

# ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AO IDOSO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO

Rafaella de Souza Dutra<sup>1</sup>, João Pedro Cadore<sup>2</sup>, Lígia Carreira<sup>3</sup>, Leidyani Karina Rissardo<sup>4</sup>

1. Acadêmica do Curso de Medicina, Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR. [Rafa982476@gmail.com](mailto:Rafa982476@gmail.com)
2. Acadêmico do Curso de Medicina, Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR. [Joaopocadore@gmail.com](mailto:Joaopocadore@gmail.com)
3. Docente da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM. [Ligiacarreira.uem@gmail.com](mailto:Ligiacarreira.uem@gmail.com)
4. Orientadora, Doutora, Departamento de Medicina do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR. [leidyani.rissardo@unicesumar.edu.br](mailto:leidyani.rissardo@unicesumar.edu.br)

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco ao idoso na Unidade de Pronto Atendimento. Para tal, realizou-se de um estudo de natureza qualitativa, embasado no referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração, realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento 24h de um município do Noroeste do Paraná-Brasil (GUBA, LINCOLN, 2011). Os dados foram coletados no transcorrer dos meses de fevereiro a setembro de 2017, por meio de entrevistas e encontros de negociação. Fizeram parte do estudo 33 atores sociais, divididos em 13 profissionais de saúde, 12 idosos e oito familiares de idosos. Verificou-se limitações na aplicação do protocolo Manchester no Acolhimento com Classificação de Risco, pois as circunstâncias próprias do envelhecimento e a dificuldade de acesso à atenção básica comprometem a dinâmica assistencial do cuidado ao idoso na Unidade de Pronto Atendimento 24h. Por meio da análise dos dados obtidos, evidenciou-se que a abordagem de cuidado ao idoso no serviço de urgência e emergência é superficial no Brasil, necessitando de ajustes diante da senescência e senilidade, bem como o maior fortalecimento de ações na atenção primária, afim de reduzir os reflexos de limitação no serviço de urgência e emergência. Espera-se, através desses resultados, possibilitar o desenvolvimento de uma reestruturação desse modelo, com um atendimento que priorize as necessidades em saúde dos idosos e promova um envelhecimento ativo para esta população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviços de Saúde para Idosos; Avaliação em Saúde; Assistência Integral à Saúde; Medicina.

## 1 INTRODUÇÃO

Os aspectos demográficos da população mundial têm sofrido mudanças de forma rápida e constante, com muito adultos sobrevivendo até os 80 anos. Atualmente, cerca de 566 milhões de pessoas tem mais de 65 anos no mundo. Estima-se que esse contingente chegará a quase 1,5 bilhões em 2050, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil (AKLINE; BOWDISH, 2016).

Devido a esse número cada vez mais significativo de idosos, surge a necessidade de garantir um envelhecimento saudável e dinâmico (AKLINE; BOWDISH, 2016). Ao considerar o perfil de morbidade e mortalidade dos idosos, fica evidente que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar apto a lidar com esse tipo de usuário. Embora a terceira idade seja marcada por condições crônicas como diabetes e hipertensão, é vital atentar-se aos quadros de urgência e emergência que são amparados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Uma das formas de efetivar o cuidado do indivíduo idoso nessas unidades é através de protocolos pré-estabelecidos, que garantam critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes. Entre esses protocolos, há o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), pelo protocolo de Manchester, uma ferramenta operacional de baixo custo que objetiva reduzir o número de mortes nas UPAs. Essa classificação estabelece padrões para atendimento de emergências, substituindo o modelo tradicional de organização por demanda. Esse protocolo para estratificação de risco deve ser realizado de forma eficiente e condizente com a política nacional de humanização (BRASIL, 2009).

O ACCR, a partir do modelo de Manchester, funciona com base em cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, sendo que cada cor representa o grau de urgência

no atendimento do paciente. O usuário recebe uma pulseira com a cor segundo a estratificação de risco realizada pelo médico ou enfermeiro. Esse sistema evita a superlotação dos outros componentes da rede de atenção primária e estabelece uma previsão de atendimento. Assim, os atendimentos podem ser realizados de maneira eficaz, permitindo que os casos graves recebam absoluta prioridade e os menos graves, se não atendidos, sejam encaminhados a outros serviços. No que diz respeito aos idosos, há absoluta priorização desse público dentro de cada nível da estratificação (ANZILIERO et al, 2017; BRASIL, 2009).

