do interior paulista, foram analisados 477 prontuários de atendimento, no período de janeiro a dezembro de 2011, observou-se que a maior parte dos usuários atendidos era do sexo feminino (53,7%), enquanto que 46,3% desses usuários correspondiam ao sexo masculino. A faixa etária de maior evidência foi a de jovens entre 20 e 29 anos (23,9%), seguido pela população idosa com 23,1%. Em 466 (97,7%) casos a procura pelo serviço se deu de forma espontânea dos quais as principais queixas abrangeram dor aguda (26,4% maior parte dos usuários), problemas respiratórios (14,3%), trauma (11,1%), mal estar (8,8%) e sintomas de dengue (8,2%). Os pesquisadores observaram que a maioria dos problemas da população adulta que buscou esse serviço, correspondeu a problemas agudos de baixa gravidade que deveriam ter sido resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), através de acompanhamento clínico (GARCIA; REIS, 2014).

Estudos assim reforçam o perfil do idoso que mais busca esse tipo de atendimento como sendo aquele que, por vezes, não possui unidades básicas ofertadas pelos serviços públicos para tratamento e prevenção de agravos de problemas crônicos como HAS e suas complicações agudas como o AVC (GRUNEIR; SILVER; ROCHON, 2011).

Em pesquisa realizada por Rodrigues e Ribeiro (2012), foram analisados 11.930 prontuários eletrônicos, a fim de verificar as causas de alta hospitalar, óbito e tempo de internação dos pacientes atendidos no PA de uma unidade Hospitalar previamente selecionada. Mediante os dados obtidos, foi possível traçar um perfil desse público, sendo esse um dos objetivos propostos pelas pesquisadoras. A pesquisa visava caracterizar o perfil demográfico dos idosos que são atendidos neste PA e identificar as doenças que os afetam. Os resultados foram os a seguir descritos: 51,8% de idosos do sexo masculino, 78,3% com idade entre 60 a 79 anos, 90,1% de pessoas brancas e 49,7% casados, 40,6% estudaram até a 4ª série do ensino fundamental.

Do total das doenças que levaram ao atendimento no PA do Hospital estudado pelas autoras supracitadas, 8% foram devido à pneumonia, 7,6% ao trauma, 5,7% com dor abdominal e pélvica, 5% com neoplasias e 69,6% enquadrando na categoria outras. Dentro do grupo outras doenças, em 69,6% encontram-se as doenças cardiovasculares com 18,6%, sendo que destas, o AVC é a doença cerebrovascular de maior prevalência, com 38,8% casos

(RODRIGUES; RIBEIRO, 2012). É nítido que, na etapa do envelhecimento, ocorrem alterações na capacidade dos sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, renal e neurológico. As patologias que mais acometem esta população são as crônicas e as degenerativas como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que constitui fator de risco para complicações cardiovasculares; AVC; doenças osteoarticulares; disfunções neurológicas; neoplasias e pneumonia (DAMY, 2010).

A HAS é uma patologia crescente na população, principalmente na pessoa idosa, e que pode levar a sérios danos à saúde como doenças decorrentes de trombose e aterosclerose. O AVC pode ser considerado como uma das complicações da HAS, sendo também uma das principais causas de óbitos no Brasil (CANCELA, 2011). A referida pesquisa concluiu que os problemas de saúde que levam o público idoso a buscar as UE estão associados, em sua maioria, a condições crônicas agudizadas, principalmente as que envolvem o aparelho cardiovascular (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Portanto, afere-se que a demanda de idosos nas UE é um fato constante e crescente e que estes possuem necessidades específicas diante de suas condições físicas, psicológicas e sociais, requerendo um ambiente acolhedor e adequado para suprir suas necessidades (SERBIM, 2013). Dessa forma, a reorganização do sistema para uma eficiente atenção à população idosa afigura-se como um dos principais desafios que o setor saúde tem de enfrentar, o mais emergente possível (VERAS, 2009).

Para reorganizar os processos de trabalho nas UE e promover maior resolução das ações, é indispensável que os usuários sejam acolhidos de maneira qualificada, por se tratar da pessoa idosa que, não raro, chega às emergências em situação agravada do estado de saúde e sem acompanhante. Acolher supera a perspectiva de acessibilidade ao serviço representando mais que uma ação receptiva na porta de entrada. Trata-se de um processo continuado que envolve sensibilidade e conhecimento técnico-científico dos profissionais para identificar necessidades de saúde no contexto holístico de cada indivíduo (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). Contudo, as UE são conhecidas por sua complexidade, cujo ambiente proporciona a seus profissionais relações humanas complexas, principalmente no processo do cuidado. Assim, para melhor abordagem nas UE, deve ser dada importância ao estímulo das práticas no acolhimento, compreendendo quais ações estão sendo desenvolvidas para melhor atuação da equipe da porta de entrada, especialmente no atendimento à pessoa idosa com suspeita de AVC (BELLUCI; MATSUDA, 2012).

Conforme Potter e Perry (2013), existem oito dimensões de cuidado voltadas ao paciente, tais dimensões estão diretamente ligadas às suas experiências de atendimento de

saúde que envolve, em sua maioria, a prática de enfermagem. Nesse sentido, percebe-se a importância das habilidades do enfermeiro, por este estar envolvido em quase todas as etapas do cuidado do paciente, tornando mais evidente a necessidade de aprimoramento profissional para a qualidade no atendimento inicial prestado. Além disso, é necessária uma visão ampliada sobre a qualificação dos profissionais de enfermagem que necessitam participar de forma eficaz de cada aspecto dos cuidados à saúde, principalmente no que se refere à população idosa, adquirindo conhecimentos e capacitação necessários a uma prática competente e eficaz (POTTER; PERRY, 2013).

Em estudo realizado por Bif (2011), com cinco profissionais de enfermagem atuantes em uma UE, em Santa Catarina, verificou-se que os participantes da pesquisa concordam com a realização de uma atenção diferenciada aos pacientes idosos que procuram este serviço, uma vez que, no geral, este público apresenta mais fragilidade e vulnerabilidade o que necessita de uma atuação rápida da equipe de enfermagem. Pode ser adicionada a essa realidade a evidência constatada pela pesquisadora de que, no Hospital estudado, não existe nenhum protocolo específico para atendimento ao idoso e nem mesmo preparo e/ou treinamento específico para a equipe profissional que ocupa esta porta de entrada, para um melhor atendimento prestado a essa clientela.

Em uma pesquisa realizada por Tenório e Camacho (2015), na Emergência de dois hospitais, um no município de Niterói-RJ e outro no município do Rio de Janeiro-RJ, buscou-se estudar os principais agravos à saúde que levam o idoso a procurar serviço de emergência, no período de um mês. Os pesquisadores verificaram que, na UE do Hospital do município de Niterói, idosos entre 60 a 79 anos são os que mais buscam os serviços de emergência por não estarem aprendendo a lidar com doenças crônicas das quais são portadores, surgindo complicações seja por diagnóstico tardio seja por não buscarem a linha de tratamento adequada. Na UE em questão, as doenças que mais apareceram foram o câncer e a HAS.

Ainda de acordo com a pesquisa realizada na UE do município do Rio de Janeiro, a faixa etária de maior incidência ficou entre 70 a 79 anos, sendo 10 homens entre as 20 pessoas entrevistadas. Averiguou-se que os homens buscam esse tipo de serviço por não terem o hábito de fazer tratamento periódico nos serviços de atenção básica, terminando em unidades de urgência e emergência. As doenças que mais levaram esses pacientes a um serviço de emergência foi a HAS, a diabetes *mellitus* e cardiopatia (TENÓRIO; CAMACHO, 2015).

Em outra pesquisa realizada no Brasil por Acosta e Lima (2015), foi identificado que 42,9%, dentre os 18 usuários que entrevistaram em uma UE de um hospital de grande porte do Sul do Brasil, eram idosos e se encontravam em processo de agudização de doenças

crônicas, achando mais fácil a acessibilidade ao serviço de atendimento médico através de uma UE do que na porta de entrada do SUS, que é a Atenção Básica. Esses usuários foram considerados frequentes ao buscarem o serviço por quatro vezes ou mais, no período de um ano. Os mais intensos motivos que os levaram a esse tipo de atendimento foram doenças crônicas (crises hipertensivas, asmáticas e hipoglicêmicas) e agravos agudos recorrentes ou que necessitavam de assistência imediata.

Considerando que os serviços de saúde vêm enfrentando diversos desafios diante do fluxo de atendimento invertido pelos usuários SUS, parte dessa problemática deve-se ao fato de as pessoas não buscarem o cuidado terapêutico promovido pela atenção básica. Dessa forma, os idosos acabam por frequentar mais as unidades de emergência a partir de um adoecimento agudo, o que culmina em superlotação dessas unidades devido ao aumento da expectativa de vida acompanhada de agravos à saúde. Em levantamento bibliográfico, é notória a preocupação da literatura com a qualidade da assistência oferecida ao público idoso e a forma como se disponibilizam os serviços a eles prestados, bem como a capacidade das UE em atender à crescente demanda idosa. Sob esse aspecto, fica claro que a complexidade da demanda idosa requer cuidado específico, uma vez que o principal serviço utilizado pelo público idoso é o da emergência hospitalar, por não buscarem serviços de atenção primária ou pré-hospitalares em caso de adoecimento agudo (CALDAS *et al.*, 2015).

O cuidado ao idoso deve ser realizado com responsabilidade e compromisso, dando a devida atenção às especificidades. Cuidar é possibilitar o diálogo entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, considerando a complexidade que a idade avançada proporciona, pois isso pode promover perdas cognitivas ou mudanças comportamentais e emocionais, exigindo competências técnicas específicas para executar este cuidado (KÜCHEMANN, 2012). Nas UE não só o conhecimento técnico é essencial ao enfermeiro que trabalha no ACCR, deve-se contemplar também um acolhimento que observe o indivíduo e crie um elo de interação entre o profissional e o usuário, aprimorando o conhecimento sobre o histórico clínico do paciente e possibilitando a identificação de sinais e sintomas de doenças que necessitem de intervenção imediata (GONÇALVES *et al.*, 2015).

É justo pela necessidade de cuidados imediatos aos pacientes com quadro grave AVC que o ACCR foi introduzido no SUS, baseado em políticas de humanização, a fim de minimizar não só problemas de superlotação, mas também os problemas provenientes da falta de cuidados primários e imediatos ao idoso e público em geral (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

3 METODOLOGIA

Este item ilustra o conjunto de procedimentos e técnicas utilizadas para alcance dos objetivos do estudo. Assim, dividiu-se a metodologia em itens que melhor identificam as etapas utilizadas nesta trajetória, constando de tipo de estudo; *locus* da pesquisa; participantes da pesquisa; aspectos éticos; coleta de dados e análise dos dados coletados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa no qual foram utilizadas informações de fontes primárias. Abordagem qualitativa foi adotada por ser a mais conveniente no sentido de alcançar os objetivos expostos.

A pesquisa descritiva é aquela que permite ao pesquisador observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, procurando avaliar as várias situações e relações que ocorrem no universo social, político, econômico e demais aspectos do comportamento humano, tanto individual como coletivo (CERVO *et al.*,2007).

Optou-se por realizar pesquisa qualitativa, que permite desvelar processos sociais pouco conhecidos em relação a grupos, proporcionando construção de novas abordagens, revisão e criação de novos paradigmas e categorias no percurso da investigação (MINAYO 2007).

A pesquisa qualitativa busca descrever a realidade do problema estudado, sem envolver a manipulação de qualquer variável numérica, considerando todos os componentes existentes nas situações observadas, como interação e influenciam um ao outro reciprocamente, sem introduzir informações que não sejam reais (GRESSLER, 2004).

3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

O cenário de investigação constitui o campo de possibilidade de aproximação do objeto ao que se busca entender e aprofundar o conhecimento, bem como da construção de conceitos a partir da realidade presente (MINAYO, 2010).

O HG é de grande porte, alta complexidade, terciário e de caráter assistencial, de referência no estado da Bahia, principalmente nos serviços de neurologia, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, cirurgia pediátrica e neonatal, maternidade de risco.

Escolheu-se como campo de investigação, o HG, pois – além de ser o hospital de referência do estado da Bahia para doenças cerebrovasculares – foi também campo de atuação do Projeto do PET Redes de Atenção na Urgência e Emergência entre 2013 e 2015.

Desde o ano de 2011, o HG encontra-se inserido na implantação e consolidação de grandes projetos em nível federal, entre eles o Programa Saúde Toda Hora, SOS Emergências e a Rede Cegonha. Estes projetos tiveram, ao longo dos últimos três anos, importância fundamental por promover avanços na capacitação da gestão, no repasse de recursos financeiros, na aquisição de bens e equipamentos e, principalmente, na qualificação da assistência em padrões de alto nível, segundo protocolos universalmente aceitos em colaboração com o Hospital Sírio Libanês em São Paulo. Aliado a essa proposta, o MS contemplou o hospital com os programas: Permanecer SUS, PET Saúde, PET REDE e Cotidiano SUS, enquanto Princípio Educativo (REDE HUMANIZA SUS, 2015).

As atividades do PET no HG iniciaram com a realização de um diagnóstico situacional de como ocorria o acolhimento e o fluxo de pacientes no Hospital, com a colaboração de trabalhadores e gestores. Assim o resultado foi incorporado ao Plano de Ação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH).

Ressalta-se que, embora o serviço esteja inserido no programa SOS Emergência da rede do SUS, e norteado pelas linhas de atendimento do programa, o PET levantou alguns problemas na porta de entrada, evidenciando uma necessidade de investigação mais intensa e detalhada, como falhas no ACCR, com pacientes perdidos na unidade, muitos deles idosos.

O HG é um hospital de ensino, contemplado pelo programa SOS Emergência, que possui a linha do cuidado ao AVC, e certificado pelos MS e da Educação. Inaugurado em março de 1979, é o maior hospital público do estado, com 640 leitos, atendendo diariamente 850 usuários no ambulatório de múltiplas especialidades, com demanda aberta e usuários regulados, com diagnósticos clínicos e cirúrgicos variados, provenientes da capital e de todo o Estado (SESAB, 2014).

Para atender à linha do cuidado de AVC, o hospital conta com serviço médico de neurologia clínico e cirúrgico 24 horas, exames de imagem como tomografia computadorizada, serviço de hemodinâmica e leitos de internamento da unidade de AVC (SESAB, 2016).

Na Bahia, a unidade de AVC do HG foi a primeira no serviço público de saúde do Estado a proporcionar aos usuários do SUS um atendimento diferenciado, otimizando a assistência às pessoas acometidas que chegam a UE. O projeto pioneiro do SOS emergência da rede do SUS foi inaugurado no dia 14 de maio de 2012, ocupando uma área de 112 metros

quadrados, com profissionais especializados durante 24 horas, equipe multidisciplinar, ponto de ECG, carrinho de emergência em 11 leitos a unidade de AVC, dos quais dois para ventilação mecânica e um para trombólise.

No HG, o ACCR funciona com a atuação de 18 enfermeiros fixos, que trabalham em regime de escala de plantões (diurno e/ou noturno), utilizando-se do Protocolo de Manchester e de AVC para avaliar o estado de saúde do usuário que busca atendimento.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Diante dos objetivos propostos, foram convidados a participar da pesquisa todos enfermeiros correspondente a 18 profissionais e que estavam atuando no acolhimento da unidade de emergência adulto do HG e atendiam aos critérios de inclusão: estar em escala no período da coleta; ter no mínimo seis meses de experiência no ACCR, independente do vínculo empregatício com a instituição, e ter disponibilidade para participar do encontro para coleta dos dados. Foram excluídos os participantes que exercia atividades de chefia na UE.

Antes de iniciar a coleta, houve uma aproximação com os profissionais que ocorreu em um período de sete dias, ao final do plantão. Por meio de conversas informais, foi possível conhecê-los, apresentar o projeto e sua relevância, objetivos, método e importância para o cenário dos enfermeiros distribuídos diariamente no setor do acolhimento.

O conhecimento dos enfermeiros, decorrente da aproximação, auxiliou na seleção dos participantes de acordo com os critérios de inclusão. Por fim, os profissionais foram convidados para participar da pesquisa totalizando 16 participantes, aqueles que aceitaram, foi marcado dia e hora para participação do grupo de discussão.

O projeto foi também apresentado à coordenação da unidade e diretoria de enfermagem do hospital, que acolheram a proposta e disponibilizaram seis horas de folga aos enfermeiros participantes.

Desse modo, vale ressaltar que a parceria estabelecida entre a pesquisadora e a coordenação de enfermagem da UE e do hospital foi essencial para a identificação dos participantes, estímulo de participação na pesquisa com a liberação de carga horária e o apoio na organização do cronograma com datas previamente escolhidas pelas participantes. Essas ações favoreceram a abordagem e a aproximação com os profissionais do ACCR. A rigor, à proximidade com participantes da pesquisa torna-se um momento importante para sua concretização.

Nos estudos empíricos, esse encontro é descrito por um processo de mão dupla: tanto o pesquisador conhece as pessoas em estudo, quanto se torna conhecido por elas. Igualmente não só os indivíduos se modificam diante do pesquisador, como também o pesquisador modifica a si mesmo e a sua atuação, dependendo da empatia e do envolvimento que cria com os colaboradores (GUERREIRO, 2006).

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foi adotada como técnica de coleta de dados o Grupo Focal (GF) que ocorreu no período de maio a junho/2016. O GF gera e analisa a interação entre os participantes do estudo, através de uma abordagem qualitativa em grupo e não individual; seus participantes devem possuir objetivos comuns, abordados de forma coletiva (BARBOUR, 2009). A utilização desses dados pode se dar posteriormente em projetos de intervenção ou redirecionados a programas existentes (BÓGUS; NOGUEIRA-MARTINS, 2004). Para Barbour (2009, p.21), esta é uma técnica de entrevista em grupo, cujos participantes possuem características em comum, guiada por um coordenador/moderador, que deverá promover a participação de todos, evitando a dispersão dos objetivos da discussão e fazendo com que todos participem da discussão igualmente:

Entretanto, também se relaciona com a preparação necessária ao desenvolvimento de um guia de tópicos (roteiro) e a seleção de materiais de estímulo que incentiva a interação, assim como as decisões feitas em relação à composição do grupo, para garantir que os participantes tenham o suficiente em comum entre si, de modo que a discussão pareça apropriada, mas que apresentem experiências ou perspectivas variadas o bastante para que ocorra algum debate ou diferença de opinião.

Trata-se, então, de uma amostra intencional com características compatíveis aos objetivos estudados.

A preferência do GF, como metodologia, ocorre por esta se basear em ideias da coletividade expressadas através de suas crenças, valores e representações sociais da criação de um ambiente permissivo e da obtenção de respostas não previstas pelo pesquisador, proporcionando a captação das percepções e atitudes da população estudada sobre o tema proposto (BÓGUS; NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

Esse método admite a criação de um ambiente de pesquisa e reflexão, baseando as discussões em determinado foco e utilizando um roteiro de questões previamente selecionadas (SANTOS; CANDELORO, 2006).

Ainda em concordância, destaca-se que, para a realização da coleta, foram necessários, além da pesquisadora que atuou como moderadora, um outro elemento que foi a observadora. Esta, uma discente de mestrado da EE/UFBA, foi convidada como voluntária a participar da coleta de dados, contribuindo com atividades voltadas para registro de falas dos participantes, apoio na condução de cada encontro, controle de tempo, gravações das reuniões e relatório final de cada atividade do GF.

