

Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos

Emergency care and its interfaces: the short-term care for the elderly

Celia Pereira Caldas¹, Renato Peixoto Veras², Luciana Branco da Motta³,
Ana Carolina Lima Cavaletti Guerra⁴, Marcelo de Jesus Carlos⁵, Claudia Valéria Moreno Trocado⁵

Palavras-chave:

serviços médicos de emergência, modelos organizacionais, idoso, assistência centrada no paciente, administração de caso

Keywords:

emergency medical services, organizational models, aged, patient-centered care, case management

RESUMO

Introdução: O departamento de emergência é o serviço de assistência à saúde mais utilizado pelos idosos em caso de adoecimento agudo desafiando a gestão desse recurso diante do aumento da expectativa de vida. **Objetivo:** Identificar “onde” e “como” ocorre o atendimento de emergência ao idoso. **Métodos:** Revisão da literatura sobre modelos de serviços de saúde de curta duração destinados aos idosos que requisitaram atendimento de emergência decorrente de trauma, infecção, infarto, exacerbação de doença respiratória crônica, cuidado paliativo. As principais medidas de desfecho utilizadas foram: (a) redução do tempo de internação; (b) redução de hospitalização; (c) redução de custos. Foram examinadas as seguintes bases bibliográficas: PubMed, Scopus, Web of Science e Science Direct, abrangendo o período de Janeiro de 2000 a Março de 2014. **Resultados:** Foi delineado um panorama mundial sobre os serviços que contemplam o domicílio do indivíduo e os hospitais como provável local de intervenção, conduzida por profissionais habilitados em garantir cuidado continuado. Inicia-se uma nova oportunidade de aprimorar os serviços existentes com o *Geriatric Emergency Department Guideline*. **Conclusão:** Os serviços de atenção primária são primordiais para prevenir as admissões hospitalares e acompanhar os idosos após a internação, prevenindo assim as readmissões.

ABSTRACT

Introduction: The emergency department is the health care service most used by the elderly in case of acute illness challenging the management of this resource before the increase in life expectancy. **Objective:** To identify “where” and “how” emergency care to the elderly occurs. **Methods:** Literature review of models of health services of short-term for the elderly who requested emergency care due to trauma, infection, infarction, exacerbation of chronic respiratory disease, palliative care. The main outcome measures were reductions in: (a) length of stay; (b) hospitalization; (c) costs. The following databases were searched: PubMed, Scopus, Web of Science and Science Direct, covering the period from January 2000 to March 2014. **Results:** was outlined an overview of services that address the domicile of the individual and hospitals as probable sites of intervention, conducted by qualified professionals to ensure continuity of care. There is a new opportunity to enhance existing services with the *Geriatric Emergency Department Guideline*. **Conclusion:** Primary care services are paramount to prevent hospital admissions and follow the elderly after hospitalization, thereby preventing re-admissions.

Recebido em: 01/10/2014 – Aprovado para publicação em: 08/04/2015

1. Professora Associada, Vice-Diretora da UnATI – Universidade Aberta da Terceira Idade e líder do grupo de pesquisa, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

2. Professor Associado, Diretor da UnATI – Universidade Aberta da Terceira Idade e líder do grupo de pesquisa, Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

3. Médica, Coordenadora de Saúde da UnATI, Núcleo de Atenção ao Idoso, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

4. Aluna do Mestrado em Ciências Médicas e membro do grupo de pesquisa, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

5. Membro do grupo de pesquisa, Universidade Aberta da Terceira Idade, Sub-Reitoria de Extensão e Cultura, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Local onde o estudo foi realizado: “Grupo de pesquisa Envelhecimento e Saúde” do laboratório de pesquisa Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Conflitos de interesse: os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem informados

Fontes de financiamento: o presente estudo não recebeu financiamento externo

Contato: Célia Pereira Caldas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier, 524 - Bloco F - Sala 10150 - Maracanã, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20540-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: celpcaldas@hotmail.com.