Nos últimos anos, diversos autores escreveram sobre os idosos na Atenção Primária à Saúde (APS) e sobre o Sistema de Triagem de Manchester (STM). No entanto, não há, até o presente momento, um estudo que avalie o ACCR de uma UPA com base na percepção do idoso, de seus familiares e dos profissionais da unidade. Portanto, esse estudo tem como objetivo avaliar o ACCR ao idoso na UPA.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo avaliativo com abordagem qualitativa, apoiado no referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (2011), realizado com 33 atores sociais, sendo 12 idosos, oito familiares de idosos e 13 profissionais de saúde de uma UPA 24h de um município do Noroeste do Paraná, Brasil.

Os critérios de inclusão dos idosos foram: idosos que utilizaram os serviços da UPA 24h, pelo menos uma vez nos últimos quatro meses, e que estivessem com estado cognitivo preservado, avaliado por meio da aplicação do teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Em relação aos profissionais, os critérios de inclusão foram: atuar no serviço há mais de seis meses e prestar cuidados diretos à pessoa idosa. Os familiares incluídos foram aqueles elencados como cuidador principal do idoso que o acompanhou durante a utilização do serviço da UPA 24h.

O processo de Avaliação de Quarta Geração ocorreu de fevereiro a setembro de 2017, com as seguintes etapas: Contato com o campo; Organização da avaliação; Identificação dos grupos de interesse; Desenvolvimento das construções conjuntas; Ampliação das construções conjuntas; Agenda de negociação; Execução da negociação; e por fim, Construção dos resultados finais do processo avaliativo (GUBA, LINCOLN, 2011).

A etapa das entrevistas aconteceu a partir da construção do Círculo Hermenêutico Dialético (CHD), e, no primeiro momento, estas entrevistas foram menos estruturadas, a partir da questão inicial: Conte-me como tem sido realizada a classificação de risco a idosos na UPA 24h? A primeira entrevista no CHD foi realizada com o Respondente 1 (R1) e, ao final da sua entrevista, solicitou-se que este indicasse outro respondente, designado como R2, com o objetivo de que este pudesse apontar novas formulações acerca da classificação de risco ao idoso no serviço estudado.

Conforme preconiza o referencial, antes da próxima entrevista, os temas, conceitos, ideais, valores, preocupações e questões centrais propostos por R1 foram analisados, com a extração de pontos relevantes que possibilitassem a construção 1, que serviu de fonte de informações para proceder a entrevista com R2, que também foi convidado, ao final de sua entrevista, a indicar um novo respondente e assim sucessivamente (GUBA, LINCOLN, 2011). A análise dos dados ocorreu concomitante às entrevistas, por meio do Método Comparativo Constante (GUBA; LINCOLN, 2011).

Com a finalização do CHD em cada grupo de interesse, o que ocorreu com a redundância das informações, deu-se início à fase de organização dos dados para o momento da negociação com cada grupo de interesse. O processo de negociação consistiu na apresentação das informações coletadas, para que todos os participantes pudessem ter acesso à totalidade do material, validando as informações.

A pesquisa cumpriu as exigências éticas e legais vigentes. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e, para garantir-lhes o anonimato, os extratos/excertos dos depoimentos foram identificados pela sequência dos respondentes nas entrevistas, seguido pela letra P (profissional), I (idoso) e F (Familiar), além de uma breve caracterização da profissão e grau de parentesco entre familiar e idoso.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quando o idoso chega à UPA 24h, a recepção emite uma ficha de atendimento e a insere, por ordem de chegada, para o ACCR. O enfermeiro, responsável pelo ACCR, inicia a classificação pela prioridade do atendimento estabelecida na gravidade do caso de cada indivíduo, configurando a prática da equidade no serviço de urgência e emergência. Contudo, quando o idoso possui fragilidade, os profissionais de saúde referem que classificam este indivíduo como prioridade, mesmo ele não tendo gravidade clínica, por conta do alto fluxo de atendimento que acarreta na demora para consulta médica: “Muitas vezes acabo aumentando a classificação por ser idoso, embora a gente saiba que é uma queixa de bastante tempo. Mas o idoso já é frágil e tem esse monte de gente para consultar é complicado ficar esperando. Sem contar que ficha azul o médico não atende nunca, ele prioriza os urgentes, que é o correto né” (R2-P).

A grande demanda nessas unidades pode ser justificada pela insuficiência de atendimento da APS, resultado sobretudo da dificuldade de acesso gerada pela burocratização para agendamentos de consultas, além da fragilidade de vínculo entre membros da equipe de saúde e pacientes, e principalmente a incapacidade resolutive. Portanto, torna-se aceitável que, perante as dificuldades de acesso a esses serviços, os usuários busquem outras formas de conseguir atendimento (SCOLARI et al, 2018). Em contrapartida, a mudança da classificação para prioridade neste indivíduo gera transtornos na dinâmica de cuidado na UPA 24h, visto que, ainda que este idoso seja fragilizado, seu quadro é hemodinamicamente estável.