O moderador necessita ser um facilitador do debate; realizar a abertura do grupo focal; fornecer informações que abordem o encontro; promover a apresentação dos participantes; esclarecer sobre as dinâmicas de discussões; fomentar opiniões diferentes; esclarecer os aspectos éticos da pesquisa; propor questões para debate e conduzi-las; sintetizar as sessões anteriores e encerrar. Com relação ao observador, este registra o que ocorre no grupo; auxilia na condução da sessão; colabora com o moderador no controle do tempo e na monitoração do equipamento de gravação; e ao final, contribui com seu parecer (BARBOUR, 2009).

3.4.1 Operacionalização do Grupo Focal

Conforme define Trad (2009), o grupo focal (GF) é uma técnica utilizada em pesquisas qualitativas baseada em sessões de entrevistas grupais, a fim de coletar informações através das interações que ocorrem nesses grupos.

Uma vez definido o propósito da sessão, é necessário fazer um planejamento sobre o conjunto de elementos essenciais para seu total desempenho, seguindo as seguintes etapas: analisar os recursos a serem utilizados nessas sessões; definir o número de participantes de cada grupo e quantos grupos serão necessários; identificar um perfil dos participantes; definir um roteiro para as questões a serem levantadas e definir um tempo de duração para cada sessão (BARBOUR, 2009). Para tanto, nesta pesquisa optou-se dividir os grupos com o número de quatro, cinco e sete participantes de forma abranger todo universo investigado.

A seguir, serão descritas as etapas do GF que foi organizado e operacionalizado com a ajuda de duas bolsistas de iniciação científica da EE/UFBA, além de cinco voluntários participantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Idoso (NESPI). As duas bolsistas foram responsáveis em recepcionar os participantes da pesquisa, entregar TCLE e questionário de caracterização dos participantes, além de monitorar o tempo de discussão. Os cinco voluntários desempenharam papel de equipe de apoio com ações voltadas para logística

da coleta de dados, assim, organizavam a montagem e desmontagem do ambiente, e serviam lanches, café e água, para que a discussão transcorresse ininterruptamente.

3.4.1.1 Recursos utilizados no grupo focal

As reuniões foram realizadas na sala do anexo do HG. Ao final de cada discussão, foi disponibilizado um rápido lanche para os participantes. Para a coleta dos dados durante o GF foram utilizados crachás para identificação dos participantes; dois gravadores para gravar as discussões; papel A4 e caneta para anotações pertinentes; um roteiro elaborado previamente com questões norteadoras para a discussão; além de um notebook para explanação da pesquisadora acerca da temática do ACCR, para a finalização dos GF e para qualquer necessidade que ocorresse.

Desse modo, foi importante um espaço acolhedor e livre de interferências externas para a realização dos encontros, essa dinâmica garantiu privacidade para promover o debate e aprofundar as discussões. Ainda de acordo, as cadeiras foram dispostas em torno de uma mesa de conferências em círculo, promovendo, assim, a participação e a interação ativa dos participantes. Um local reservado é ponto importante e destacado para a realização do GF (ZAGANELLI *et al.*, 2015).

3.4.1.2 Número de grupos e quantidade de participantes por grupo

Foram organizado três grupos distintos de enfermeiros classificadores, abordados igualmente em cada encontro do GF. Nesses, pretendeu-se buscar a saturação das alternativas de discussão por meio dos posicionamentos diversos durante a participação dos mesmos. Assim, no primeiro GF participaram quatro enfermeiros, cinco no segundo e sete no terceiro – totalizando 16 participantes. Percebeu-se um aumento progressivo de participantes no decorrer dos encontros. Acredita-se que esse fato pode estar relacionado aos expressivos comentários de satisfação da participação na pesquisa, em cada finalização dos encontros. A valorização das discussões e o tempo a elas destinado estabelecem uma série de adequações com o uso da técnica, principalmente no que diz respeito ao aprofundamento e à variedade dos temas abordados. Basicamente, há dois procedimentos: (a) manutenção dos mesmos participantes para realizar com eles mais de um encontro, propondo novos temas e/ou aprofundando-os a cada reunião, e (b) conservação dos mesmos temas com a substituição os participantes (NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, a fim de atender ao objetivo proposto, optou-se por manter os mesmos temas e substituir os participantes para alcançar a participação do maior número de enfermeiros classificadores com as mesmas temáticas, a fim de obter as diversas percepções em relação ao objeto de pesquisa em questão.

Estudo de revisão integrativa que objetivou identificar as características metodológicas utilizadas nas publicações científicas da área de Enfermagem apontou que, em mais de 16% dos estudos, o GF teve nove participantes; apresentando o mínimo de quatro participantes e o máximo de 20; sendo considerada uma média de, aproximadamente, dez participantes por estudo (BUSANELLO *et al.*, 2013). Para Bloor *et al* (2001), é perfeitamente possível formar um GF com três ou quatro participantes, sendo que esta condição está diretamente relacionada ao objeto de pesquisa. Assim, o pesquisador não deve esquecer-se de que, por ser uma técnica que visa à coleta de dados qualitativos, o número de pessoas no GF não é rigidamente determinado por fórmulas matemáticas, mas pela aproximação dos participantes com o universo investigado, não se prendendo, portanto, a relações de amostragem (DE AZEVEDO; DE OLIVEIRA; CHIESA *et al.*, 2009).

Ainda de acordo, o relato de uma pesquisa em que foi definida a participação de 16 integrantes no GF, apontou para dificuldades na condução das discussões. Vislumbrou-se nesse estudo, a impossibilidade de garantir a participação de todos os participantes, bem como de manter o foco da temática em torno das questões norteadoras pré-definidas. Desse modo, os pesquisadores avaliaram que a melhor conduta, nessa ocasião, era dividir os participantes, realizando dois grupos de oito pessoas (TRAD, 2009).

Para que o convívio entre os profissionais não fosse prejudicado ou inibido durante as discussões, antes do início de cada grupo, a pesquisadora estabeleceu algumas regras básicas de convivência (pontualidade, assiduidade, respeito à fala do outro, liberdade de todos participantes para discussão, discordância e embates sobre a temática investigada e sigilo das informações trazidas pelo grupo). Acredita-se que o seguimento dessas etapas trouxe uma experiência exitosa para a organização inicial dos encontros.

3.4.1.3 Perfil dos participantes

Os participantes do GF, quando pesquisados para fins de coleta de dados sobre um determinado tema, não precisam fazer parte de uma mesma classe social, nível hierárquico ou classe profissional, basta que pertençam a um grupo que conviva com o assunto proposto pelo moderador (GASKELL, 2002). Nesse caso, o perfil dos profissionais escolhidos para

participar das discussões em grupo referiu-se aos enfermeiros classificadores por serem responsáveis pelo acolhimento ao idoso com suspeita de AVC no HG e apresentavam perfis mistos com experiências profissionais diversificadas. A maioria possuía vínculo profissional terceirizado e apenas duas participantes eram estatutárias.

Considerando a dinâmica do GF, os participantes, de modo geral e mesmo dotados de experiências, escutam as opiniões dos outros antes de formularem as suas próprias ideias. Assim, podem constantemente modificar sua posição ou argumentar melhor sua opinião inicial, quando envolvidos na discussão em grupo (TRAD, 2009).

3.4.1.4 Questões norteadoras para discussão no GF

Nesse momento, a pesquisadora definiu o roteiro das questões a serem levantadas nos encontros do GF, e que serviram de norte para as discussões, a fim de possibilitar o alcance dos objetivos propostos. Seguem abaixo as questões que foram parte do roteiro das discussões:

- ✓ Como ocorre a atuação de vocês durante o Acolhimento com Classificação de Risco a pessoa idosa com suspeita de AVC?
- ✓ Quais fatores interferem para o Acolhimento com Classificação de Risco à pessoa idosa com suspeita de AVC?
- ✓ Quais estratégias vocês entendem que pode assegurar a qualidade do seu Acolhimento com Classificação de Risco a pessoa idosa com suspeita de AVC?

Estudo aponta que, para a operacionalização da dinâmica dos encontros, há necessidade de se elaborar guias de temas de acordo com os propósitos da pesquisa. Os guias de temas constituem-se em um roteiro que contém as questões norteadoras e motivadoras para provocar a discussão em grupo (GURGEL *et al.*, 2010).

3.4.1.5 Quantidade de reuniões e tempo de duração

Pesquisas revelam que o tempo de cada reunião dependerá da natureza do problema em questão (GATTI, 2005). Cada reunião do grupo, em média, deve ter entre noventa minutos a três horas, objetivando coleta de dados, evitando desgastes dos participantes e a manutenção do foco do problema (NOGUEIRA *et al.*, 2004). Foram realizados três encontros com grupos distintos, a fim de contemplar todos os profissionais envolvidos no acolhimento no HG. Esses encontros tiveram a duração de uma hora e meia. Assim, foi possível obter subsídios de

informações suficientes para as discussões focadas em compreender como ocorre o acolhimento ao idoso com suspeita de AVC.

Dessa forma, a pesquisadora organizou e ordenou as respostas obtidas, respeitando a sequência lógica das falas, individualmente, para que fosse possível entender as colocações e oportunizar a participação ativa de todos, relacionando-as com as questões levantadas durante as discussões.

3.4.2 Realização dos Grupos Focais

Os encontros aconteceram na sala 120 do anexo do HG, onde ocorrem treinamentos da educação permanente da referida instituição, conforme combinado com a coordenação de enfermagem. Foram disponibilizadas as datas 09 e 25 de maio e 06 de junho de 2016 de acordo com a liberação do espaço em relação a dia e horário. Posteriormente foi solicitada para coordenação a distribuição dos grupos de enfermeiros selecionados, atuantes no ACCR, de modo a não prejudicar as atividades laborais.

Sobre a identificação do GF, as falas dos participantes foram identificadas pela denominação da categoria profissional, da sigla E1, acrescido do numeral de ordem crescente.

3.4.2.1 Dinâmicas do GF: Primeiro, Segundo e Terceiro dia

As reuniões do GF aconteceram em três dias distintos. Em cada uma delas, inicialmente foram estabelecidas as regras básicas de convivência do grupo. Conseqüente, em todos os encontros eram realizadas uma dinâmica de integração, solicitando que os participantes se dividissem em duplas e brevemente comentassem sobre o seu histórico pessoal e profissional, sobre os motivos que os levaram a participar da pesquisa e as suas expectativas em relação ao estudo. Então, uma integrante apresentou a dupla e assim sucessivamente.

Em todos os encontros, foram apresentados aos participantes da pesquisa os crachás de identificação com as integrantes da equipe de apoio, os documentos como TCLE e questionário de caracterização, sendo dado o tempo de dez minutos para que pudessem ler e preencher os formulários solicitados. Em seguida, a moderadora dava boas vindas e apresentava a programação da execução do encontro.

De modo a estimular a participação e melhorar o clima introspectivo, a moderadora iniciava todos os encontros relatando um estudo do caso de um paciente idoso com suspeita

de AVC, que aguarda o ACCR, com um tempo de espera acima do ideal. Tal atividade teve o propósito de motivar a participação do grupo e incentivou o início as discussões.

Após perceber o interesse de participação ativa do grupo, a moderadora disparou as questões norteadoras, e, após cada uma delas, estipulou um tempo de 20 minutos para discussão.

Ao longo das discussões, a técnica de GF constatou um fato curioso, a inquietude na totalidade dos participantes em ampliar os discursos para outros públicos e afecções, condutas de classificação risco e utilização de protocolos institucionais. Sendo assim, houve necessidade de um redirecionamento por parte da moderadora para focar a discussão no tema proposto.

No primeiro dia, os questionamentos eram voltados para o atendimento de emergência à pessoa idosa. Esse dado abrangia os *déficits* na formação e especialização para lidar com esse público nas UE.

No segundo dia, os participantes colocaram-se de forma a indagar a moderadora sobre as experiências desta com o uso da classificação de risco e protocolo Manchester para o cenário de saúde do país. A maioria dos integrantes do grupo se posicionava sobre as fragilidades apresentadas por este protocolo, além de expor certa insatisfação na utilização desse dispositivo. Após a discussão que durou cerca de 90 minutos foi perceptível a saturação nas falas, nesse instante percebeu-se uma repetição de discurso semelhante ao primeiro dia de coleta, sendo encerradas as atividades do dia.

No terceiro e último dia, os entrevistados enfatizaram relatos sobre as facilidades e dificuldades durante o acolhimento a este público. Apenas dois citaram a vantagem em estar na unidade de referência de AVC, sem adentrar em detalhes de disponibilidade de recursos. Já os demais detiveram-se a relatar as dificuldades e frustrações em lidar com a alta demanda do HG e com situações de conflitos em contra referenciar um idoso que não está agudizado e fora do tempo janela, e /ou ter que assisti-los internados na porta de entrada em cadeiras ou macas aguardando vagas. Segundo relatos, o protocolo de AVC institucional é desprovido da universalidade do acesso à assistência e abrange somente os pacientes diagnosticados em tempo janela terapêutica.

Ao término das atividades de todos os encontros, a pesquisadora apresentava de maneira sintetizada, e com base na literatura critérios de práticas de acolhimento, protocolo de Manchester, atenção à pessoa idosa no serviço de urgência e AVC.

Ao término de cada encontro, a moderadora era questionada sobre suas experiências em relação ao acolhimento da pessoa idosa, uso de protocolos de Manchester e AVC, havendo

nesse um momento uma troca de experiências entre a pesquisadora e colaboradores. Desse modo, a moderadora encerrava a coleta de dados e apresentava algumas evidências sobre o tema. Após os participantes cessarem suas dúvidas, eram finalizadas as atividades de coleta.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, as falas dos participantes foram transcritas em formato *.doc* (Microsoft Word), conforme conteúdo das gravações ao fim de cada reunião do GF. As falas coletadas foram analisadas individualmente, organizadas e categorizadas através de dados qualitativos de natureza verbal, adquiridas através dos depoimentos dos pesquisados.

Contudo, os dados foram tratados a partir da análise de conteúdo temática proposta por Bardin que, de acordo com Minayo (2013) refere-se a uma técnica que busca responder conceitos ou ideias que transcrevam respostas para o objeto de pesquisa investigado.

Em relação à análise temática, Bardin (2016) refere-se que esta consiste em desvelar núcleos de sentidos existentes na comunicação, cuja aparição pode ter algum significado para o objetivo selecionado, tendo como unidade de registro o tema, que é a unidade de significação que se desliga fluentemente na análise de um texto. Ainda de acordo com a autora, esta análise propõe obter a definição do conteúdo dos discursos, em que presença ou frequência com que apareçam permita interferências e respostas aos dados avaliados.

Minayo (2013) acrescenta que a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser representada através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo. Para sistematizar a técnica, devem ser seguidas três etapas: pré-análise, exploração de material e tratamento/interpretação dos dados coletados. A pré-análise: consiste na fase de organização propriamente dita, em que são escolhidos os documentos a serem analisados e são retomadas as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa. A pré-análise é composta pela leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, sendo, na leitura flutuante, o contato intenso do pesquisador com o material (MINAYO, 2013).

A constituição do *corpus* é definida por Bardin (2016) como um conjunto dos documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, que implica na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A exaustividade refere-se à contemplação do material quanto aos aspectos levantados pelo roteiro; a representatividade consiste na presença de características essenciais do universo pretendido; a homogeneidade diz respeito à obediência a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados. Por fim, a pertinência,

que corresponde à adequação dos documentos analisados, no sentido de responder aos objetivos do trabalho (MINAYO, 2013).

A Exploração do Material, seguindo Bardin (2016), trata-se de uma fase longa, que consiste em operações de codificação e decomposição. Nessa fase, ocorre a exploração do material, na qual o pesquisador busca encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas, a partir das quais o conteúdo de uma fala será organizado, gerando a categorização, ou seja, a redução do texto às palavras e expressões (MINAYO, 2013). Na terceira fase, tratamento dos dados obtidos e interpretação, os resultados brutos são tratados para que sejam validados. As informações fornecidas pela análise são condensadas e postas em relevo. A partir disso, são feitas inferências e interpretações que se inter-relacionam com o quadro teórico inicial, ou possibilitam o surgimento de novas dimensões teóricas e interpretativas (BARDIN, 2016).

Tendo como base a explanação acima, a análise dos dados ocorreu da seguinte forma: na fase de pré-análise, procedeu-se à transcrição das entrevistas, à leitura flutuante de todo o material e à retomada dos objetivos do estudo, procurando-se responder a estes. Assim, foram realizadas várias leituras do material das entrevistas, tentando familiaridade com os textos, buscando apreender seu conteúdo. Esta etapa constituiu-se também na organização do material. Na fase de exploração do material, a leitura do conteúdo ocorreu de forma sistematizada, identificando ocorrências pertinentes à pesquisa.

Constituindo-se dessa forma, a fase exploratória, em que o “*corpus*” foi submetido a um estudo mais aprofundado e orientado, a princípio, por referências bibliográficas. Os procedimentos de unidade de registro, codificação e categorização que foram básicos nesta etapa do estudo.

O momento de tratamento dos dados se constituiu na formação dos temas em que foram sintetizadas as unidades de registro, agrupando-as, categorizando-as e subcategorizando-as. Portanto, nesta pesquisa, trabalhar com categorias consistiu-se em agrupar elementos, ideais ou expressões de maneira empírica, baseados nas discussões realizadas no GF.

3.5.1 Aspectos Éticos

O projeto matriz do qual este faz parte, Acolhimento e Cuidado na Unidade de Emergência, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) sob o parecer 1.172.310 em 06/05/2015. Nessa

coleta, foram considerados os princípios bioéticos estabelecidos pela Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), MS, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, de forma a obedecer às diretrizes e normas quanto à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, assegurando os direitos de cada indivíduo pesquisado.

De acordo com o princípio da autonomia, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida. Esse princípio foi respeitado durante a pesquisa referida, frente às opiniões dos profissionais convidados em participar da pesquisa. Em concordância, os participantes poderiam aceitar ou não participar da pesquisa e acerca da sua participação foram esclarecidos mediante a leitura e assinatura do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Todos os colaboradores foram informados acerca dos riscos e benefícios da pesquisa proveito indireto e posterior, ou seja, os riscos poderiam estar relacionados ao desconforto que poderia ser gerado durante o desenvolvimento das discussões provocadas nos grupos e o constrangimento ao relatar sobre seu método de abordagem à pessoa idosa com AVC em uma unidade de emergência. Já os benefícios foram creditados às reflexões dos resultados encontrados na pesquisa, dando possíveis sugestões de melhoria para o acolhimento do público idoso com quadro de AVC.

Ao longo dos encontros, foram feitas propostas de treinamento para o acolhimento das equipes de porta de entrada da UE e incentivo para uma escuta qualificada das equipes desta unidade. Desse modo, os objetivos e relevância desse estudo foram esclarecidos para cada indivíduo pesquisado, bem como suas contribuições – sejam elas individuais ou coletivas – para comunidade científica.

Para os que aceitaram participar foram garantidos os direitos de desistir a qualquer fase dessa pesquisa, sem que ocorresse prejuízo do seu vínculo empregatício, podendo entrar em contato com os pesquisadores por telefone ou e-mail para esclarecimento ou dúvidas que por ventura existissem. Os participantes foram informados do não recebimento de recursos financeiros pela participação da pesquisa; a segurança, confiabilidade, o anonimato e a privacidade dos elementos coletados, de maneira que os dados obtidos não foram associados à sua pessoa em nenhum momento do trabalho, tendo havido o compromisso empenhado do pesquisador em manter o anonimato dos participantes envolvidos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No sentido de caracterizar os participantes da pesquisa, inicialmente serão apresentados os aspectos sociodemográficos. A composição dos enfermeiros do ACCR corresponde a um total 18 profissionais. Participaram da pesquisa 16 sendo 12 do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com faixa etária prevalente de 30-39 anos, a maioria das mulheres autodeclaradas pardas, sendo oito solteiras e os homens em sua totalidade declararam raça negra. Quanto aos aspectos instrutivos, predominaram as participantes que tinham o terceiro grau. Dentre elas, sete referiram especialização do tipo *lato sensu*, três cursaram na área de Emergência e as demais em Cardiologia e Hemodinâmica, Gestão Hospitalar, Enfermagem do Trabalho e Saúde Pública.