Introdução

O desafio dos serviços de saúde frente ao envelhecimento da população requer soluções de qualidade para a assistência em todos os níveis do cuidado. Durante um adoecimento agudo, os indivíduos mais velhos necessitam de serviços que respondam em tempo hábil à gravidade e considerem as alterações biológicas relativas à idade, bem como as comorbidades e funcionalidade.

No Brasil, em 2013, ocorreram quase 9 milhões de internações hospitalares de caráter urgente financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 23% destas sofridas por indivíduos com 60 anos ou mais de idade (DATASUS, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os cuidados agudos são ações de resposta imediata às condições de saúde que põem em risco a perda de membros ou a vida de indivíduos. Essas ações podem ser promotoras de saúde, preventivas, curativas, de reabilitação ou paliativas, envolvendo uma gama de cuidados clínicos como a medicina de emergência, atendimento ao trauma, serviços de emergência pré-hospitalar, entre outros (Hirshon *et al.*, 2013).

Objetivo

O objetivo do presente estudo foi identificar quais modelos de cuidados de curta duração são disponibilizados aos idosos quando passam por uma situação de emergência, ou seja, onde e como ocorre o atendimento de emergência para o idoso.

Entende-se como cuidado de curta duração aquele que tem por objetivo resolver ou estabilizar uma condição de emergência, seja ela decorrente de um trauma, infarto, exacerbação de doença crônica, entre outras.

Métodos

Trata-se de um estudo de revisão da literatura sobre modelos de serviços de saúde de curta duração destinados aos idosos. Foram incluídos: ensaios clínicos, revisões e estudos observacionais. Foram excluídos: estudos de série de casos, editoriais, cartas, comentários. Os artigos selecionados estavam nos idiomas inglês, espanhol e português.

Foram selecionados artigos que tinham como população-alvo, pacientes idosos (idade igual ou superior a 60 anos) que requisitaram atendimento de emergência decorrente de trauma, infecção, infarto, exacerbação de doença respiratória crônica, cuidado paliativo. As principais medidas de desfecho utilizadas foram: (a) redução do tempo de internação; (b) redução de hospitalização; (c) redução de custos.

Quanto às estratégias de busca da literatura, foram utilizados os descritores *emergency geriatric*, *emergency service hospital*, *emergency medical services*, *urgent care* e *urgent care*

center acrescidos por *program evaluation*, *cost-benefit analysis* e *aged* quando necessário para especificar melhor o resultado da busca. As fontes dos dados bibliográficos foram examinadas através das bases bibliográficas: PubMed, Scopus, Web of Science e Science Direct, incluindo estudos publicados entre Janeiro de 2000 a Março de 2014.

Resultados

Foram identificados inicialmente 6.981 títulos de artigos que, após aplicados os critérios de seleção, retirada das duplicidades de seleção e verificação de título e resumos em pares, resultou na seleção de 35 artigos para leitura integral. Dois artigos foram adicionados para complementar informação de artigos correlacionados além do *Geriatric Emergency Department Guideline*.

Esses estudos apresentam descrição de intervenções aplicadas no atendimento de emergência de idosos, seja na educação especializada dos socorristas que respondem ao chamado telefônico (Mason *et al.*, 2007), uso de telemedicina em locais de difícil acesso ou distantes do departamento de emergência (Brunetti *et al.*, 2010; Shah *et al.*, 2013a; Shah *et al.*, 2013b), oferta de transporte aéreo em caso de urgência médica em locais remotos (LeBlanc *et al.*, 2002), uso de instrumentos para rastreio (Shah *et al.*, 2006; Warburton, 2005) ou avaliação no departamento de emergência (Morris *et al.*, 2010), aprimoramento dos cuidados de transição, continuidade de cuidado intra hospitalar (Basic & Conforti, 2005; Shanley *et al.*, 2009) ou ainda modelos de cuidado integrando serviços hospitalares com os disponíveis na comunidade (Mion *et al.*, 2001; Warburton *et al.*, 2004).