Essa situação gera uma complexidade do sistema de saúde, com os casos crônicos fragilizados procurando o serviço de urgência e emergência com a expectativa da própria resolutividade crônica: “Meu pai não teve prioridade por ser idoso. Ele foi triado e voltou para a recepção e quando passou pelo médico não foi trocado o remédio dele da pressão alta. Fico indignada porque tem médico que dá receita e outros fala que tem que procurar o posto. Mas lá (unidade básica) nunca tem médico”. (R6-F- Funcionária Pública – Filha do idoso).

O investimento na APS, como forma de organizar o sistema de saúde, fortalece a mudança de paradigma com um olhar para o envelhecimento ativo (BERG; LOENEN; WESTERT, 2016), bem como, para prioridade e suporte aos idosos mais frágeis, através da atenção especializada na UBS. Constata-se, portanto, que o ACCR na UPA 24h possui dificuldades para a aplicabilidade correta do protocolo de Manchester, visto que os aspectos da rede de atenção à saúde e até mesmo as condições da própria senescência são entrelaçados no fluxo de atendimento da unidade.

Embora o critério de prioridade para atendimento na UPA aconteça pela gravidade do paciente, considerando seu estado hemodinâmico e situações que geram risco à vida, quando se trata da população idosa, esta deve ser priorizada perante aqueles classificados com a mesma gravidade. Ou seja, as prioridades legais são dentro da cor classificada, seguindo todo o desfecho da assistência. Estabelecer especificidades em protocolos de atendimento nos diferentes ciclos de vida facilita o processo de trabalho dos profissionais nos serviços de saúde. Portanto, sugere-se um olhar para a senescência e senilidade nas normas e rotinas de instituições que atendem a clientela idosa, principalmente no ACCR, que visa a abordagem inicial do indivíduo, com impacto no desfecho do atendimento.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto, constata-se que os idosos encontram dificuldade de acesso à atenção básica, devido à alta burocracia, ao baixo vínculo entre profissionais e usuários e à incapacidade resolutiva dos problemas. Associado a essa situação, o público possui dificuldade para compreender os níveis de complexidade dos serviços que compõe a rede de atenção à saúde.

Ademais, devido à habitual demora do atendimento, os profissionais de saúde classificam os idosos fragilizados como prioritários, independentemente de seu estado hemodinâmico e de situações que representem risco à vida. Como consequência, surgem transtornos na dinâmica assistencial do cuidado ao idoso na unidade.

Dessa forma, há limitações para aplicar-se o protocolo Manchester no ACCR, pois as circunstâncias próprias do envelhecimento e a dificuldade de acesso à atenção básica comprometem o fluxo da UPA 24h. Conclui-se, portanto, a necessidade de maiores investimentos nesse ponto da atenção, além de uma educação permanente e conscientização da população acerca do processo de senescência.

## REFERÊNCIAS

AKLINE, Kimberly; BOWDISH, Dawn Me. Infection in an aging population. **Current Opinion In Microbiology**, [s.l.], v. 29, p.63-67, fev. 2016. Elsevier BV. Disponível em: <http://www.bowdish.ca/lab/wp-content/uploads/2015/12/2015-Kline-Bowdish-Infections-in-an-Aging-population.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

ANZILIERO, Franciele et al. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. 4, p.1-15, 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n4/0102-6933-rngenf-1983-144720160464753.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019.

BERG, M. J. V. D.; LOENEN, T. V.; WESTERT, G. P. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Family Practice*, London, v. 33, n. 1, p. 42-50, 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/283326208\\_Accessible\\_and\\_continuous\\_primary\\_care\\_may\\_help\\_reduce\\_rates\\_of\\_emergency\\_department\\_use\\_An\\_international\\_survey\\_in\\_34\\_countries](https://www.researchgate.net/publication/283326208_Accessible_and_continuous_primary_care_may_help_reduce_rates_of_emergency_department_use_An_international_survey_in_34_countries). Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da 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](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf). Acesso em: 17 jun. 2019.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Avaliação de quarta geração. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 2011.

SCOLARI, Giovana Aparecida de Souza et al. Unidades de pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 811-817, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt\\_0034-7167-reben-71-s2-0811.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0811.pdf). Acesso em: 13 jun. 2019.