Em se tratando do vínculo institucional com o hospital de referência em questão, das 16 participantes, 14 indicaram ser regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), destas 12 são contratadas pelo Instituto de Gestão e Humanização (IGH) e duas são vinculadas à Fundação Estadual de Saúde da Família (FESF).

O regime estatutário foi mencionado por apenas duas das participantes, ambas vinculadas à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Prevaleram 13 relatos de jornada de trabalho superior a 36 horas semanais, com destaque para a renda mensal entre dois e seis salários mínimos.

No que concerne à prática do ACCR, foi destacado que dez participantes possuía tempo médio de um a três anos neste setor, sendo que este mesmo quantitativo declarou não ter sido capacitado para tal função. Em se tratando de atualização relacionada à temática “AVC”, foi evidenciado que metade dos participantes teve aproximação com o tema, mediante a participação em eventos institucionais. A outra metade revelou não ter tido qualquer contato com o conteúdo.

A seguir, a tabela 1 representa a caracterização dos 16 enfermeiros que contribuíram para a pesquisa. Estes realizam o ACCR na porta de entrada do HG estudado, representando compilado das informações cedidas por eles para constituir perfil dos participantes dos GF.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes (N=16). Salvador- BA, Maio e junho 2017.

Dados sociodemograficos	N	%
Sexo		
Masculino	4	25,0
Feminino	12	75,0
Faixa etária		
20-29	6	37,5
30-39	7	43,8
40-49	2	12,5
50-59	1	6,2
Raça/cor		
Negra	7	75,0
Parda	7	25,0
Branca	2	
Estado civil		
Casado	6	37,5
Solteiro	10	62,5
Nível de instrução		
Apenas graduação	9	62,5
Especialização	7	37,5
Vínculo institucional		
IGH	12	75,0
FESF	2	12,5
SESAB	2	12,5
Tempo de experiência no ACCR		
<1 ano	4	25,0
1-3 anos	10	62,5
> 3 anos	2	12,5
Atualização na temática ACCR		
Sim	6	37,5
Não	10	62,5
Atualização na temática AVC		
Sim	5	31,25
Não	11	68,75
Contato com a Disciplina de Saúde do Idoso		
Sim	4	25,0
Não	12	75,0

Fonte: Dados do estudo.

A seguir, serão apresentados os resultados desta pesquisa no formato de artigo científico, como forma de atender aos critérios exigidos pelo Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. A formatação apresentada pelos manuscritos segue os parâmetros exigidos por cada uma das revistas a que foram submetidos.

O primeiro manuscrito, intitulado “*Acolhimento com Classificação de Risco ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular*”, foi elaborado a partir das instruções as autores

para publicação e apresentação aos editores do periódico do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa em Salamanca – Espanha, no período 12,13 e 14 de julho de 2017.

O segundo manuscrito, intitulado “*Fatores intervenientes no acolhimento ao idoso com Suspeita de doença cerebrovascular*”, foi elaborado de acordo às normas de instruções aos autores para publicação e apresentação para os editores do periódico da Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo (REESUP).

O terceiro manuscrito, intitulado “*(Des)Preparo de enfermeiros da Classificação de Risco frente o idoso com suspeita de Acidente Vascular Cerebral*”, foi elaborado de acordo às normas de instruções aos autores para publicação e apresentação aos editores da Revista Acta Paulista.

4.1 ARTIGO 1 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO IDOSO COM SUSPEITA DE DOENÇA CEREBROVASCULAR

Acolhimento com Classificação de Risco do Idoso com Suspeita de Doença Cerebrovascular

Resumo. Estudo qualitativo, descritivo, que teve por objetivo conhecer a atuação de enfermeiros no Acolhimento com Classificação de Risco do idoso com suspeita de acidente vascular cerebral. Foi realizado com 16 enfermeiros classificadores da Unidade de Emergência de hospital geral público de referência no estado da Bahia, durante os meses de maio a junho de 2016. O grupo focal foi utilizado como técnica de coleta de dados e a Análise de Conteúdo Temática de Bardin para seu tratamento. Foram realizados três encontros que permitiram conhecer a atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco ao idoso, sendo que estes sistematizam o atendimento inicial baseado no histórico de enfermagem, aplicam protocolo de classificação de risco e institucional, seguindo as orientações das políticas vigentes voltadas para o cuidado a pessoa com acidente vascular cerebral, contudo não há um direcionamento do cuidado às peculiaridades da pessoa idosa.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Acolhimento; Idoso; Enfermagem em Emergência; Papel do Enfermeiro.

Patient Reception with Triage to the elderly with suspected stroke

Abstract. This qualitative, descriptive study aimed to know the performance of nurses in Patient Reception with Triage Evaluation to the elderly with suspected stroke. It was carried out with 16 nurses classifiers of the Emergency Unit of public reference general hospital in the state of Bahia, during the months of May to June of 2016. The focal group was used as data collection technique and the analysis of thematic content of Bardin for its treatment. Three meetings were held that allowed to know nursing work in the hospital with a risk classification for the elderly, which systematized the initial care based on the nursing history, apply a protocol of risk classification and institutional, following the guidelines of the current policies aimed at care the person with stroke, however there is no guidance of care to the peculiarities of the elderly person.

Keywords: Stroke; User Embrace; Aged; Emergency Nursing; Nurses's Role.

1 Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Estima-se que seja responsável por aproximadamente 5,5 milhões de mortes anuais (Ellis et al., 2016). No Brasil, a taxa de óbitos é superior aos dos demais países da América Latina e, na população idosa, a prevalência dobra a cada década, a partir dos 50 anos de idade (Pereira, Alvarenga, Pereira Júnior, & Barbosa, 2009).

Considerando a morbimortalidade, urge que o cuidado ao paciente na fase aguda seja rápido e efetivo. Dentre as tecnologias que dão suporte para um atendimento qualificado e imediato, tem-se o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Enquanto estratégia para operacionalização da Política Nacional de Humanização, este visa propor pactos entre as redes de atendimento a partir da criação de fluxos conforme a gravidade de cada demanda apresentada. Deve estar inserido na rede de atenção à saúde, em especial nos serviços de urgência e emergência, priorizando o atendimento de pessoas em estado crítico de saúde (Brasil, 2009).

No Brasil, o ACCR deve ser realizado por enfermeiros classificadores com preparo técnico-científico, capazes de utilizar esse sistema de classificação como método de gestão para reorganizar o fluxo, indicando situações de urgência e emergência que necessitam ser priorizadas. (Damasceno, Silva, Menezes, & Silva, 2014).

Nesse sentido, questiona-se: Como é realizado o ACCR à pessoa idosa com suspeita de AVC? Como objetivo, delineou-se: conhecer a atuação de enfermeiros no ACCR a pessoa idosa com suspeita de AVC.

2 Metodologia

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, desenvolvida na unidade de emergência (UE) de um hospital geral público de grande porte, referência em atendimento a pacientes com AVC no estado da Bahia. Os participantes foram 16 enfermeiras que atuam no ACCR. Utilizaram-se como critérios de inclusão os seguintes pontos: exercer atividades fixas no setor, ter no mínimo seis meses de experiência, e estar presente no dia da coleta de dados.

No processo de coleta, que ocorreu entre os meses de maio e junho de 2016, utilizou-se como técnica o Grupo Focal (GF). Empregada nas pesquisas qualitativas, esta técnica se constitui como recurso cada vez mais utilizado para coleta de dados, principalmente se tratando de situação na qual o pesquisador pretende apurar uma temática ou evento sob uma ótica coletiva (Munaretto, Corrêa, & Cunha, 2013). Permite, através da interação grupal, desenvolver a capacidade de formação de discussões individuais e coletivas sobre um tema específico.

Destarte, o GF possibilita a exposição das subjetividades dos sujeitos, permitindo ao pesquisador a compreensão de ideias, dúvidas e comportamentos, além de conhecer e analisar os fatores que influenciam ou que impedem as ações dos participantes no campo em que atuam (Backes, Colomé, Erdmann, & Lunardi, 2011). Ademais, os encontros grupais possibilitam aos participantes refletirem sob um determinado fenômeno social, amplia o espaço para debates e contribui para aprofundar a discussão sobre o tema abordado, gerando pontos de vista variados, opiniões, críticas e sugestões (Barbour, 2009).

Os GFs foram direcionados a partir da seguinte questão norteadora: Como ocorre a atuação de vocês durante o Acolhimento com Classificação de Risco à pessoa idosa com suspeita de AVC? Para alcançar a totalidade da participação dos entrevistados, e compreender a opinião destes acerca do objetivo proposto pela pesquisa, as entrevistas grupais foram seguidas por mesma questão norteadora. Os participantes receberam caracterização alfanumérica a partir da letra E, seguida do número crescente por ordem de chegada aos encontros, sendo identificados de E1 a E16.

Conduziram esse processo: a pesquisadora principal, na função de moderadora, responsável por apresentar os temas a serem discutidos e incentivar a participação de todos; e a observadora, que auxiliava no processo de coleta de dados, gravação dos discursos, anotações e dinâmicas realizadas nos encontros. Cada um, moderador e observador, com as suas funções específicas combinadas previamente (Onwuegbuzie, Dickinson, Leech & Zoran, 2009).

Os encontros foram realizados em uma sala de reuniões do hospital. Essa sala foi escolhida por possuir espaço físico adequado, não sofrer influência de ruídos externos, contribuindo assim para a participação e interação coletiva dos sujeitos, uma vez que permitiu interação face a face. Inicialmente, foi realizado um GF piloto, que possibilitou ajuste nas questões norteadoras da discussão, melhor clareza do papel do moderador e observador, e do tempo para os demais encontros (Jacklin et al., 2016). Posteriormente, foram organizados três encontros, com duração média de duas horas, e com a participação de quatro, cinco e sete profissionais respectivamente, conforme recomendado na literatura (Jacklin et al., 2016; Masadeh, 2012). Mediante permissão dos participantes, as entrevistas grupais foram gravadas e transcritas na íntegra após cada encontro.

A operacionalização dos encontros ocorreu através da seguinte sequência: apresentação do moderador e dos observadores, apresentação da proposta do trabalho, solicitação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Após as apresentações iniciais, foi abordado o objetivo do encontro. Em seguida, a partir da questão norteadora, os participantes verbalizaram suas percepções individuais, gerando perguntas e respostas relacionadas a questão de investigação.

Além dos GFs, foram feitas anotações em diários de campo, os quais consistiram em instrumentos pessoais para anotações da moderadora e do observador sobre dados subjetivos, percepções, sentimentos e impressões pessoais antes, durante e após as sessões do grupo focal.

Concluída a coleta de dados, todo o material foi transcrito e submetido a sistematização com base na Análise Temática proposta por Bardin. Na primeira etapa, houve o contato inicial com os dados coletados, leitura, análise e transcrição das falas extraídas das discussões dos GFs. Na segunda etapa, deu-se a exploração minuciosa do material, sendo identificados os dados que apresentavam núcleo de sentido semelhante, seguida da categorização. Na última etapa, realizou-se a interpretação dos resultados, definição dos enunciados baseados nas ideias centrais das categorias e, posteriormente, construção da discussão com aprofundamento contextualizado do objeto em questão (Bardin, 2016). Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com parecer nº 1.172310 data 06/05/2015. Os participantes foram esclarecidos quanto aos procedimentos da pesquisa e todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, em atendimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os procedimentos éticos de pesquisas com seres humanos.

3 Resultados

O método adotado possibilitou gerar constructos teóricos que conduziram à delimitação das categorias temáticas relacionadas à atuação de enfermeiros no ACCR para com a pessoa idosa com suspeita de AVC.

3.1 Sistematizando o atendimento inicial de enfermagem ao idoso com suspeita de AVC na unidade de emergência

O ACCR ao idoso com suspeita de AVC na Unidade de Emergência perpassa por uma avaliação que objetiva identificar as comorbidades e alterações clínicas presentes. Através do Histórico de enfermagem e Escala Cincinnati, os enfermeiros sistematizam o primeiro atendimento nesta unidade.

Durante o atendimento inicial, o enfermeiro realiza entrevista para identificação do estado de saúde pregresso do paciente, bem como as possíveis complicações agudas apresentadas. Logo após, é realizado o exame físico céfalopodálico direcionado à queixa. No contexto da abordagem ao idoso com suspeita de AVC, o exame físico foi citado como de utilização rotineira para verificação de alterações anatômicas e funcionais gerais. Além disso, os profissionais referem aplicar a escala Cincinnati para verificar os seus três sinais indicativos: assimetria de face; ausência ou redução de força muscular; e dificuldade na fala.

[...] a gente faz alguns testes para confirmar o AVC. [...] avaliamos membros superiores, se ele consegue movimentá-los. Observamos o rosto, o sorriso, se um braço tem a mesma força que o outro, a sensibilidade da perna ou do braço. (E3)

Eu faço aqueles testes de força e avaliação do estado de consciência para saber se está com AVC. (E7)

Considerando o ACCR enquanto ação técnico-assistencial que opera os processos de trabalho em saúde de forma a atender e pactuar respostas aos usuários, associado à sistematização do primeiro atendimento, os enfermeiros e demais profissionais utilizam protocolos que norteiam as condutas a serem instituídas na UE, conforme enfatizado a seguir.

3.2 Utilização de protocolos para o atendimento inicial a pessoa idosa com suspeita de AVC

Para realizar a classificação de risco e organizar o fluxo na porta de entrada da emergência, os enfermeiros utilizam o Protocolo de Manchester, que permite a identificação precoce de pessoas idosas com suspeita de AVC.

Eu uso o protocolo de Manchester: procuro os descritores de acordo com queixas principais. Observo as manifestações clínicas do paciente para classificar e optar pela cor. (E9)

Após diagnóstico de AVC, para nortear as condutas de intervenção na UE, os enfermeiros utilizam o Protocolo de AVC instituído pelo Hospital, considerando, nos casos de AVC isquêmico (AVCI), o enquadramento ou não dentro da janela terapêutica para a trombólise.

Quando o paciente com AVCI se enquadra na janela terapêutica, os enfermeiros acionam a equipe da unidade de AVC. Em seguida, o neurologista solicita a realização de tomografia computadorizada (TC). Descartados quadros de hemorragias cerebrais, o médico confirma a área cerebral isquemiada e avalia os critérios de inclusão para o tratamento, dando início a terapia por drogas trombolíticas.

Se dentro da janela, aciono a equipe da unidade de AVC. O neurologista solicita a tomografia e, em caso de trombólise, encaminho o paciente para unidade de AVC. (E16)

Nos casos de AVCI fora da janela terapêutica, os profissionais realizam o ACCR e encaminham os idosos para uma avaliação com o neurologista de plantão. Após confirmar o diagnóstico, e sendo excluído a trombólise, os pacientes, conforme o quadro clínico, aguardam por vagas de internamento na porta de entrada, ou são encaminhados para ambulatórios de neurologia e/ou contra referenciados para outras unidades.

Ao classificar um idoso que não está no tempo para trombólise, porém com alguma gravidade, aguardamos a conduta do neurologista da emergência. Na maioria dos casos, estes pacientes são internados e aguardam vaga na porta de entrada. (E8)

Os casos de AVC hemorrágico (AVCH) são avaliados pelo neurologista de plantão, e diagnosticados após exame de TC. Pelo fato de, geralmente, apresentarem manifestações clínicas graves, os pacientes são classificados como prioridade zero e encaminhados para serem estabilizados na sala vermelha. Quando apresentam hemodinâmica estável, e a unidade não dispõe de leitos, aguardam abordagem da neurocirurgia na porta de entrada, corredores e/ou macas.

Pacientes de AVCH são diagnosticados após exame de Tomografia. Por geralmente apresentarem sinais de gravidade, podendo evoluir para morte encefálica, na maioria das vezes, são encaminhados para sala vermelha para serem intubados. [...] faz avaliação como neurologista de plantão depois que a tomografia confirma quadro hemorrágico. É preciso uma intervenção cirúrgica imediata, mas infelizmente alguns aguardam vaga do centro cirúrgico na porta de entrada ou no corredor. (E13)

A prática dos enfermeiros classificadores frente às pessoas idosas com suspeita ou acometidas pelo AVC através de condutas norteadas, permite minimizar o tempo de espera pelo atendimento, beneficiando assim a oportunidade terapêutica.

4 Discussão

O ACCR, através da escuta sensível e qualificada, deve possibilitar o conhecimento prévio da situação da pessoa, considerando seu histórico de saúde-doença, sinais vitais e exame físico. Entretanto, para além da dimensão biológica, que diante do agravo agudo deve ser priorizada na UE, é importante que o enfermeiro também identifique aspectos psicossociais envolvidos, possibilitando o direcionamento das condutas de intervenção. (Bellucci Júnior et al., 2015). Conforme os discursos coletivos, os participantes iniciam o ACCR da pessoa idosa através da realização do histórico de saúde anterior e vigente, dados estes que contribuem para o planejamento das ações de cuidado. Salienta-se que o histórico de enfermagem decorre da aplicabilidade da anamnese e do exame físico detalhado, considerados técnicas importante para o levantamento de dados à comprovação ou não das suspeitas diagnósticas (Maireles, Lopes, & Silva, 2012).

Na anamnese, os questionamentos acerca do quadro clínico possibilitam a investigação precoce sobre o início dos sinais e sintomas gerais e específicos para o AVC, além da presença de comorbidades prévias. Pesquisa realizada com 375 pacientes admitidos numa unidade de AVC revelou que 31% destes, em sua maioria idosos acima de 60 anos, apresentaram sintomatologias que mimetizavam o quadro de doença cerebrovascular, a exemplo de enxaqueca, déficit funcional neurológico, síncope e convulsão (Reid, Currie, & Baird, 2012). Tal contexto sinaliza a importância do preparo profissional no reconhecimento clínico da doença cerebrovascular, devendo-se considerar, ainda, o processo natural do envelhecimento que pode mascarar a identificação do diagnóstico. Nesse sentido, o entendimento sobre o estado senil requer que os profissionais de saúde busquem ampliar conhecimentos sobre doenças relacionadas a esta parcela da população (Mendes, Sá, Miranda, Lyra, & Tavares, 2012).

Nas Emergências, o atendimento à pessoa idosa é considerado um dos mais difíceis processos assistenciais, sendo necessário reconhecimento dos agravos à saúde, com identificação dos sinais de alerta e intervenção precoce (Dantas et al., 2015). Nos discursos, os enfermeiros priorizaram sinais, sintomas e intervenções, considerando a característica de atendimento na unidade lócus e a necessidade de agilidade na identificação dos casos suspeitos. Ressalta-se, contudo, que a qualidade do atendimento deve perpassar além da identificação e intervenção relacionadas à dimensão biológica, uma vez que o indivíduo precisa ser visto como um ser humano e multidimensional.

Durante o exame físico, o enfermeiro classificador aplica a escala de Cincinnati. Os achados obtidos através da aplicação desta escala são considerados sinais indicativos do acidente cerebrovascular e integra a escala pré-hospitalar de AVC, instrumento de fácil aplicabilidade e amplamente utilizado nas instituições de saúde (Brasil, 2013).