Em 2013, Carpenter e Platts-Mills publicaram uma revisão da literatura sobre os modelos de cuidado agudo disponíveis para idosos e apresentaram como resultado as oportunidades de cuidado durante o atendimento pré-hospitalar, o departamento de emergência geriátrico e os modelos de internação domiciliar (*hospital at home*).

Os autores destacam a importância da capacitação dos profissionais dos serviços pré-hospitalares para identificar e intervir precocemente em condições graves e específicas dos idosos, destacando os benefícios do rastreio e intervenção rápida em caso de infarto, AVC e trauma utilizando recursos da telemedicina (Carpenter & Platts-Mills, 2013).

O departamento de emergência é relatado em dois tipos pelos autores. O primeiro desenvolve processos de avaliação e segue protocolo de cuidado para idosos no mesmo local em que são atendidos os demais adultos (*geriatric-friendly*), factível para a maioria dos sistemas de saúde. O outro é um departamento de emergência geriátrico, em local preparado para atender os idosos, utilizando práticas baseadas em evidência de efetividade, como a participação da enfermagem

tanto na clínica quanto chefia, uso de protocolos de rastreio de risco, avaliação das condições geriátricas, atendimento precoce na entrada à emergência, atuação interprofissional aperfeiçoando as práticas de trabalho, acompanhamento pós alta e melhoria da qualidade dos processos.

Os autores destacam a importância da enfermagem em todo o cuidado e citam como exemplo o modelo *Acute Care for Elder (ACE)*, que realiza as avaliações e encaminhamentos necessários assegurando o acesso aos recursos ambulatoriais para continuidade do cuidado dos idosos, e que pode ser implementado por equipe geriátrica específica ou por profissionais que já trabalham no departamento de emergência.

O modelo de internação domiciliar é apresentado como alternativa ao departamento de emergência, preferência entre os pacientes e com custo menor que a internação tradicional (Carpenter & Platts-Mills, 2013), entretanto devem ser respeitados os diagnósticos elegíveis e os critérios de exclusão (Leff *et al.*, 2006).

Os autores concluem que estas estratégias fornecem um modelo para cada tipo de ambiente de cuidado de emergência e devem ser explorados em busca de caminhos eficientes para o cuidado da população idosa (Carpenter & Platts-Mills, 2013).

Os modelos de *hospital at home* variam, podendo oferecer serviços de saúde em caráter de visita domiciliar (Chang *et al.*, 2009), internamento domiciliar devido a agravos comuns (Ansari *et al.*, 2009) ou ainda responder a chamados de emergência com o uso de equipe, veículo e equipamentos próprios (Muramatsu *et al.*, 2004). Nesse último, a equipe acumula as funções de responder aos chamados telefônicos de emergência e desenvolver o acompanhamento pelo médico generalista.

A internação domiciliar é uma alternativa à internação hospitalar utilizada no *Quick Response Program (QRP)* canadense. Nesse modelo, o gerontólogo faz a triagem do paciente e ainda no departamento de emergência, o médico e o enfermeiro avaliam o paciente idoso verificando as intervenções mais apropriadas (instruções educativas, aconselhamentos, recomendações para admissão hospitalar ou encaminhamento para *home care program*). O acompanhamento domiciliar é oferecido a pacientes com previsão de alta em até 5 dias e o sucesso da intervenção foi associado ao planejamento de alta desenvolvido pela enfermagem ou serviço social assegurando a continuidade do cuidado por todos os profissionais necessários (Rajacich & Cameron, 1995; Sinclair & Ackroyd-Stolarz, 2000).

Um artigo descreveu os serviços pré hospitalares (paramédicos) como meio oportuno de identificar risco de quedas e encaminhar para serviços da atenção primária aqueles indivíduos que sofreram um trauma sem necessidade de transferência para unidade hospitalar (Snooks *et al.*, 2010).