Ressalta-se que os três itens da escala Cincinnati (assimetria de face; ausência ou redução de força muscular; e dificuldade na fala) foram mencionados por todos os enfermeiros entrevistados. Apenas um enfermeiro, com especialização em emergência, mencionou observar o 'nível de consciência'. Este item integra a escala de *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS ou NIH), indicada para ser utilizada em âmbito hospitalar. Esta escala investiga 11 categorias referentes ao efeito do AVC agudo: nível de consciência; melhor olhar conjugado; campos visuais; paralisia facial; motricidade dos membros superiores e inferiores; ataxia de membros; sensibilidade; melhor linguagem; disartria; extinção e desatenção (McDavid, Bellamy, & Thompson, 2015).

A ausência na aplicação da escala integralmente sugere desconhecimento desta e pode guardar relação com a carência de enfermeiros especialistas na unidade, pois apenas três dos 16 entrevistados possuem especialização na área de emergência. Sabe-se que a prática do enfermeiro nas unidades de emergência é prejudicada pela escassez de qualificação profissional (Dantas et al., 2015). Isto compromete a qualidade do atendimento, visto que o lócus do estudo é uma unidade de referência para casos críticos de AVC, e muitos pacientes admitidos são idosos. Essas fragilidades apontam para a necessidade de profissionais preparados para atuar no manejo de pessoas idosas em situação de AVC considerando os aspectos biopsicossociais. Sendo assim, é necessário a adoção de estratégias de aprimoramento através da educação permanente em serviço, e realização de cursos

de pós-graduação *latu sensu* e *stricto sensu*. Após a avaliação inicial, o enfermeiro aplica o protocolo de Manchester. Este considera a gravidade do quadro clínico, classificando o risco e o tempo de espera recomendado. O referido protocolo é baseado em um sistema de cores, onde a cor vermelha é considerada urgente, laranja muito urgente, amarela urgente, verde pouco urgente e a azul não urgente (Bellucci Júnior et al., 2015). Os profissionais entrevistados classificaram a maioria dos pacientes com suspeita de AVC na cor laranja. Todavia, no protocolo do estado da Bahia, não existe a cor laranja, sendo o paciente com suspeita de AVC classificado com a cor vermelha (Bahia, 2014). Este protocolo foi construído para ser utilizado pelas instituições públicas de saúde no Estado. Embora ambas as cores utilizadas na classificação de risco evidenciem um quadro de gravidade e priorizem o atendimento, a divergência na escolha da cor sugere falta de padronização entre os enfermeiros durante o atendimento, requerendo a necessidade de uniformização do protocolo de classificação de risco.

Outro instrumento utilizado consiste no Protocolo de AVC, que determina o tratamento de acordo com as alterações clínicas. O uso de protocolos para atendimento de AVC proporciona capacidade de agilizar e simplificar o serviço, favorecendo a otimização de tarefas e a redução de complicações, sendo necessário treinamentos frequentes e ações em educação continuada (Maia, Guimarães, Caxilé Filho, & Barroso, 2014). Em se tratando de AVCI, o protocolo indica fluxos distintos condicionados ao tempo de início das primeiras manifestações clínicas. Se os sinais e sintomas de alerta para AVC estão “dentro da janela terapêutica”, ou seja, quando os sinais de alerta iniciaram em até 4 horas e 30 minutos: implementa-se de imediato a realização da TC e, após avaliação com neurologista, realiza-se análise dos critérios de inclusão para a intervenção de trombólise. Deste modo, definições de critérios de neuroimagem pode suplantam a dificuldade da janela terapêutica nesses pacientes e viabilizar a terapia trombolítica para um percentual maior de pessoas (Rimmele & Thomalla, 2014).

Os enfermeiros entrevistados mencionaram, ainda, acerca da atuação frente aos pacientes enquadrados como “fora do tempo da janela terapêutica”, ou seja, quando a sintomatologia teve início superior a 4 horas e 30 minutos, que há o acionamento do neurologista da UE. Este realiza avaliação inicial, e determina o itinerário terapêutico dos usuários, podendo ser alta hospitalar, internamento na unidade ou contra referência para outras unidades de saúde. Nos casos de AVCH, os mesmos são diagnosticados após TC de crânio, que corresponde ao exame padrão ouro para o diagnóstico inicial. Os pacientes graves são encaminhados para a sala vermelha, sendo estabilizados, e aguardam conduta da equipe de neurocirurgia. Estabelecido o diagnóstico clínico e tomográfico, condutas médico-hospitalares devem ser investidas, sobretudo para avaliação da redução da pressão arterial e definição da intervenção da equipe de neurocirurgia.

Entendendo o alto percentual de idosos acometidos pelo AVC, os serviços de referência devem realizar manobras que garantam acessibilidade às tecnologias disponíveis e executar práticas que assegurem fluxo de atendimento qualificado e seguro. Contudo, quando a unidade lócus não dispõe de leitos, os pacientes esperam na porta de entrada e corredores. Tal situação é preocupante, principalmente quando se trata de idosos com comorbidades e portadores de múltiplas fragilidades, necessitando de atendimento e intervenção de maneira imediata e cautelosa.

Por constituir-se uma das estratégias de reorganização dos serviços de emergência que priorizam os casos mais graves, o ACCR viabiliza o ordenamento do fluxo e a eficácia dos atendimentos prestados (Inoue et al., 2015). Todavia, os achados sinalizam para necessidade de ações que consolidem a Política Nacional de Humanização, no que tange a garantia de atendimento a todos que buscam os serviços de saúde, sua resolutividade e a pactuação em busca de respostas às demandas dos usuários (Brasil, 2004).

5 Conclusões

Por meio da utilização do GF, foi possível conhecer a atuação do enfermeiro classificador no acolhimento a pessoa idosa com suspeita de AVC. Está se dá através da aplicação de etapas do processo assistencial que abrange: histórico de enfermagem, aplicação de escala de Cincinatti além de protocolos específicos para avaliação e intervenção de doenças cerebrovasculares. Compreende-

se que essas condutas devem seguir as orientações das políticas vigentes voltadas para o cuidado à pessoa com AVC, pois as unidades de referência possuem financiamento governamental para ofertarem atendimento específico conforme as linhas de cuidado dos agravos prevalentes na demanda dos serviços públicos. O estudo destacou algumas fragilidades, a exemplo da ausência de um instrumento legal que norteie os profissionais do ACCR em determinar o fluxo e encaminhamento de pacientes fora do tempo terapêutico e em AVCH. Estas questões contrariam as recomendações do Ministério da Saúde que preconizam a continuidade e garantia do atendimento para as pessoas acometidas por doenças cerebrovasculares, requerendo o fortalecimento de articulações intersetoriais, sobretudo para viabilizar as contra referências necessárias.

A pesquisa evidenciou limitação relacionada à dificuldade dos enfermeiros em comparecerem aos encontros do grupo reflexivo, em função da escala e alta demanda da unidade e/ou múltiplos vínculos. Entende-se, entretanto, que este obstáculo pode estar relacionado às peculiaridades do serviço de emergência e à necessidade de várias atividades laborais para sobrevivência destes profissionais.

Considerando a gravidade clínica da pessoa com AVC e as especificidades da pessoa idosa, o estudo sinaliza para a importância de uma gestão do cuidado que valorize questões além dos aspectos biológicos. No primeiro momento, diante do agravo agudo, se torna necessário que ocorra agilidade no atendimento desse agravo, sendo necessário nortear condutas através do seguimento de diretrizes e protocolos. Porém, é necessário que o enfermeiro na UE valorize os diversos aspectos do ser humano e possa ser capaz de, além de restabelecer a saúde física, estabelecer vínculo, acolhimento e possibilitar a construção do relacionamento terapêutico.

Além disso, a utilização do grupo focal possibilitou que os participantes contribuíssem como porta-voz do fenômeno investigado, sendo sujeito ativo no processo analítico e interpretativo dos dados. Assim, esse estudo proporcionou espaços de reflexões e debates coletivos e ampliados acerca da temática e se constitui em estratégia importante para o (re)pensar do ser e fazer profissional.

Referências

- Backes, D. S., Colomé, J. S., Erdmann, R. H., & Lunardi, V. L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo Da Saúde*, 35(4), 438–42.
- Bahia. (2014). *Protocolo Estadual de Classificação de Risco*. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
- Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bellucci Júnior, J. A., Vituri, D. W., Versa, G. L. G. da S., Furuya, P. S., Vidor, R. C., & Matsuda, L. M. (2015). Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. *Rev Enferm UERJ*, 23(1), 82–7. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4976>
- Brasil. (2009). *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Manual de rotinas para atenção ao AVC*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Damasceno, F. de P. C., Silva, L. G., Menezes, M. O., & Silva, D. P. da. (2014). Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. *Ciências Biológicas Da Saúde*, 2(2), 45–58.

- Dantas, U. I. B., Silva, R. C., Cavalcanti, A. U. A., Oliveira, K. do N., & Nóbrega, F. P. da. (2015). O Trabalho dos enfermeiros no setor de urgência: limites e perspectivas. *J Nurs UFPE on Line*, 9(3), 7556–61. <http://doi.org/10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201508>
- Ellis, M. J., Ryner, L. N., Sobczyk, O., Fierstra, J., Mikulis, D. J., Fisher, J. A., ... Mutch, W. A. C. (2016). Neuroimaging Assessment of Cerebrovascular Reactivity in Concussion: Current Concepts, Methodological Considerations, and Review of the Literature. *Frontiers in Neurology*, 7, 1–16. <http://doi.org/10.3389/fneur.2016.00061>
- Inoue, K. C., Murassaki, A. C. Y., Bellucci Júnior, J. A., Rossi, R. M., Martinez, Y. D. E., & Matsuda, L. M. (2015). Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. *Rev Min Enferm.*, 19(1): 13-20. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/982>
- Jacklin, K., Ly, A., Calam, B., Green, M., Walker, L., & Crowshoe, L. (2016). An Innovative Sequential Focus Group Method for Investigating Diabetes Care Experiences With Indigenous Peoples in Canada. *Int J Qual Meth.*, 1–12. <http://doi.org/10.1177/1609406916674965>
- Maia, P. A., Guimarães, C. C. V., Caxilé Filho, F. A., & Barroso, T. K. P. (2014). Atendimento a pacientes com AVC: benefícios dos protocolos na percepção dos enfermeiros. In *Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida*. Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação.
- Masadeh, M. A. (2012). Focus Group: Reviews and Practices. *Int J App Scie Tech*, 2(10), 63–8.
- McDavid, J. C., Bellamy, L. M., & Thompson, C. (2015). Abstract NS12: Is Online NIHSS Certification Enough Training. *Stroke*, 46(1).
- Meireles, G. O. A. B., Lopes, M. M., & Silva, J. C. F. da. (2012). O Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Ensaio E Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias E Da Saúde*, 16(1), 69–82.
- Mendes, A. da C. G., Sá, D. A. de, Miranda, G. M. D., Lyra, T. M., & Tavares, R. A. W. (2012). Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública*, 28(5), 955–64. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014>
- Munaretto, L. F., Corrêa, H. L., & Cunha, J. A. C. da. (2013). Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Rev. ADM UFSM*, 6(1), 9–24. <http://doi.org/10.5902/198346596243>
- Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L., & Zoran, A. G. (2009). A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. *Int J Qual Meth.*, 8(3), 1–21.
- Pereira, A. B. C. N. da G., Alvarenga, H., Pereira Júnior, R. S., & Barbosa, M. T. S. (2009). Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 25(9), 1929–36. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900007>
- Reid, J. M., Currie, Y., & Baird, T. (2012). Non-stroke admissions to a hyperacute stroke unit. *Scottish Medical Journal*, 57(4), 209–11. <http://doi.org/10.1258/smj.2012.012119>
- Rimmele, D. L., & Thomalla, G. (2014). Wake-up stroke: clinical characteristics, imaging findings, and treatment option – an update. *Frontiers in Neurology*, 5, 1–8. <http://doi.org/10.3389/fneur.2014.00035>

4.2 ARTIGO 2 – FATORES INTERVENIENTES PARA O ACOLHIMENTO AO IDOSO COM SUSPEITA DE DOENÇA CEREBROVASCULAR

Fatores intervenientes para o acolhimento ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular

Intervening factors for the elderly patient with suspected cerebrovascular disease

Factores que intervienen para el alojamiento de los ancianos con sospecha de accidente cerebrovascular

RESUMO

Objetivo: identificar fatores que intervêm para o acolhimento ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular. Métodos: pesquisa qualitativa, transversal, realizada com enfermeiros que atuavam no acolhimento de um hospital público referência para atendimentos a pacientes com doença cerebrovascular. Resultados: o acesso às tecnologias e a implantação do protocolo de classificação de risco foram assinalados como fatores que intervêm positivamente no atendimento à pessoa idosa vitimada pelo acidente vascular cerebral. Contudo, déficits na infraestrutura hospitalar, exceto tecnológico, inexistência de equipe de apoio na porta de entrada, ausência de capacitação profissional, falta de informação dos acompanhantes e fragilidades na Rede de Atenção à Saúde foram apontados como comprometedores para o acolhimento. Conclusões: considerando que os fatores intervenientes para o acolhimento ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular podem facilitar ou dificultar o atendimento, sinaliza-se para a necessidade da gestão intervir na valorização dos pontos fortes e resolução célere dos pontos fracos.

Descritores: Acolhimento; Idoso; Acidente Vascular Cerebral; Serviços Médicos de Emergência; Administração Hospitalar.

ABSTRACT

Objective: to identify factors that intervene to receive the elderly with suspected cerebrovascular disease. METHODS: qualitative, cross-sectional research with nurses working in a public hospital for referrals to patients with cerebrovascular disease. Results: access to technologies and the implementation of the risk classification protocol were identified as factors that intervene positively in the care of the elderly person affected by the stroke. However, deficits in hospital infrastructure, other than technological, lack of support staff at the door, lack of professional qualification, lack of information of the companions and weaknesses in the Network of Health Care were identified as compromising for the reception. Conclusions: considering that intervening factors for the elderly patient with suspected cerebrovascular disease may facilitate or hinder care, it signals to the need for management to intervene in the assessment of the strengths and quick resolution of the weaknesses. Descriptors: User Embrace; Aged; Stroke; Emergency Medical Services; Hospital administration.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores que interviene para acoger a los ancianos con sospecha de enfermedad cerebrovascular. Métodos: Estudio cualitativo, transversal realizado con las enfermeras que trabajan en el anfitrión de un hospital público de referencia para la atención a los pacientes con enfermedad cerebrovascular. Resultados: el acceso a las tecnologías y la aplicación del protocolo de clasificación de riesgo se indican como factores que intervienen positivamente en el cuidado de personas mayores víctimas de accidente cerebrovascular. Sin embargo, los déficits en infraestructura hospitalaria, con excepción de la tecnología, la falta de personal de apoyo en la puerta de entrada, la falta de formación profesional, la falta de información para los cuidadores y debilidades en la red de servicios médicos se perciben como comprometer al host. Conclusiones: teniendo en cuenta que los factores que intervienen para dar la bienvenida a las personas mayores con sospecha de enfermedad cerebrovascular puede facilitar o dificultar el servicio, indica la necesidad de una gestión de intervenir en la apreciación de las fortalezas y debilidades de rápida resolución.

Descriptores: Acogimiento; Anciano; Accidente cerebrovascular; Servicios médicos de urgencia; Administración Hospitalaria.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocupa lugar de destaque entre as doenças cerebrovasculares e representa uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, sobretudo na população idosa, em virtude do risco exponencial presente com o avanço da idade. Esse problema de saúde pública requer um modelo de gestão que priorize o acolhimento qualificado, especialmente nas unidades de emergência (UE).

O AVC acarreta comprometimento das funções neurológicas em decorrência da falta de circulação sanguínea cerebral, classificando-se em isquêmico – quando resulta da obstrução do vaso sanguíneo – ou hemorrágico, diante do seu rompimento. Estima-se que seja responsável por aproximadamente 10% de todos os óbitos mundiais, configurando-se como a segunda maior causa de mortes. No contexto brasileiro, é a primeira causa de óbito e um dos principais motivos de internação no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾. Na população idosa, a incidência é maior após os 65 anos de idade, dobrando a cada década, a partir dos 55 anos⁽²⁾.

As complicações decorrentes desta doença cerebrovascular envolvem sequelas cognitivas, sensoriais, de percepção, comunicação e físicas, com comprometimento da força muscular e do controle motor. Sublinha-se ainda que, devido a tais complicações, é uma das grandes causas de incapacidades entre os idosos, gerando dificuldades para o desempenho das atividades cotidianas, tais como escovar os dentes, tomar banho, vestir-se e alimentar-se⁽³⁾.

A fim de prevenir e/ou minimizar a incidência das sequelas, é importante que as UE, estratégicas e habituais portas de entrada de atendimento às pessoas vítimas de AVC, estejam

aptas para receber e oferecer assistência ágil e de qualidade. Para tanto, foi implantado em todo o país o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que se configura como uma das ferramentas para a operacionalização e consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, com vistas a reorientar o atendimento e garantir ao cidadão melhor acesso aos serviços de saúde^(4,5). Este é realizado por enfermeiros treinados, através da entrevista e exame clínico, a fim de classificar o paciente quanto à gravidade do seu quadro clínico, de modo a priorizar ou não o seu atendimento e organizar o fluxo na porta de entrada das UE⁽⁶⁾.

Enquanto dispositivo determinante para a resolutividade da oferta do serviço de saúde, o ACCR busca otimizar o atendimento. Nesse sentido, o presente estudo questiona: Quais fatores intervêm para o acolhimento ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular? Objetiva, portanto, identificar e discutir tais fatores.

Métodos

Estudo qualitativo, transversal, recorte de uma dissertação de mestrado intitulada “Acolhimento com Classificação de Risco à Pessoa Idosa com Suspeita de Acidente Vascular Cerebral”.

A pesquisa foi realizada com enfermeiros que atuavam no ACCR da UE de um hospital público, referência no estado para o atendimento à pacientes com AVC, sendo uma unidade tipo III. A aproximação com tais profissionais ocorreu em um período de sete dias, ao final do plantão. Através de conversas informais, foi possível conhecê-los, apresentar o projeto e sua relevância, objetivos, método e importância para o cenário dos enfermeiros distribuídos diariamente no setor do acolhimento.

O conhecimento dos enfermeiros, por meio da aproximação, auxiliou também na seleção dos participantes de acordo com os critérios de inclusão: exercer atividades fixas no setor de ACCR; ter no mínimo seis meses de experiência no acolhimento; e disponibilidade de presença no dia da coleta de dados. Por fim, os profissionais foram convidados para participar da pesquisa e, aqueles que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constava o registro de questões éticas descritas conforme Resolução de nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi também apresentado à coordenação da unidade e diretoria de enfermagem do hospital, que acolheram a proposta e disponibilizaram 6 horas de folga aos enfermeiros participantes.

A técnica de coleta de dados foi o Grupo Focal (GF), orientado por um roteiro constituído da seguinte questão norteadora: Quais fatores intervêm para o acolhimento qualificado ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular?

Foram realizados três encontros, com duração aproximada de duas horas cada um, entre os meses de maio e junho de 2016, cuja participação dos enfermeiros estava condicionada a escala mensal e disponibilidade. O registro dos encontros ocorreu a partir da gravação dos áudios, os quais foram transcritos, sistematizados e analisados. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temático proposta por Bardin. A partir do agrupamento de frases com ideias centrais similares, foram organizadas seis categorias referentes aos fatores que intervêm para o acolhimento qualificado ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular, são elas: Infraestrutura hospitalar; Capacitação para atuação do enfermeiro no ACCR; Equipe de apoio na porta de entrada; Informação por parte do familiar; Protocolo de classificação de risco e Rede de Atenção à saúde.

Ressalva-se que para garantir os critérios que envolvem o sigilo de informações, os participantes foram identificados pela inicial maiúscula E, sucedida de um algarismo arábico.

Resultados

Do total de 18 enfermeiros, 16 aceitaram participar da pesquisa, um dos profissionais encontrava-se em licença maternidade e outro recusou-se a participar.

Os enfermeiros possuíam idade entre 24 e 51 anos, a maioria do sexo feminino, solteiras e autodeclaradas pardas. Referiram desempenhar múltiplas atividades, jornada de trabalho superior a 36 horas semanais e renda mensal entre dois e seis salários mínimos.

Referente ao tempo de atuação no ACCR, 75% (12) dos profissionais relatou ser superior a um ano, contudo 83% (10) destes declarou não possuir capacitação para tal atribuição. Ademais, 12 enfermeiros não tinham especialização em urgência e emergência, nem tinham aprofundamento teórico-prático concernente à temática de saúde do idoso. Alusiva à aproximação com o tema AVC, apenas metade dos participantes alegou ter tido contato, mediante participação em eventos.

As categorias apresentadas a seguir emergiram dos discursos dos participantes e das relações e interações entre os fatores que subsidiam e dificultam a funcionalidade do acolhimento.

Infraestrutura hospitalar

A infraestrutura hospitalar, apontada pelos profissionais (no que concerne oferta de leitos, estrutura física apropriada, recursos humanos, insumos, materiais e tecnologias) constitui-se como elemento indispensável para a prestação da assistência de forma qualificada. Contudo, o estudo sinaliza para a fragilidade e déficit dessa base, exceto no que se refere ao acesso às tecnologias, necessária para o atendimento, o que compromete o acolhimento.

[...] quase sempre todas as salas e corredores estão ocupados. [...] não tem um ponto de oxigênio, leito, nem lugar para colocar uma maca ao menos no corredor. Você fica impotente! A quantidade de profissionais da porta de entrada é incompatível com a alta demanda desta unidade. Ter apenas um enfermeiro por turno no ACCR é complicado. (E16)

Vejo o fácil acesso para o neurologista, tomografia e trombólise. Isso é um serviço diferenciado no estado. (E5)

Capacitação para atuação do enfermeiro no ACCR

Os enfermeiros consideram que o preparo profissional favorece a qualidade no ACCR. Entretanto, percebem o despreparo para uma assistência qualificada, bem como a necessidade de capacitações no âmbito do serviço.

Eu fui admitida há um ano e nunca fiz qualquer curso de capacitação. Mesmo insegura, presto o atendimento. Estou aprendendo com a rotina e colegas. (E3)

Eu nunca passei por uma capacitação para atuar no ACCR. Acredito ter cometido alguns erros e classificado muitas pessoas equivocadamente. Se eu tivesse treinamento com o protocolo de risco, eu saberia triar com propriedade. (E12)

Equipe de apoio na porta de entrada

A existência de uma equipe de apoio na porta de entrada é assinalada, pelos profissionais que atuam no ACCR, como um importante e estratégico suporte para facilitar e otimizar o atendimento ao idoso com suspeita de AVC.

Seria ótimo ter um profissional de saúde na porta de entrada para fazer busca ativa porque ele olharia todo movimento e nos avisaria na sala de acolhimento. Muitos pacientes que complicam na porta de entrada seriam atendidos rapidamente. (E9)

Ajuda muito quando o maqueiro, recepcionista ou mesmo familiar me sinaliza que tem alguém passando mal, porém seria melhor um profissional de saúde porque, classificando sem parar, não tenho como fazer ronda lá fora. (E5)

Informação por parte dos acompanhantes

O estudo sinaliza para a importância da informação acerca do quadro clínico dos pacientes por parte dos seus acompanhantes, uma vez que subsidiará e contribuirá para o

acolhimento. Todavia, alerta para a ausência deste conhecimento, implicando negativamente na qualidade do atendimento.

[...] a falta de informação por parte do familiar confunde muito. (E11)

Alguns acompanhantes não sabem informar do que se trata e quando aconteceu. (E13)

Protocolo de classificação de risco

O protocolo de classificação de risco, segundo os profissionais, configura-se como uma ferramenta positiva para organizar o atendimento por prioridades, bem como nortear as condutas do enfermeiro classificador.

Vejo como positivo ter uma classificação de risco ativa. Ela nos ajuda e nos dar um norte. (E6)

Ter a sala de acolhimento organizada e funcionante é muito bom. Ajuda a gente e aos pacientes. (E10)

Rede de Atenção à Saúde

A funcionalidade da Rede de Atenção à Saúde é imprescindível para a qualidade do acolhimento, uma vez que favorece a assistência à saúde de forma integral e humanizada. Porém, os profissionais referem deficiência na organização desta rede, refletida na superlotação da unidade de emergência em estudo, e sinalizam para a relevância de um modelo de gestão que prime por uma articulação intersetorial que possibilite pleno atendimento da demanda.

Se tivesse uma rede de saúde organizada, possivelmente, teríamos menos superlotação e não seria do jeito que é. (E7)

Eu vejo como dificuldade a questão do apoio da gestão, pois a demanda é muito grande e a rede é deficiente, então não damos conta! (E1)

Discussão

O estudo apontou a infraestrutura hospitalar como fator interveniente, cujas fragilidades comprometem o ACCR. As unidades prestadoras de serviço precisam dispor de recursos humanos, materiais, insumos e tecnologias suficientes para ofertar atendimento digno e de qualidade, conforme preconiza a PNH concernente à ambiência adequada dos espaços para acolher o usuário e melhorar o trabalho em saúde⁽⁵⁾. Estudo sobre a percepção dos enfermeiros que atuam no ACCR também evidenciou a deficiência da infraestrutura das unidades como um dos fatores que influenciam na assistência prestada aos usuários⁽⁷⁾.

Infelizmente, os trabalhadores e usuários se deparam, diariamente, com a ausência de elementos imprescindíveis para o bom funcionamento das unidades e assistência adequada: há pouca oferta de leitos, baixa rotatividade destes, estrutura física inapropriada, deficiência no

quantitativo de profissionais, falta de materiais e insuficiência e/ou ausência de aparato tecnológico. Isso atinge diretamente a oferta e a qualidade do serviço, gerando condutas inseguras por parte dos trabalhadores. Entretanto, a despeito desse cenário, o Programa SOS Emergência do Ministério da Saúde, vinculou-se a instituição lócus com o propósito de torná-lo um hospital de referência para o atendimento das doenças cerebrovasculares. Nesse sentido, provê recursos financeiros para reforma, ampliação do espaço físico, compra de equipamentos de alta tecnologia e entre outros, justamente para assistir a demanda de forma eficaz⁽⁸⁾.

Especificamente, no que se refere ao acesso às tecnologias, constituinte da infraestrutura hospitalar, este se configurou, nesta UE, como um facilitador para o acolhimento à pessoa idosa com suspeita de AVC. Cabe salientar que o uso das tecnologias no cuidado da enfermagem promove saúde, intensifica o vínculo profissional-usuário e qualifica o atendimento, auxiliando na tomada de decisão mediante raciocínio clínico⁽⁹⁾.

A disponibilidade das tecnologias na instituição pesquisada está em congruência com o que preconiza a linha de cuidados em AVC na rede de atenção às urgências e emergências. Estes aparatos tecnológicos devem estar disponíveis nas unidades tipo I, II e III, sendo que nesta última são diferenciados por contar com a Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral) que afiança acessibilidade aos usuários por meio de termo de compromisso para os seguintes exames: angiotomografia, ressonância magnética, angioressonância, ecodoppler transcraniano e neuroradiologia intervencionista. Ademais, a unidade do tipo III deve dispor de, no mínimo, dez leitos e objetivar o atendimento na integralidade dos casos admitidos de AVC agudo⁽¹⁰⁾.

Além da disposição de recursos tecnológicos adequados para o atendimento de doenças cerebrovasculares, os hospitais tipo III têm as atribuições de capacitar, aprimorar e atualizar os trabalhadores envolvidos na atenção às urgências/emergências. Para tanto, contam com subsídio financeiro da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora, por meio da iniciativa Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências, que investe recursos para expandir o acesso aos usuários em situações de urgência, abreviar o tempo de espera e afiançar um atendimento ágil e humanizado⁽¹⁰⁾.

Contudo, os enfermeiros mencionaram que não recebem qualquer capacitação para atuar no acolhimento e que a forma de cuidado vem sendo aprendida durante o cotidiano do trabalho, indo de encontro ao indicado pela PNH que recomenda capacitação específica para este fim⁽⁴⁾. A inexistência de cursos e treinamentos para atuação no ACCR revela-se como fator dificultador para a oferta de uma assistência isenta de risco e danos para o paciente, o

que corrobora o mencionado por alguns participantes a respeito do despreparo técnico gerar insegurança e aumentar a probabilidade da ocorrência de erros, os quais comprometem o atendimento e colocam em debate a qualidade do serviço oferecido.

No âmbito da assistência de enfermagem, estudos apontam que os erros mais comuns ocorrem na administração de medicamentos, na transferência de paciente e na troca de informações, os quais são predispostos por desmotivação, falha na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e deficiente aperfeiçoamento dos recursos humanos⁽¹¹⁾.

Sobre a qualificação do trabalhador, esta é reconhecida como direito assegurado pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). Dessa forma, o treinamento técnico específico, mencionado pelos enfermeiros como indispensável para classificar corretamente e conseqüentemente assistir com qualidade, deve ser assumido pelo serviço de referência como prioridade, devendo a instituição oportunizar e prover condições para a disponibilização de cursos de capacitação para seus profissionais, em especial àqueles que atuam na porta de entrada. A eficácia do treinamento da educação continuada para os enfermeiros assistenciais em nível hospitalar depende diretamente das experiências de ensino-aprendizagem proporcionadas por essa instituição, cujo programa deve conter as ações de saúde direcionadas aos casos prevalentes da demanda aberta atendidos na unidade⁽¹²⁾.

No entanto, mesmo que as instituições disponibilizem cursos de capacitação, não devemos desconsiderar as condições de trabalho dos enfermeiros, sobretudo no que tange aos múltiplos vínculos e a exaustiva jornada de trabalho. Esta condição de jornadas longas e desgastantes, associada a predominância do sexo feminino na enfermagem que implica ainda considerar a jornada de trabalho doméstico, recai negativamente sobre a procura e permanência por cursos e treinamentos profissionais⁽¹³⁾.

Reforça-se ainda a necessidade da busca pela qualificação por parte dos próprios profissionais. Conforme preconiza o CEPE em seu Artigo 14, o enfermeiro deve aperfeiçoar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício do indivíduo-família-comunidade e do desenvolvimento da profissão. Busca-se desta forma, manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, assegurando uma assistência livre de danos oriundos de imperícia, negligência ou imprudência⁽¹³⁾.

Outro fator que intervém para o ACCR ao idoso com suspeita de AVC, sinalizado pelos participantes como negativo, é a ausência de uma equipe de apoio na porta de entrada. O déficit de recursos humanos nos serviços hospitalares de emergência compromete a

implantação e consolidação do acolhimento, repercutindo, por vezes, no tempo de espera do usuário e na complicação dos quadros clínicos graves, sobretudo quando se trata de casos suspeitos de doença cerebrovascular⁽¹⁴⁾.

A provisão de recursos humanos em suficiência é um dos nós dos serviços públicos de saúde, uma vez que se vê, rotineiramente, a oferta sendo suplantada pela alta demanda⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, o dimensionamento adequado de pessoal precisa ser visto de forma prioritária, com vistas a facilitar o atendimento das necessidades de saúde da população conforme preconiza o SUS.

A ausência de informação por parte dos acompanhantes também foi considerada como comprometedora para o acolhimento, uma vez que dificulta o entendimento acerca do quadro do paciente, tanto em relação ao seu início e duração quanto em termos de descrição das manifestações clínicas. Diante de tal realidade, a educação popular em saúde para o AVC deve ser difundida e alcançar todas as faixas etárias, especialmente porque tem sido evidenciado que os pacientes vitimados por essa emergência médica, frequentemente adentram ao hospital após socorridos por uma terceira pessoa, geralmente indivíduos mais jovens⁽¹⁶⁾. Em se tratando de idoso, este fator é ainda mais complicador, haja vista a existência de comorbidades que, por vezes, mimetizam sinais que alertam para o AVC.

Ressalta-se a importância de iniciativas e ações para promoção de educação em saúde, a exemplo da Campanha de Educação Popular que se baseia em dispor meios de reconhecer o AVC como uma emergência médica, alertando para o controle de fatores de risco (prevenção primária), identificação precoce dos sinais de alerta e conduta adequada de socorro diante de sinais agudos⁽¹⁰⁾. Destaca-se ainda como elemento que promove saúde, o suporte na prevenção de agravos e doenças, em um processo de ensino-aprendizagem que sensibiliza o indivíduo e a coletividade sobre suas responsabilidades e direitos.

No que se refere ao protocolo de classificação de risco, a sua reimplantação foi apontada pelos enfermeiros classificadores como fator interveniente positivo para o atendimento. Cabe salientar que a própria PNH indica o uso de protocolos pré-estabelecidos, os quais norteiam e ordenam as condutas dos profissionais, sendo considerados importantes para o sistema de triagem: a queixa principal, o grau de risco e o tempo de espera^(4,17).

O protocolo de classificação de risco pode utilizar-se de inúmeros instrumentos difundidos pelo mundo. Nesta unidade, os gestores optaram pelo Protocolo de Manchester, que define cinco cores para representar os níveis de gravidade de cada paciente, assim como o tempo que levará para ser atendido⁽⁸⁾. Especificamente em situações de suspeita de AVC, cujo

tempo de atendimento é um elemento determinante para a reversibilidade do quadro, o uso do protocolo organiza o fluxo e garante que a primeira assistência ocorra com celeridade.

Em se tratando de UE com alta demanda de atendimento a pessoas idosas, a utilização de protocolos por profissionais treinados facilita o funcionamento eficaz do serviço. Além disso, na medida em que os trabalhadores têm sua conduta protocolada e resguardada por um instrumento legal, os pacientes têm afeançadas a segurança e a qualidade em sua assistência. Assim sendo, os benefícios do uso do protocolo repercutem não somente na atuação dos profissionais da unidade, como também na situação de saúde-doença dos pacientes. Logo, a adoção do ACCR como um protocolo classificador, configura-se como importante dispositivo de mudança no trabalho da atenção, gestão e produção na saúde⁽¹⁵⁾.

Por fim, os enfermeiros citaram a desorganização da Rede de Atenção à Saúde como elemento que também intervém negativamente para o acolhimento. Todavia, o ACCR é considerado uma intervenção potencialmente determinante para a reestruturação, reorganização e realização da promoção da saúde em rede⁽⁴⁾. Ter uma rede funcionante e articulada facilita a prestação de assistência integral e resolutiva. Entretanto, estudos apontam que a alta demanda de atendimentos realizados nas emergências dos hospitais de grande porte poderia ser resolvida apropriadamente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e Unidade de Pronto Atendimento^(18, 19). Assim, a universalidade do acesso pela APS torna-se condição essencial para a oferta e consolidação de uma atenção integral e articulada em rede.

Dessa forma, iniciativas e ações que busquem aumentar e potencializar o protagonismo da APS no sistema de saúde revelam-se como imprescindíveis para a melhoria da articulação e assistência entre os níveis de atenção. Como repercussões positivas, neste contexto, podem ser citadas a diminuição da sobrecarga de usuários acometidos por doenças crônicas que buscam os serviços terciários, a continuidade do cuidado e a satisfação do usuário⁽²⁰⁾.

Considerando que os arranjos organizativos de ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde objetivam assegurar o atendimento das demandas de saúde e a integralidade do cuidado desde a promoção até a reabilitação, urge uma gestão que priorize ações focadas na promoção e prevenção, sobretudo para a educação em saúde, bem como a provisão de recursos materiais e humanos para o atendimento qualificado.

Em se tratando de doenças cerebrovasculares, especificamente em idosos, estas ações se constituem em importante estratégia para o enfrentamento dos desafios inerentes ao acolhimento do paciente com suspeita de AVC no âmbito do sistema de saúde, em especial nas unidades de referência para esta linha de cuidado.

CONCLUSÕES

O estudo apontou fatores que intervêm para o acolhimento qualificado ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular. O acesso às tecnologias e a implantação do protocolo de classificação de risco foram assinalados como facilitadores para o atendimento no contexto da pessoa idosa vitimada pelo AVC, otimizando o acolhimento. Em contrapartida, outras questões comprometem significativamente sua dinâmica, a saber: déficits na infraestrutura hospitalar, exceto tecnológico, inexistência de equipe de apoio na porta de entrada, ausência de capacitação para atuação do enfermeiro no ACCR, falta de informação por parte dos acompanhantes, e fragilidades da Rede de Atenção à Saúde.

O estudo ainda sinaliza para a necessidade de um modelo de gestão capaz de intervir na otimização da administração dos recursos disponíveis, tanto para investir e valorizar os pontos fortes quanto priorizar a resolução de forma célere dos pontos fracos, citados como comprometedores e agravantes, uma vez que reduzir dificuldades e entraves é imprescindível para afiançar a qualidade do atendimento e universalidade do acesso. Assim, a identificação destes fatores possibilita um importante diagnóstico situacional, na medida em que subsidia a gestão central e local na busca por estratégias que garantam o funcionamento eficaz das unidades de referência para as linhas de cuidado ao AVC.

Nesse sentido, são essenciais estudos com gestores de unidades de referência que atendem pessoas vitimadas pelo AVC, com vistas a aprofundar a compreensão da temática. Essa lacuna, que representa uma limitação do estudo, poderá subsidiar uma gestão que assegure a funcionalidade dessas unidades e seu impacto terapêutico para com o público vitimado pelas doenças cerebrovasculares, visto que são serviços de referência no que se refere a abordagens de avaliação precoce dos sinais de alerta, tratamento e recuperação dos usuários SUS acometidos pelo acidente vascular cerebral.

Referências

1. Carmo JF, Oliveira ERA, Morelato RL. Functional disability and associated factors in elderly stroke survivors in Vitória, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2016 [citado 2017 fev 15];19(5):809-818. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n5/1809-9823-rbgg-19-05-00809.pdf>
2. Pereira RAP, Santos EBS, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [citado 2017 fev 16];47(10):182-188. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a23v47n1.pdf

3. Dias AC. Depressão no pós acidente vascular Cerebral no idoso. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra [Internet]. 2015 [citado 2017 jan 23]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30477/1/DEPRESS%C3%83O%20NO%20P%C3%93S%20ACIDENTE%20VASCULAR%20CEREBRAL%20NO%20IDOSO.pdf>
4. Brasil. Humanizassus: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde [Internet]. 2004 [citado 2017 abr 27]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf
5. Brasil. Política Nacional de Humanização [Internet]. 2013 [citado 2017 abr 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
6. Silva MFN, Oliveira GN, Pergla-Marconato AM, Marconato R, Bargas EB, Araújo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2014 [citado 2017 jan 23];22(2):218-225. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf>
7. Prudêncio CPG, Monteiro RAN, Ribeiro BCM, Gomes MSM, Manhães LSP. Perception of nurses on patient admission with risk rating of the emergency care service. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 2017 jan 11];30(2):1-10. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14917/pdf_46
8. Brasil. Protocolo estadual de classificação de risco [Internet]. 2014 [citado 2017 jan 11]. Disponível em http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/PDF/protocolo_classificacaoderisco_our.pdf
9. Sabino LMM, Brasil DRM, Caetano JA, Santos MCL, Alves MDS. The Use of Soft-Hard Technology in Nursing Practice: Concept Analysis. *Aquichan* [Internet]. 2016 [citado 2017 fev 1];16(2):230-239. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4310>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências [Internet]. 2012 [citado 2017 jan 12], Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha_cuidado_avc_rede_urg_emer.pdf
11. Duarte SCM, Queiroz ABA, Buscher A, Stipp MAC. Human error in daily intensive nursing care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2015 [citado 2017 fev 1]; 23(6):1074-1081. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf>
12. Teleb MS, Ver Hage A, Carter J, Jayaraman MV, McTaggart RA. Stroke vision, aphasia, neglect (VAN) assessment—a novel emergent large vessel occlusion screening tool: pilot study and comparison with current clinical severity indices. *Journal of Neurointerv. Surgery* [Internet]. 2017 [citado 2017 abr 30];9(2):122-126. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5284468/>

13. Holland, S, Magama, M. Evidence based practice translated through global nurse partnerships. *Nurse Education in Practice* [Internet]. 2017 [citado 2017 fev 1];22:80-82. Disponível em: [http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953\(16\)30267-0/pdf](http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953(16)30267-0/pdf)
14. Vituri DW, Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2013 [citado 2017 fev 1]; 21(5):01-09. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf>
15. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [citado 2017 fev 1];9(1):144-151. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf>
16. Mikulik R, Bunt L, Hrdlicka D, Dusek L, Vaclavik D, Kryza J. Calling 911 in Response to Stroke A Nationwide Study Assessing Definitive Individual Behavior. *Stroke* [Internet]. 2008 [citado 2017 fev 8];39(6):844-1849. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18436888>
17. Becker JB, Lopes MCBT, Pinto MF, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [citado 2017 jan 11];49(5):783-789. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/0080-6234-reeusp-49-05-0783.pdf>
18. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res. Notes* [Internet]. 2012 [citado 2017 abr 30];5:525. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3515357/>
19. Garcia VM, Reis RK. Profile of users assisted in a non-hospital emergency unit. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2014 [citado 2017 fev 08];67(2):261-267. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200261
20. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Rev de Saúde Colet*. [Internet]. 2014 [citado 2017 fev 22];24(4):1207-1228. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01207.pdf>

4.3 ARTIGO 3 – (DES)PREPARO DE ENFERMEIROS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FRENTE O IDOSO COM SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

(Des)Preparo de enfermeiros da Classificação de Risco frente o idoso com suspeita de Acidente Vascular Cerebral

Resumo

Objetivo: identificar se os enfermeiros sentem-se preparados para o acolhimento com classificação de risco à pessoa idosa com suspeita de acidente vascular cerebral e as estratégias que viabilizam tal preparo profissional. Métodos: pesquisa qualitativa, transversal, utilizada a técnica de coleta de dados do grupo focal, realizada com enfermeiros que atuam no acolhimento de um hospital geral referência para atendimentos a pacientes com doença cerebrovascular, no período de maio e junho de 2016. Resultados: o estudo sinaliza que os enfermeiros não se sentem seguros para realizar o acolhimento com classificação de risco ao idoso com suspeita de acidente vascular cerebral e aponta para a necessidade de conhecimento nas áreas de urgência/emergência e gerontologia, com vistas a proporcionar qualificação profissional. Conclusão: considerando este despreparo profissional, torna-se imperativo adotar critérios de capacitação dos enfermeiros, para atuarem nos serviços de referência no atendimento à pessoa com suspeita de acidente vascular cerebral.

Descritores: Acolhimento; Serviços Médicos de Emergência; Idoso; Acidente Vascular Cerebral; Capacitação Profissional.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um problema de saúde pública com alta incidência no idoso, sendo a segunda maior causa de óbitos mundiais e a principal no Brasil⁽¹⁾. Suas sequelas envolvem desde complicações neurológicas a físicas, com comprometimento da percepção, cognição, sensoriais e de comunicação⁽²⁾.

Frente à magnitude em termos epidemiológicos e as implicações do AVC, sobretudo em idosos, é imprescindível formar profissionais habilitados para ofertar assistência qualificada nas Unidades de Emergência (UE).

O atendimento em serviços de urgência/emergência requer preparo do enfermeiro frente à complexidade dos casos, necessidade de presteza e habilidade na assistência, bem como demandas e particularidades do setor. Por admitir usuários que exigem cuidados críticos, dada a sua gravidade e risco iminente de morte, a UE possui características específicas, as quais requerem intervenções peculiares e precisas⁽³⁾.

Especificamente no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) ao idoso com suspeita de AVC, o preparo profissional é ainda mais decisivo, visto que o enfermeiro, para classificar o paciente quanto ao seu agravamento, estabelecendo a sua prioridade no

atendimento, necessita compreender as alterações biológicas inerentes à idade e as comorbidades prevalentes neste público⁽⁴⁻⁵⁾.

Entretanto, a formação do enfermeiro é generalista e, portanto, não oferta conhecimentos teórico-práticos específicos que contemplem às minúcias do atendimento a pessoas com doença cerebrovascular, sobretudo para o cuidado de idosos, considerando a dificuldade de identificação dos sinais de alerta e a suspeita diagnóstica em função das comorbidades⁽⁶⁾. Neste sentido, o presente estudo questiona: os enfermeiros sentem-se preparados para executar o ACCR ao idoso com suspeita de AVC? Como viabilizar tal preparo profissional? Objetiva-se, portanto, identificar o preparo dos enfermeiros para o acolhimento com classificação de risco frente ao idoso com suspeita de AVC e as estratégias que o viabilizam.

Métodos

Pesquisa qualitativa realizada com enfermeiros que atuam no ACCR de um hospital geral referência para atendimentos a pacientes com AVC na região nordeste. Como critérios de inclusão, estabeleceram-se os seguintes pontos: exercer atividades fixas no setor de ACCR; ter no mínimo seis meses de experiência na classificação de risco; e estar presente no dia da coleta de dados.

A aproximação e captação dos profissionais atuantes no ACCR ocorreram em um período de sete dias, durante a observação não participante. Nesta ocasião, em acordo entre a pesquisadora e participantes, era apresentado o estudo com sua relevância, objetivos, método, importância para o cenário dos enfermeiros lotados no acolhimento e, por fim, realizado o convite para participação na pesquisa.

Do total de dezoito enfermeiros, dezesseis aceitaram colaborar com o estudo, um encontrava-se de licença e outro recusou participação. Todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento no qual constava o registro detalhado das questões éticas envolvendo a pesquisa.

Os dados foram coletados a partir de Grupo Focal (GF), técnica em que o pesquisador motiva e estimula discussões dos envolvidos concernentes a um determinado tema⁽⁷⁾. Com o apoio da coordenação do setor e considerando a escala mensal dos enfermeiros, foi organizada uma lista com os nomes destes profissionais com três datas distintas, para a escolha de destes profissionais para a participação de acordo com a disponibilidade. A coleta de dados foi norteadas pelas seguintes questões: Você se sente preparado para o ACCR ao

idoso com suspeita de AVC? Como viabilizar o preparo profissional que assegure o acolhimento qualificado? A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2016.

Os encontros, que duraram em média duas horas cada um, foram gravados com a autorização dos participantes e, posteriormente, transcritos.

Para a sistematização dos dados, empregou-se a análise de conteúdo temática proposta por Bardin⁽⁸⁾, que se configura como um conjunto de técnicas utilizadas na análise dos dados, a fim de estabelecer o núcleo de sentido de cada discurso. Tal técnica é desenvolvida em três etapas: pré-análise, na qual ocorre a leitura flutuante e formulação de hipóteses; exploração do material, etapa da codificação e classificação em categorias; e tratamento dos resultados obtidos e interpretados, subsidiada pelo método de reflexão.

O projeto matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob o parecer 1.172.310 em 06/05/2015. Foram consideradas as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, de forma a obedecer aos princípios bioéticos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Para garantir os critérios que envolvem sigilo de informações, os participantes foram identificados pela inicial maiúscula E, sucedida de um algarismo arábico.

Resultados

Os 16 enfermeiros participantes da pesquisa tinham idade entre 24 a 51 anos, sendo a maioria mulheres, solteiras, autodeclaradas pardas. A maioria relatou experiência profissional há mais de um ano, embora tenha manifestado insatisfação com o tipo de vínculo terceirizado. Apenas dois declararam-se estatutários. Referiram ainda exercer múltiplas atividades, com carga horária de trabalho acima de 36 horas semanais e renda entre 2 e 6 salários mínimos.

Dos entrevistados, menos da metade cursou especialização na área de urgência e emergência. No que se refere à aproximação com a temática de saúde do idoso, apenas quatro referiram ter cursado componente curricular na graduação relativo ao tema. Dos 12 restantes, seis alegaram ter recebido informações sobre a temática de forma esporádica e seis não tiveram qualquer contato com o conteúdo. E concernente ao treinamento para atuação no acolhimento com classificação de risco, somente 37,5% (6) afirmou ter sido treinado.

Com relação ao ACCR ao idoso com suspeita de AVC, as três categorias a seguir revelam insegurança por parte dos enfermeiros, bem como estratégias para viabilizar o preparo profissional que assegure uma assistência qualificada.

Insegurança de enfermeiros para o ACCR ao idoso

O estudo sinaliza para o sentimento de insegurança por parte dos enfermeiros que atuam no ACCR à pessoa idosa com suspeita de AVC. Tal sentimento guarda relação com as especificidades da unidade de emergência no que tange à sua alta complexidade e ao fato da população idosa geralmente apresentar afecções que, por vezes, confundem os sinais de alerta da doença cerebrovascular.

[...] fico insegura ao realizar a classificação de risco em alguns casos graves de emergência. Isso se agrava quando se trata de idosos com suspeita de AVC. (E6)

Confundo-me durante a avaliação de risco em algumas emergências clínicas e, por vezes, fico receosa para atuar no ACCR quando o idoso apresenta comorbidades agudizadas. (E8)

É complicado acolher as gravidades que essa unidade atende sem ter certeza do correto. No caso do idoso, fica mais delicado, pois eles apresentam manifestações clínicas semelhantes ao AVC, como hipoglicemia, podendo dificultar a prioridade do atendimento através da opção equivocada da cor de risco. (E2)

(Des) Conhecimento profissional na área de urgência e emergência

A ausência de conhecimento emergiu a necessidade de formação na área de urgência e emergência, sendo apontada como requisito imprescindível para a atuação no acolhimento com classificação de risco na unidade de emergência.

Necessito ter domínio na área de emergência para entender, de forma apropriada, a dinâmica do acolhimento. (E3)

Vejo a especialização na área de emergência como uma necessidade indispensável para assumir este setor. (E4)

Hoje entendo que preciso de conhecimento teórico-prático para atuar na área de emergência. Alguns profissionais chegam nesta unidade e são lotados no acolhimento aleatoriamente. Foi a minha primeira experiência profissional e cheguei com a noção da graduação com pouco conteúdo de emergência. (E12)

(Des) Conhecimento profissional na área de gerontologia

A deficiência do conhecimento na área de gerontologia, segundo os profissionais, se configura como uma ferramenta estratégica importante para o melhor desempenho dos enfermeiros classificadores durante o acolhimento à pessoa idosa com suspeita de AVC.

O enfermeiro precisa conhecer as especificidades do idoso para realizar a classificação. Ajudaria muito se tivéssemos um treinamento na área de gerontogeriatrics (E13)

Seria ótimo se tivéssemos um treinamento para buscarmos conhecimentos de como acolher o idoso. Assim teríamos uma avaliação mais adequada. (E4)

Precisávamos de algum curso detalhado sobre idoso. Acredito que isso facilitaria bastante a classificação de risco. (E11)

Discussão

O estudo evidenciou que a atuação dos enfermeiros na UE no ACCR ao idoso com suspeita de AVC é permeada por insegurança. Estudo brasileiro realizado com enfermeiros das instituições de saúde da Grande Florianópolis também revela que o enfermeiro se sente inseguro, além de vivenciar ansiedade e angústia, frente ao cuidado a pacientes em unidades de maior complexidade, as quais guardam relação com a falta de preparo adequado e suficiente para assumirem as inúmeras atividades e responsabilidades⁽⁹⁾. No caso dos enfermeiros classificadores, tal sentimento vincula-se ao despreparo profissional para atuação no setor de urgência/emergência, mais especificamente no acolhimento de usuários com doença cerebrovascular, sobretudo quando se trata do público idoso.

Quanto à atuação na unidade de urgência/emergência, sabe-se que, em sua dinâmica e especificidade próprias, este é um cenário de cuidados de alta complexidade e determinantes para a evolução do quadro de saúde-doença do paciente. O processo de trabalho neste setor exige conhecimentos e capacitação específicos, além de celeridade, uma vez que o atendimento precisa ser realizado com base no rigor técnico e científico e ocorrer em tempo apropriado para a intervenção⁽¹⁰⁾.

Nesta perspectiva, o enfermeiro que atua no ACCR na UE deve estar habilitado para classificar e reclassificar, caso necessário, bem como tomar decisões precisas diante da identificação e diferenciação dos pacientes no que tange a prioridade do atendimento⁽¹¹⁾. No entanto, o estudo revela fragilidades nesse processo, uma vez que os enfermeiros referiram necessidade de maior conhecimento teórico-prático, a fim de se sentirem mais preparados e com maior domínio na área de emergência.

Em se tratando do atendimento ao idoso, o despreparo profissional é ainda mais agravante, diante da dificuldade apresentada pelos participantes de acolher o idoso com suspeita de AVC, em função da sintomatologia das comorbidades confundir a identificação dos sinais de alerta para esta doença. Considerando que a população idosa é acometida por inúmeros agravos e doenças que, muitas vezes, mimetizam e dificultam a suspeita diagnóstica correta, o critério do tempo de espera e a conduta terapêutica adequada em tempo hábil, são decisivos para a intervenção nos casos de AVC⁽¹²⁾.

Ademais, o cuidado de enfermagem no ACCR requer um direcionamento e conduta peculiares para esta população e, para tanto, o profissional deve estar preparado para compreender o processo de envelhecimento em suas múltiplas dimensões⁽¹³⁾.

Nota-se, portanto, que o conhecimento profissional em gerontologia é crucial para o atendimento ao idoso, conforme sinalizado pelos participantes, uma vez que esclarece e equipa o enfermeiro de saberes acerca desta área de conhecimento. Isso instrumentaliza os profissionais para o atendimento qualificado à população idosa e provê embasamento científico indispensável para a construção dessa ciência⁽¹⁴⁾.

Cabe salientar, todavia, que a formação do enfermeiro no âmbito da graduação se dá de forma generalista, de tal modo que os conteúdos propostos na matriz curricular dotam o acadêmico de conhecimentos teórico-práticos básicos e gerais⁽¹⁵⁾. Desta forma, cuidados de alta complexidade e áreas especializadas se constituem como desafios para a atuação do enfermeiro de maneira qualificada e competente⁽⁹⁾. Considerando este cenário, é imperativo adotar critérios para a capacitação dos enfermeiros atuantes no ACCR, que contemplem a aproximação do profissional com a temática, sua experiência laboral, qualificação, tempo de atuação, dentre outros.

A adoção de tais critérios subsidiará um melhor desempenho do profissional diante das demandas da urgência/emergência, do ACCR e das particularidades do idoso. Entretanto, neste estudo percebeu-se que, dos 16 enfermeiros entrevistados, apenas três tinham especialização em urgência/emergência e nenhum em gerontologia. Entende-se, portanto, que esse dado pode retratar fragilidade da gestão no que concerne ao processo de seleção criteriosa de profissionais habilitados, bem como ausência de capacitação dos emergencistas atuantes nesse cenário.

Ademais, cabe refletir acerca da importância da valorização de conteúdos voltados para doença cerebrovascular e saúde do idoso no que se refere a área de urgência/emergência, visto a alta incidência do AVC a partir dos 60 anos, que duplica a cada década⁽¹⁶⁾. Diante das evidências do setor de emergência constituir uma unidade de atendimento crítico e da alta

ocorrência do AVC na pessoa idosa, torna-se necessário implementar iniciativas e ações de recrutamento de pessoal correspondentes, para que seja possível dispor de profissionais preparados nas UE, mais especificamente no ACCR, com vistas a ofertar assistência segura, sobretudo em casos de doenças cerebrovasculares em idosos.

Conclusão

A pesquisa evidenciou que os enfermeiros não se sentem preparados para executar o acolhimento com classificação de risco ao idoso com suspeita de AVC e apontou a necessidade de aprimoramento profissional nas áreas de urgência/emergência e gerontologia. A formação direcionada para as especialidades é uma estratégia indispensável para habilitar o profissional para atuação no setor com vistas ao atendimento de excelência.

O enfermeiro, em seu itinerário acadêmico, é munido de conteúdos básicos em virtude de sua matriz curricular generalista. Cuidados complexos e áreas especializadas, como a retratada neste estudo, apresentam-se como cenários de pouca familiaridade, o que acarreta condutas inseguras e passíveis de erro na assistência ao paciente e comprometimento da qualidade do serviço. Desta forma, o conhecimento e capacitação específicos são determinantes para o preparo profissional e, por conseguinte, a oferta de um serviço especializado eficaz.

A pesquisa ainda assinala para a necessidade da gestão central e local adotarem estratégias de captação de profissionais habilitados para atuarem na emergência em questão, bem como estimular espaços de treinamentos que desenvolvam conhecimento e capacitação dos enfermeiros acerca da dinâmica e especificidade da unidade de emergência com destaque para conteúdo de ACCR e saúde do idoso. Acredita-se que, deste modo favorecerá a contratação de profissionais aptos a oferecer um atendimento criterioso, resolutivo e de qualidade.

Cabe ressaltar que a realização do presente estudo em somente um serviço de referência para atendimentos a pacientes com AVC se configura como uma limitação para esta pesquisa, uma vez que possivelmente oportunizou estratégias de capacitação somente para esse grupo limitado de profissionais, como impede a comparação com outros enfermeiros atuantes no ACCR ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular. Sugere-se, portanto, a realização de estudos em outras unidades de referência, a fim de levantar dados e informações mais abrangentes acerca deste objeto e estabelecer estratégias para viabilizar o preparo profissional que abarquem todo o território nacional.

Referências

1. Johann A, Bosco SMD. [Stroke in the elderly: a case study]. CADPED [Internet]. 2015[cited 2017 mar 15];12(1): 78-86. Available from: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/934/922>. Portuguese
2. Oliveira AIC, Silveira KRM. [The use of ICFH in stroke patients]. Rev Neurocienc [Internet]. 2011[cited 2017 mar 15];19(4):653-662. Available from: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/relato%20de%20caso%2019%2004/561%20relato%20de%20caso.pdf>. Portuguese
3. Santos JLG, Lima MADS. [Care management: nurses actions in a hospital emergency servisse]. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2011[cited 2017 mar 15];32(4):695-702. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a09.pdf>. Portuguese
4. Vituri DW, Inoue KC, Bellucci J, José A, Oliveira CA; Rossi RM, Matsuda LM. [Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result]. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013[cited 2017 fev 01];21(5):1179-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf>. Portuguese
5. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Guerra ACLC, Carlos MJ, Trocado CVM. [Emergency care and its interfaces: the short-term care for the elderly]. J Bras Econ Saúde [Internet]. 2015[cited 2017 mar 14];7(1): 62-69. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Celia_Caldas/publication/279446088_Atendimento_de_emergencia_e_suas_interfaces_o_cuidado_de_curta_duracao_a_idosos/links/55929ab608aed7453d462ab8.pdf. Portuguese
6. Coberllini VL, Santos BRL, Ojeda BS, Gerhart LM, Eidt R, Stein SC, Mello DT. [Linkages and challenges in the training of professional nurses]. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010[cited 2017 mar 14];63(4): 555-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/09.pdf>. Portuguese
7. Barbour, R. Grupos focais: coleção pesquisa qualitativa. São Paulo: Artmed; 2009.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2016.
9. Silva DGV, Souza SS, Trentini M, Bonetti A, Mattosinho MMS. [The challenges coped by the novice in nursing practice]. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2017 mar 12]; 44(2):504-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_38.pdf. Portuguese
10. Santos LB, Brito AMG, Sousa AAD, Caballero AD, Freitas DA, Santos LCG. [Intervención del enfermero en emergencia y el uso de la clasificación de riesgo]. EFDeportes.com, Revista Digital [Internet]. 2014[cited 2017 mar 11]; (195). Available from: <http://www.efdeportes.com/efd195/atuacao-do-enfermeiro-na-emergencia.htm>. Spanish
11. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. [Activities of the nurse involved in triage/risk classification Assessment in emergency services: an integrative review]. Rev Gaúcha Enferm.

[Internet]. 2012[cited 2017 mar 13]; 33(4):181-190. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/en_23.pdf. Portuguese

12. Lima CMG, Silva HPW, Souza PAS; Amaral TLM, Prado PR. [Epidemiological and clinical characteristics of patients with stroke]. *J Health Sci Inst.* [Internet]. 2015[cited 2017 mar 12]; 33(1):45-9. Available from: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/01_jan-mar/V33_n1_2015_p45a49.pdf. Portuguese

13. Dias KCCO, Lopes MEL, Zaccara AAL, Duarte MCS, Morais GSN, Vasconcelos MF. [Nursing care directed for the elderly: an integrative review of the Literature]. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014[cited 2017 mar 13]; 8(5):1337-46. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5500/pdf_5108. Portuguese

14. Kletemberg DF, Padilha MI. [Gerontological nursing: the production Of knowledge in the profession (1970-1996)]. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013[cited 2017 mar 12];34(1): 86-93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_11.pdf. Portuguese

15. Brasil. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. 2001 [cited 2017 mar 14]: 1-6. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.

16. Kasner SE, Moss HE. Cerebrovascular disorders. *ACP Medicine*: 2010;1-22.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados elucidaram a atuação do enfermeiro classificador no acolhimento à pessoa idosa com suspeita de AVC, que ocorre por meio da aplicação de etapas do processo assistencial que abrange: histórico de enfermagem, aplicação de escala de Cincinatti além de protocolos específicos para avaliação e intervenção de doenças cerebrovasculares.

O estudo destacou algumas fragilidades, a ausência de um instrumento que norteie os profissionais do acolhimento em determinar o fluxo de usuários para os diversos tipos de doenças cerebrovascular. Outro resultado, refere aos fatores intervenientes para a prática do acolhimento ao idoso com suspeita de AVC. O acesso às tecnologias e a implantação do protocolo de classificação de risco foram assinalados como facilitadores para o atendimento no contexto do idoso vitimado pelo AVC.

Em contrapartida, outras questões comprometem significativamente sua dinâmica, a saber: inexistência de equipe de apoio na porta de entrada, ausência de capacitação para atuação do enfermeiro no ACCR, falta de informação por parte dos acompanhantes, déficit na infraestrutura hospitalar e fragilidades da Rede de Atenção à Saúde.

Os resultados funcionam como alerta para gestão por parte destes profissionais, acerca de algumas fragilidades o que pode comprometer a funcionalidade e utilidade de uma unidade de referência para doenças cerebrovasculares nesse estado. Entende-se que o ACCR dessa instituição de saúde, especialmente em situações de urgência/emergência para a pessoa idosa, seja observado e priorizado pelo poder público, para que se garanta a seguridade de uma assistência especializada e importante para a população em questão.

Esta pesquisa ainda evidenciou que os enfermeiros não se sentem preparados para executar o ACCR ao idoso com suspeita de AVC e apontou a necessidade de conhecimento profissional nas áreas de urgência/emergência e gerontologia. A formação direcionada para as especialidades das emergências é uma estratégia indispensável para habilitar o profissional para atuação no setor, com vistas ao atendimento de excelência.

Portanto, considerando a gravidade clínica do AVC, especificidades da pessoa idosa e peculiaridade da emergência, o estudo sinaliza a necessidade de um cuidado especializado no atendimento ao paciente grave e para a importância em investir na educação continuada, no sentido de assegurar o cuidado qualificado das pessoas que são admitidas com suspeita de AVC na rede de atenção à saúde, independentemente do quadro clínico apresentado. Assim, a

gestão deve ser capaz de intervir na otimização da administração dos recursos disponíveis para o ACCR qualificado, tanto investindo e valorizando os pontos fortes quanto priorizando a resolução dos pontos fracos, citados como comprometedores e agravantes, visto que ao reduzir os entraves é possível garantir a qualidade do atendimento e universalidade do acesso. Assim, a identificação destes fatores possibilita importante diagnóstico situacional, na medida em que subsidia a gestão para busca por estratégias que garantam o funcionamento do ACCR nas unidades de referência para linhas de cuidado ao AVC.

Para garantir um acolhimento qualificado, o enfermeiro durante sua formação deve obter conteúdos curriculares voltados para pacientes graves, inclusive os idosos. Cuidados complexos e áreas especializadas, como a retratada neste estudo, apresentam-se como cenários de pouca familiaridade, o que acarreta condutas inseguras e passíveis de imperícias a assistência ao paciente gravemente comprometido pelo AVC. Desta forma, o conhecimento e capacitação específicos são determinantes para atuação do enfermeiro classificador e, por conseguinte, a oferta de um serviço especializado eficaz.

Dentre as limitações do presente estudo, ter ocorrido somente em um serviço de referência para os atendimentos a pacientes com AVC se configura como uma lacuna para esta pesquisa, uma vez que impede a comparação com outros enfermeiros atuantes no ACCR ao idoso com suspeita de doença cerebrovascular. Sugere-se, portanto, a realização de estudos em outras unidades de referência, a fim de levantar dados e informações mais abrangentes acerca deste objeto e estabelecer estratégias para viabilizar o preparo profissional que abarquem todo o território nacional.

Recomenda-se, também, a elaboração de pesquisas com foco no ACCR para a pessoa idosa, uma vez que esse público tem grande incidência nas emergências e são portadores de múltiplas comorbidades como o AVC, e utiliza os serviços de urgência como porta de entrada para resolução de suas respectivas agudizações.

Essa investigação, mesmo restrita a um único grupo de profissionais atuantes na UE, mais especificadamente no contexto do ACCR, possibilitou produzir conhecimentos a partir da vivência do atendimento inicial ao idoso com suspeita de AVC, abrangendo questões de ordem da sistematização da assistência para a prática do acolhimento nesta unidade hospitalar. Acredita-se que os resultados possam contribuir para elaboração de condutas de organização do ACCR para os serviços de referência de doenças cerebrovasculares, norteando-os para a busca de um modelo assistencial de excelência.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129910/000977080.pdf?sequence=1>>. Access in: 04 jan. 2017.
- ALMEIDA, Sara Regina Meira. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **Revista Neurociência**, 2012. p. 481-482. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/editorial%2020%2004/edSara.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- ALVES, José Eustáquio Diniz; BRUNO, Miguel Antônio Pinho. **População e crescimento econômico de longo prazo no Brasil: como aproveitar a janela de oportunidade demográfica**. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, v. 18, 2006. ABEP, 2012. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_302.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre-RS: Bookman; Artmed, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 5.ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2016.
- BELLUCCI Júnior, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira Enfermagem**. 2012; 65(5): 751-7.
- BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 82-87, 2015.
- BECKER, Juliana Barros et al. Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome. **Revista Escola Enfermagem USP** [internet]. 2015[cited 2017 11 jan]; 49(5): 783-789. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/0080-6234-reeusp-49-05-0783.pdf>>. Access in: 04 jan. 2017.
- BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011.
- BIF, Mônica Wusnieski. **Os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência**. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/838/1/M%C3%B4nica%20Wusnieski%20Bif.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.
- BITTENCOURT, José Roberto; HORTALE, Virginia Alonso. 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**. vol. 12. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63012411.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Protocolo estadual de classificação de risco**. Salvador, BA: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia [internet]. 2014[cited 2017 11 jan]. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/PDF/protocolo_classificacaoderisco_cour.pdf>. Access in: 04 jan. 2017.

_____. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. [Internet]. 2001 [cited 2017 mar 14]: 1-6. Available from: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Access in: 04 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências**. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha_cuidado_avc_rede_urg_emer.pdf>. Acesso em: 12 abril. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Resolução COFEN 311 de 2007**[internet]. Brasília; 2007 [cited 2017 feb 1]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Access in: 04 jan. 2017.

_____. LEI Nº 8.080/1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 ago. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012**. Disponível em: <<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%BA-1.663-DE-6-DE-AGOSTO-DE-2012-SOS-EMERG%C3%84NCIAS-RUE.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 2048/2002. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 30 ago. 2015.

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

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 20 set.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 20 ago.2015.

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: Histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf>. Acesso em: 20 ago.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 28 ago.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 03 jan.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**. Cadernos HumanizaSUS. vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Cadernos HumanizaSUS. Atenção Hospitalar. vol.3. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

BUSANELLO, Josefina et al. Grupo Focal como técnica de coleta de dados. **Cogitare Enfermagem**. 2013 Abr/Jun; p.358-64. Uruguaiana-RS: UFRS, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/32586/20702>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CALDAS, Celia Pereira et al. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/279446088_Atendimento_de_emergencia_e_suas_interfaces_o_cuidado_de_curta_duracao_a_idosos>. Acesso em: 02 jan. 2017.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal; TENORIO, Danielle Moura. Identificação dos agravos de saúde que levam os idosos ao serviço de emergência. **Revista de Enfermagem da UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 1, p. 457-465, 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5548/11377>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

CAMPOS, Maria Celeste Gonçalves; SENGER, Maria Helena. Avaliação do estágio de urgências clínicas em uma unidade de pronto atendimento sob a perspectiva dos alunos. **Revista Brasileira Educação Médica**. vol.38 no.1. Rio de Janeiro: SCIELO, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000100014>. Acesso em: 23 ago. 2015.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. **O Acidente Vascular Cerebral** – classificação, principais consequências e reabilitação. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em psicologia pela Universidade Lusíada do Porto. 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

CARMO Júlia Fabres do; OLIVEIRA Elizabete Regina Araújo; MORELATO Renato Lirio. Functional disability and associated factors in elderly stroke survivors in Vitória, Brazil. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia** [internet]. 2016 [cited 2017 feb 15]; 19(5): 809-818. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n5/1809-9823-rbagg-19-05-00809.pdf>>. Access in: 06 jan. 2017.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; RATES, Hosana Ferreira; CASTRO E SILVA, Lídia Trindade de et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista Enfermagem Centro-Oeste Mineiro**. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/288>>. Acesso em: 02 jan.2017.

CAVALCANTE, Tahissa Frota et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1495-1500, 2011.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. Da Silva, Roberto. **Metodologia científica** 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COFEN. **Resolução Cofen nº 423/2012**. Abril de 2012. Disponível em: Acesso em: 02 dez. 2016.

DA COSTA, Jacqueline Saldanha Mendes; WONG, Laura Rodríguez; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. **População idosa e demanda pelos serviços de urgência e emergência:**

uma análise sob a perspectiva das redes de atenção as urgências. Estudo de caso no Distrito Sanitário de Venda Nova, Belo Horizonte/Minas Gerais. Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/POSTER\[399\]ABEP2012.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/POSTER[399]ABEP2012.pdf). Acesso 20 de jan. 2016.

COBERLLINI, Valéria Lamb et al. [Linkages and challenges in the training of professional nurses]. **Revista Brasileira Enfermagem** [Internet]. 2010[cited 2017 mar 14]; 63(4): 555-60. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/09.pdf>>. Access in: 06 jan. 2017.

CUNHA, Barbara Silva e Silva; Sá, Selma Petra Chaves; Nascimento, Amanda Silva. **Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um Hospital geral.** Estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento. v.19. Porto Alegre: UFRGS, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/20963/31009>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

DANTAS, Uberlândia Islândia Barbosa et al. O trabalho dos enfermeiros no setor de urgência: limites e perspectivas. **Revista de Enfermagem UFPE** on line-ISSN: 1981-8963, v. 9, n. 3, p. 7556-7561, 2015.

DAMY, Álvaro José de Carvalho. **Perfil multidimensional e avaliação da capacidade funcional em idosos de baixa renda.** Tese de Doutorado apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

DA SILVA, Roberta Marinho; DE ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2014. [cited 2017 fev 22]; 24(4):1207-1228. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01207.pdf>

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). **Estatísticas vitais.** 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 22 mai. 2015.

DIAS, Kalina Coeli Costa de Oliveira et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE** On Line. 2014. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/download/5500/9108>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Human error in daily intensive nursing care. **Revista Latino-Americana Enfermagem** [internet]. 2015[cited 2017 fev 1]; 23(6):1074-1081. Available from :< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf>>. Access in: 10 Jan. 2017.

ELLIS, Michael J. et al. Neuroimaging assessment of cerebrovascular reactivity in concussion: current concepts, methodological considerations, and review of the literature. **Frontiers in neurology**, v. 7, 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de et al. Ambiente e humanização: retomada do discurso de nightingale na política nacional de humanização. **Escola Anna Nery**.vol.17. no.4. Rio de Janeiro Sept./Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400654>. Acesso em: 04 jan. 2017.

GARCIA, Vinicius Maniezo; REIS, Renata Karina. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.67 no.2 Brasília Mar./Apr. 2014. Scielo Books. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200261>. Acesso em: 05 dez. 2016.

GASKELL, George. (2002). **Entrevistas individuais e grupais**. In M. W. Bauer & G. Gaskell, Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. Pretópolis: Vozes: 64-89.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

GÓIS, Ana Luzia Batista de. VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Brasil. **Ciência Saúde Coletiva** Rio de Janeiro. v. 15,n.6,p. 2859-69.2010.

GONÇALVES, Ana Valéria Furquim; BIERHALS, Carla Cristiane Becker Kottwitz; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi. Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 36, n. 3 (jul./set. 2015), p. 14-20, 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/52422/35041> >. Acesso em: 03 jan. 2017.

GRAGNOLATI, Michele et al. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. USA: Banco Mundial, 2011. Impresso no Brasil. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

GRESSLER, Lori Alice. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2. ed. rev. atual. São Paulo: Loyola, 2004.295 p.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Ambiente favorável à saúde: concepções e práticas da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2010; 11(esp): 82-91.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários/Embracement in an emergency service: users' perception/Acogimiento en un servicio de emergencia: percepciones de los usuarios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1,

p. 31, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mai. 2015.

GUERRA, Ana Carolina Lima Cavaletti; CALDAS, Célia Pereira. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Sept. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jun. 2013.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito. **Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde [tese]**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.

GRUNEIR, Andrea; SILVER, Mara; ROCHON, Paula. Review: Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. **Medical Care Research and Review**, v. 68, n. 2, p. 131-155, 2011.

HAHN, Giselda Veronice et al. Ensino de enfermagem em Lajeado, RS: resgate histórico. **Revista Brasileira Enfermagem**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a14.pdf> >. Acesso em: 20 ago. 2015.

HIRSHON, Jon Mark et al. Health systems and services: the role of acute care. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 5, p. 386-388, 2013.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Tabela de resultados. População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as grandes regiões e as Unidades de Federação, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2015.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde, 2013. Doenças crônicas**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_xls.shtm>. Acesso em: 18 mar. 2015.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional do envelhecimento, 2017**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_xls.shtm>. Acesso em: 18 mar. 2017.

INOUE, Kelly Cristina et al. (2015). Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 13-28, 2015. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/982>

JACKLIN, Kristen et al. An Innovative Sequential Focus Group Method for Investigating Diabetes Care Experiences with Indigenous Peoples in Canada. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 15, n. 1, p. 1609406916674965, 2016. <http://doi.org/10.1177/1609406916674965>

JOHANN, Amanda; BOSCO Simone Molero Dal. [Stroke in the elderly: a case study]. **CADPED** [Internet]. 2015[cited 2017 mar 15]; 12(1): 78-86. Available from: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/934/922.%20Portuguese>

KLETEMBERG, Denise Faucz; PADILHA, Maria Itayra. Enfermagem gerontológica: a produção do conhecimento na profissão (1970-1996). **Revista Gaúcha Enfermagem**. [online]. 2013, vol.34, n.1, pp.86-93. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100011>.

KASNER, Scott; MOSS Heather. **Cerebrovascular disorders**. ACP Medicine: 2010; 1-22.

KOTHARI, Rashmi U. et al. Cincinnati prehospital stroke scale: reproducibility and validity. **Annals of emergency medicine**, v. 33, n. 4, p. 373-378, 1999.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010>. Acesso em: 02 jan. 2017.

LIBERMAN, Alberto. **Diagnóstico e tratamento em cardiologia geriátrica**. Editora Manole Ltda, 2005.

LIMA, Cássia Maria Gomes et al. [Epidemiological and clinical characteristics of patients with stroke]. **Journal of the Institute of Health Sciences**. [Internet]. 2015[cited 2017 mar 12]; 33(1):45-9. Available from: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/01_jan-mar/V33_n1_2015_p45a49.pdf. Access in: 11 jan. 2017.

LONGO, Alexandre Luiz; MORO, Carla Heloisa Cabral; CABRAL, Noberto Luiz. Trombólise endovenosa com Ateplase em AVC Isquêmico - Experiência em 27 casos - Joinville - SC. **Revista Neurociência** [periódico na internet]. 2004 p.134-40. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2003/Pages%20from%20RN%2012%2003-4.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2016.

MASADEH, Mouse. Focus group: Reviews and practices. **The Journal of Applied Science and Technology**, v. 2, n. 10, 2012.

MAIA, Patricia Alves et al. **Atendimento a pacientes com AVC: benefícios dos protocolos na percepção dos enfermeiros**. In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida. 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MAZZA, Verônica de Azevedo; MELO, Norma Suely Falcão de Oliveira; CHIESA, Anna Maria. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 183-8, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Anna_Chiesa/publication/287442351_O_GRUPO_FOCAL_COMO_TECNICA_DE_COLETA_DE_DADOS_NA_PESQUISA_QUALITATIVA_RELATO_DE_EXPERIENCIA/links/5767fc8508ae1658e2f8c0ef.pdf. Acesso em 10 jan. 2017.

MCDAVID, John; BELLAMY, Lisa; THOMPSON, Christa. Abstract NS12: **Is online NIHSS certification enough training.** 2015.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras The public healthcare system in the context of Brazil's demographic transition: current. **Caderno saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

MENEZES, MAX OLIVEIRA 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**, v. 2, n. 2, p. 45-58, 2014.

MEIRELES, Gláucia Oliveira Abreu Batista; LOPES, Maressa Martins; DA SILVA, Jaqueline Conceição Fontes. O conhecimento dos enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 1, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MIKULIK, Robert et al. Calling 911 in Response to Stroke A Nationwide Study Assessing Definitive Individual Behavior. **Stroke** [internet]. 2008[cited 2017 feb 8]; 39(6): 844-1849. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18436888>>. Access in: 11 jan. 2017.

MORAES DE SABINO, Leidiane Minervina et al. Uso de tecnología blanda-dura en las prácticas de enfermería: análisis de concepto. **Aquichán** [online]. 2016, vol.16, n.2, pp.230-239. ISSN 1657 5997. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4310>>. Access in: 01 feb. 2017.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. Ambiente de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. p. 338-342, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S_1414-81452015000200338>. Acesso em: 8 dez. 2016.

NETO, Otávio Cruz; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. **Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 13, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>. Acesso em: 02 fev. 016.

NISHIO, Elizabeth; FRANCO, Maria Teresa Gomes. **Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente.** Elsevier Brasil, 2011.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, São Paulo: 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006>. Acesso em: 08 fev. 2016.

OMS. **World Health Report 2010**. Suíça: WHO, 2010.

OLIVEIRA, Ana Irene Costa de; SILVEIRA, Katyana Rocha Mendes da. [The use of ICFH in stroke patients]. **Revista Neurociencia** [Internet]. 2011[cited 2017 mar 15]; 19(4):653-62. Available from: <<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/relato%20de%20caso%2019%2004/561%20relato%20de%20caso.pdf>>. Portuguese. Access in: 11 jan. 2017.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem** [internet]. 2014[cited 2017 feb 1]; 18(1):122-129. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Access in: 10 jan. 2017.

ONWUEGBUZIE, Anthony et al. A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. **International journal of qualitative methods**, v. 8, n. 3, p. 1-21, 2009.

PEREIRA, Roberta Amorim et al. Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013. [cited 2017 feb 16]; 47(10): 182-188. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a23v47n1.pdf>. Access in: 04 jan. 2017.

PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira da et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, p. 1929-1936, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/07.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

PEREIRA, Rodrigo Pastor Alves. O acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. **Grupo de estudos em Saúde da Família [Internet]. Belo Horizonte: AMMFC, 2006**. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm>. Acesso em: 21 set. 2015.

PINTO, Júlio Manuel Peixoto. **Acidente Vascular Cerebral na região do Vale do Sousa**. 2015.

POTTER, Patricia; PERRY, Anne. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2014.

PRUDÊNCIO, Celine Pinheiro Gordo et al. Perception of nurses on patient admission with risk rating of the emergency care service. **Revista Baiana Enfermagem** [internet]. 2016[cited 2017 jan 11]; 30(2):1-10. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14917>

REDE BRASIL AVC. **Manual de Rotinas para Atenção ao AVC. 2015.** Disponível em: <<http://www.redebrasilavc.org.br/para-profissionais-de-saude/manual-de-rotinas/>>. Acesso em :10 set. 2015.

REDE HUMANIZA SUS. **Apoio ao Hospital Geral Roberto Santos através do Programa SOS Emergência.** 2015. Disponível em:<<http://www.redehumanizaus.net/67565-apoio-ao-hgrssos-emergencia>>. Acesso 22 agos. 2015.

REID, John; CURRIE, Yodanis; BAIRD, Tess. **Non-stroke admissions to a hyperacute stroke unit.** *Scottish medical journal*, v. 57, n. 4, p. 209-211, 2012.

RIMMELE, David; THOMALLA, Götz. Wake-up stroke: clinical characteristics, imaging findings, and treatment option—an update. **Frontiers in neurology**, v. 5, p. 35, 2014.

RODRIGUES, Camilla Christina; RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça. Perfil epidemiológico dos idosos atendidos na emergência de um hospital escola. **Revista Arquivos de Ciência da Saúde**, v. 9, n. 2, p. 37-41, 2012. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_oi/vol-19-2/ID505-Rev-19-abr-jun-2012.pdf>. Acesso em: 02/02/2016>. Acesso em: 04 jan. 2017.

ROSSANEIS, Mariana Ângela et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 648-56, 2011. [Internet]. [acesso em: 10 dez. 2016];13(4):648-56. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a08.pdf>. Acesso em: 10 dez 2016.

SACCO, Ralph et al. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**. 2013; 44(7): 2064-2089.

SANTOS, José Luís Guedes dos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Care management: nurses' actions in a hospital emergency service. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 695-702. [Internet]. 2011[cited 2017 mar 15]; 32(4):695-702. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a09.pdf>. Portuguese

SANTOS, Vanice; CANDELORO, Rosana Jardim. **Trabalhos acadêmicos: uma orientação para a pesquisa e normas técnicas.** Porto Alegre-RS: AGE, 2006.

SANTOS, Lucivalda Barbosa et al. [Intervención del enfermero en emergencia y el uso de la clasificación de riesgo]. EFDeportes.com, **Revista Digital** [Internet]. 2014[cited 2017 mar 11]; (195). Available from: <http://www.efdeportes.com/efd195/atuacao-do-enfermeiro-na-emergencia.htm>. Spanish

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Primeiro consenso brasileiro para trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. **Arquivo Neuro-Psiquiatria**. v.60 São Paulo: SCIELO, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.Phpscript=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000400032&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 mai. 2015.

SERBIM, Andreivna Kharenine; GONÇALVES, Ana Valéria Furquim; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 34, n. 1 (2013), p. 55-63, 2013.

SESAB. 2014. **UPA24H do Cabula e novo ambulatório do Hospital Roberto Santos**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8475:upa-24h-do-cabula-e-novo-ambulatorio-do-hospital-roberto-santos-sao-entregues-a-populacao&catid=13:noticias&Itemid=25>. Acesso em: 22 ago.2015.

SOUZA, Cristiane Chaves de. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. Dissertação de Mestrado. 119 p. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: 2009.

SOUZA, Cristiane Chaves de; ARAÚJO, Francielli Aparecida; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. **Revista Escola Enfermagem USP** [internet]. 2015[cited 2017 feb 1]; 9(1):144-151. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf>

SOUZA, Cristiane Chaves de et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana Enfermagem** [online]. 2011, vol.19, n.1 [citado 2017-05-04], pp.26-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100005>. Acesso em 03 de fevereiro de 2017.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da et al. [The challenges coped by the novice in nursing practice]. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 511-516, 2010. [Internet]. 2010. [cited 2017 mar 12]; 44(2):504-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_38.pdf. Portuguese

SILVA, Michele de Freitas Neves et al. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. [Internet]. v. 22, n. 2, p. 218-225, 2014. [citado 2017 jan 23];22(2):218-225. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf>

TAFNER, Paulo Sergio Braga; CARVALHO, Marcia Marques. **Propostas para um Brasil melhor no ano bicentenário**. In: **Rumo a uma política social flexível**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

TEIXEIRA, Cristiane Chagas et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2017.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**. 2009; p.777-96.

TORRES, Gilson de Vasconcelos et al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 21, 2011.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

VIANA, Fabiana Pavan et al. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. **Revista brasileira geriatria gerontologia**, v. 11, n. 1, Rio de Janeiro 2008.

VITURI, Dagmar Willamowius et al. [Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result]. **Revista Latino-Americano Enfermagem** [Internet].2013[cited 2017 fev 01]; 21(5):1179-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf>. Portuguese.

YEW, Kenneth; CHENG, Eric. **Acute stroke diagnosis**. American family physician, v. 80, n. 1, p. 33, 2009.

ZAGANELLI, Bárbara Martins et al. O grupo focal na Ciência da Informação. **Informação & Sociedade**, v. 25, n. 3, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação e reflexão.”

Paulo Freire

Prezada(o),

Vimos através desta, convidá-lo a participar dos estudos: **“ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO DA PESSOA IDOSA COM SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR”**. Trata-se de um projeto de mestrado, extensão do Projeto matriz Acolhimento e Cuidado na Unidade de Emergência, desenvolvido pelo PET Redes de Atenção na Urgência e Emergência, que aconteceu na Unidade de Emergência (UE) deste hospital entre 2013 e 2015. A pesquisa objetiva realizar encontros de grupos junto à equipe de enfermeiros do ACCR, visando conhecer como ocorrem as práticas de acolhimento à pessoa idosa com suspeita AVC.

Quem poderá participar desta pesquisa?

Os participantes desta pesquisa serão os profissionais enfermeiros classificadores, atuantes na UE deste hospital. Informamos que outras classes de profissionais serão bem vindas a contribuir com nossos momentos de discussão.

Como você contribuirá com este estudo?

Este estudo é qualitativo; então iremos nos reunir através de grupos de discussões com dinâmicas interativas, onde você possa se expressar livremente sinalizando o que entende dos assuntos abordados e quais são os fatores que influenciam no ACCR de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE.

Quanto tempo durará este estudo?

A proposta é que os encontros do grupo de discussão ocorram entre o mês de maio e junho de 2016, em uma sala do prédio Anexo do HGRS, das 14h às 18h, finalizando com um delicioso *coffe-break*. Contudo, caso haja alterações nos meses e horários, vocês serão informada (o)s previamente, via endereço eletrônico (e-mail) ou telefone.

Se você não puder participar de alguma reunião, poderá participar das próximas?

Sim! Sua participação em todas é muito importante, entretanto, se algum motivo impossibilite sua presença, por favor entrar em contato para disponibilidade de outra data. Sua presença é muito importante para nós; estaremos sempre enviando um relatório- síntese de todas as atividades executadas nas reuniões via endereço eletrônico.

Que benefícios este estudo pode trazer?

Para as pessoas idosas com suspeita de AVC: este estudo contribuirá para um cuidado diferenciado, com melhorias na detecção precoce e manejo clínico dos sinais de alerta do AVC. Para os profissionais: haverá ampliação dos conhecimentos sobre o AVC em pessoas idosas, suporte para um atendimento mais rápido, direcionamento e eficaz. Outro benefício será a liberdade de expressarem livremente o que pensam sobre os fatores que intervêm para a utilização do ACCR à pessoa idosa com suspeita de AVC. Para a Unidade: profissionais possivelmente empenhados em melhorar a realidade existente, como também a dinâmica do processo de trabalho.

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE, FAÇA PARTE DESTA HISTÓRIA!

“Seja a mudança que você quer ver no mundo”. Mahatma Gandhi

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p>Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana S/N, 7º andar, Salvador - BA (71) 3283-7631 / pgenf@ufba.br</p>
---	---

Título do Estudo: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO A PESSOA IDOSA COM SUSPEITA DE AVC

Pesquisadora Responsável: Alice de Andrade Santos

O(a) Senhor(a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-lo.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Objetivo do Estudo

Realizar grupos de discussão com os enfermeiros atuantes no ACCR da unidade de emergência (UE), a fim de realizar discussões acerca das práticas de acolhimento à pessoa idosa com suspeita de AVC.

Duração do Estudo

A duração total do estudo é de um ano. A sua participação no estudo será de aproximadamente três meses.

Descrição do Estudo

Participarão do estudo 16 indivíduos distribuídos em cada grupo focal.

Este estudo será realizado na UE do Hospital Geral (HG) da cidade Salvador-Bahia.

O (a) Senhor (a) foi escolhido (a) a participar do estudo porque pertence ao quadro de

enfermeiros atuantes no ACCR.

O (a) Senhor (a) não poderá participar do estudo se estiver afastado (a) do trabalho durante todo o período da pesquisa.

Procedimento do Estudo

Após entender e concordar em participar, serão realizados três encontros semelhantes com grupos focais distintos.

Nos encontros, serão apresentada a pesquisa, seus objetivos e fases. Ainda neste encontro, serão realizadas perguntas focadas ao grupo, sobre o entendimento dos mesmos em relação ao acolhimento da pessoa idosa com suspeita de AVC na UE do HG. O grupo irá iniciar as discussões sobre o significado do ACCR para pessoa idosa com suspeita com AVC. Após essa discussão será solicitado que cada participante, relate como ocorrem as práticas de acolhimento e quais facilidades e dificuldades vivenciadas no acolhimento a pessoa idosa com suspeita de AVC no ACCR.

Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto

Ao participar dos grupos de discussão, vocês poderão apresentar desconforto ao compartilhar as situações que vivencia na UE e as dificuldades no acolhimento de idosos com suspeita de AVC.

Benefícios para o participante

Trata-se de um estudo sobre o Acolhimento da pessoa idosa com suspeita de AVC na UE, testando o pressuposto de que a investigação (pesquisadora com a equipe de enfermeiros do ACCR) possam resultar em estratégias nas práticas de acolhimento da unidade com base nas evidências científicas e nas experiências, acredita-se que essas discussões, possam contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento oferecido.

Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Porém, os resultados obtidos com esta pesquisa poderão contribuir para o Acolhimento a pessoas idosas com suspeita AVC na UE. Deste modo, acreditamos que com práticas baseadas em evidências e pensamento crítico coletivo, estes pacientes se beneficiem de um Acolhimento mais ágil, competente e eficaz.

Compensação

Você não receberá nenhuma compensação financeira para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional.

Participação Voluntária/Desistência do Estudo

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. A não participação no estudo não implicará em nenhum prejuízo na sua atividade profissional na instituição. Caso concorde em participar da pesquisa, você receberá duas vias, de igual teor, desse documento, rubricando todas as páginas dessas duas vias e assinando as duas vias na última página, no local indicado. Uma dessas vias ficará com o(a) senhor (a) e a outra com a pesquisadora. Após assinar o consentimento, o senhor (a) terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos à sua pessoa.

Novas Informações

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua

decisão de continuar a participação no estudo serão fornecidas por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) Termo de Consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

Utilização de Registros e Confidencialidade

Todas as informações coletadas serão analisadas em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade da equipe entrevistada em todas as fases da pesquisa, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os registros dos encontro do GF que trazem a sua identificação e esse termo de consentimento assinado poderão ser inspecionados por agências reguladoras e pelo CEP.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis pelo estudo são Alice de Andrade Santos e Larissa Chaves Pedreira, que poderão ser encontradas na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, localizada atrás do Hospital Universitário Professor Edgar Santos ou nos respectivos telefones: (71)98787-4052 e (71) 999971-8301. Caso deseje entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa que autorizou a realização desse estudo, este fica localizado na Escola de Enfermagem da UFBA; telefone: (71)3283-7615.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado **“ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO A PESSOA IDOSA COM SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR”**.

Li e entendi o documento de Consentimento e o objetivo do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Eu autorizo a utilização dos meus registros pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Assinatura do Sujeito de Pesquisa

Data

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data



APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Prezados profissionais

Estamos desenvolvendo uma pesquisa cujo objetivo é realizar encontros que proporcione discussões junto aos enfermeiros que atuam no ACCR desta unidade, a fim de buscar respostas sobre como ocorre o acolhimento à pessoa idosa com suspeita de AVC.

Trata-se de uma extensão do projeto Matriz Acolhimento e Cuidado na Unidade de Emergência. Solicitamos assim, que as perguntas abaixo sejam respondidas. Todas as informações fornecidas serão tratadas com sigilo.

Para isso, o nome atribuído a você no crachá nos dias dos encontros será por sigla de acordo com sua função na emergência (ex.: E1, E2... para os enfermeiros).

1. Profissão: _____
2. Ocupação na unidade _____
3. Idade: _____
4. Sexo: M () F ()
5. Escolaridade: _____
6. Estado civil: _____
7. Raça/cor: _____
8. Religião: _____
9. Renda mensal: _____
10. Vínculo empregatício na unidade: _____
11. Tempo que trabalha na UE: _____
12. Quantas horas semanais trabalha na UE e na porta de entrada: _____
13. Turno de trabalho: _____
14. Você tem especialização em Emergência? caso não cite qual: _____



15. Durante sua formação você teve contato com a disciplina saúde do idoso? _____

16. Você recebeu algum treinamento sobre ACCR e/ou AVC?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS PARA OS ENCONTROS DO GF

TEMA: Entendendo como ocorre o Acolhimento com Classificação de Risco para a pessoa idosa com suspeita de AVC.

- ✓ Como ocorre a atuação de vocês durante o Acolhimento com Classificação de Risco a pessoa idosa com suspeita de AVC?
- ✓ Quais fatores interferem para o Acolhimento com Classificação de Risco à pessoa idosa com suspeita de AVC?
- ✓ Quais estratégias vocês entendem que pode assegurar a qualidade do seu Acolhimento com Classificação de Risco a pessoa idosa com suspeita de AVC?

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê Ética e Pesquisa da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO E CUIDADO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Pesquisador: Larissa Chaves Pedreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43523315.5.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.172.310

Data da Relatoria: 06/05/2015

Apresentação do Projeto:

Proposta de Pesquisa ação com profissionais trabalhadores de uma emergência pública de Salvador e seus usuários, através do levantamento do diagnóstico situacional dos fatores que interferem no itinerário terapêutico dessas pessoas dentro da unidade, e levantar propostas de intervenção. Esta pesquisa será desenvolvida por alunos do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Redes de Atenção à Saúde/ Urgência e Emergência, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em parceria como Hospital Geral Roberto Santos, beneficiado pelo programa SOS Emergência (BRASIL, 2012). Esta é a segunda fase da pesquisa que aguarda aprovação do CEP para iniciar a coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Intervir nos fatores que dificultam o itinerário terapêutico das pessoas atendidas na Unidade de Emergência (UE) do Hospital Geral Roberto Santos, na cidade de Salvador- Bahia, e avaliar, junto aos profissionais da unidade, se as intervenções facilitaram o fluxo desses usuários na unidade.

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar as pessoas atendidas na UE
2. Conhecer o percurso dessas pessoas até o atendimento na UE

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.172.310

3. Conhecer as práticas de acolhimento e classificação de risco adotadas na unidade
4. Descrever o atendimento dessas pessoas desde a sua entrada na unidade até desfecho
5. Levantar as facilidades e dificuldades relatadas pelos profissionais para o fluxo de pacientes na UE
6. Levantar as facilidades e dificuldades relatadas pelas pessoas no acesso a UE
7. Identificar o atendimento de urgência e emergência no hospital, relacionando com o preconizado pelo programa SOS Emergência e a Política Nacional de Urgência e Emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta como

"Riscos: Constrangimento diante das reflexões e discussões durante as oficinas, e estes profissionais serão acolhidos pelos membros da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento."

e como "Benefícios: A realização dessa pesquisa ação, além de beneficiar os estudantes pela experiência proporcionada, trará benefícios aos usuários, que estarão mais informados e terão seu itinerário mais organizado, e para os profissionais de saúde que poderão humanizar e valorizar mais o seu atendimento na unidade."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa-ação com perspectiva de gerar impacto no serviço de saúde e, portanto, de caráter social relevante. Apresenta metodologia bem delineada e com instrumento de coleta de dados adequado aos objetivos propostos. Apresentou TCLE para os participantes do estudo com linguagem adequada e informações exigidas na Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo apresentado tem condições de aprovação pelo CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.172.310

OBSERVAÇÕES: Atender a RESOLUÇÃO 466/2012 quando a responsabilidade do pesquisador em apresentar relatórios parciais e relatório final ao concluir a pesquisa. A Coordenação recomenda entrar em contato para obter o modelo do relatório para encaminhamento ao CEPEE.UFBA.

SALVADOR, 05 de Agosto de 2015

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinado por:

**Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)**

ANEXOS

ANEXO 2 - Recorte da ficha de acolhimento com avaliação e classificação de risco, utilizado pelas unidades emergência do governo da Bahia.

Sistema De Classificação de Risco Direcionado ao Adulto



Ficha de Registro de Classificação de Risco

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Data nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos Sexo: Feminino Masculino

Pré-Hospitalar Transporte Aéreo Transporte Sanitário

Início Classificação de Risco **Término Classificação de Risco**
 ____ : ____ horas ____ : ____ horas

Classificação de Risco	
Queixa:	
Fluxograma:	Discriminador:
Parâmetros: Glicemia: ____ mg/dl Glasgow: ____ SatO2: ____% <input type="checkbox"/> A.A <input type="checkbox"/> O2 Pulso: ____ bpm <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular Temperatura: ____ °C Régua da Dor: ____ PA: ____ mmHg	
Prioridade Clínica: Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> (Emergência) (Muito Urgente) (Urgente) (Pouco Urgente) (Não Urgente)	
Observação:	
Reclassificação de Risco	
Hora Reclassificação: :	
Discriminador:	
Parâmetros: Glicemia: ____ mg/dl Glasgow: ____ SatO2: ____% <input type="checkbox"/> A.A <input type="checkbox"/> O2 Pulso: ____ bpm <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular Temperatura: ____ °C Régua da Dor: ____ PA: ____ mmHg	
Prioridade Clínica: Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> (Emergência) (Muito Urgente) (Urgente) (Pouco Urgente) (Não Urgente)	
Observação:	

Encaminhamento: _____

Nome e COREN Classificador: _____