Outros artigos referem-se à utilidade desses serviços em avaliar e tratar doenças e lesões de baixa gravidade (quedas, escoriações, epistaxe, pequenas queimaduras, presença de corpo estranho no ouvido, entre outras) ou identificar e intervir rapidamente em casos de infarto agudo do miocárdio de idosos, que muitas vezes apresentam outros sintomas além dos tradicionais. Para isso os profissionais envolvidos devem receber treinamento geriátrico adequado e valer-se de recursos da telemedicina para receber todo suporte e orientação do departamento de emergência (Brunetti *et al.*, 2010; Mason *et al.*, 2007; Shah *et al.*, 2013a; Shah, *et al.*, 2013b).

Apesar dos serviços pré-hospitalares e equipes de atenção primária prestarem assistência domiciliar em caso de adoecimento agudo, o principal serviço utilizado pelos idosos em caso de emergência é o departamento de emergência hospitalar. A partir dessa clara constatação, alguns programas foram desenvolvidos para melhoria do cuidado, adicionando gerentes de acompanhamento com abordagem mais simples, equipe multidisciplinar ou ainda unidades especializadas dentro do departamento de emergência e hospital com abordagem mais complexa.

A presença de um gerente de caso (enfermeiro ou médico) especializado no cuidado de idosos atuando dentro do departamento de emergência foi implementado no *Systematic Intervention for a Geriatric Network of Evaluation and Treatment (SIGNET model)*, desenvolvido nos EUA e no programa *Aged Care Services Emergency Team (ASET)*, realizado em Sidney, Austrália.

O primeiro, realizado por enfermeiro gerontólogo, inclui rastreio de risco para retorno à emergência, hospitalização ou asilamento, seguida por avaliação geriátrica abrangente e encaminhamento formal para serviços necessários dentro do hospital e na comunidade após a alta, integrando os serviços hospitalares e domiciliares a partir do departamento de emergência de quatro hospitais em Ohio nos Estados Unidos (Mion *et al.*, 2001).

A atuação do enfermeiro (*Clinical Nurse Consultant*) do programa ASET foi semelhante ao do *SIGNET model*, mas contava com suporte médico e coordenava o programa que, dependendo da disponibilidade hospitalar, era formado por outros enfermeiros, geriatras, fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais. Suas recomendações incluíam questões sobre funcionalidade, síndromes geriátricas e suporte familiar, que em geral os profissionais da emergência não estavam habilitados para atuar. O programa obteve como principal resultado a redução da polifarmácia (Shanley *et al.*, 2009).

O trabalho desenvolvido por equipe multidisciplinar dentro da emergência com objetivo de evitar admissões desnecessárias, reinternações, tempo de permanência e oferecendo alta segura com garantia de acompanhamento pela atenção primária após a alta, também foi descrito pelo programa *Care Coordination* (Corbett *et al.*, 2005) e pela equipe Opost (Chambers, 2004; Clift, 2012).

No caso do programam Opost, desenvolvido no Reino Unido, os autores defendem que oferecer o cuidado certo, no local certo e no tempo certo são os pontos chave da qualidade da equipe. Assim, todos os pacientes são avaliados na primeira hora desde a chegada ao departamento de emergência, incluindo avaliação nutricional, monitoramento da dor e nível da função cognitiva. Em média foram evitadas 65 internações semanais, resultando numa economia de 40 mil Euros por semana e quase 480 milhões por ano (Chambers, 2004; Clift, 2012).

O programa *Care Coordination (CC)*, Australiano, providencia programas específicos na comunidade para os idosos com necessidades complexas que passaram pela emergência. O CC utiliza recursos financeiros próprios para adquirir equipamentos, bens (como calçados necessários para alta segura) e serviços de fisioterapia, enfermagem e intérprete. Os resultados do estudo publicado em 2005 demonstram satisfação dos usuários facilitando o retorno para casa. Apesar da demanda pelo departamento de emergência ter aumentado durante os quatro anos de seguimento do estudo, o número de leitos ocupados manteve-se estável, indicando que a abordagem da equipe foi eficiente em selecionar os pacientes que realmente precisavam da internação hospitalar (Corbett *et al.*, 2005).

Para viabilizar melhorias na qualidade e eficiência dos serviços hospitalares destinados aos idosos, sistemas informatizados são facilitadores, mas não essenciais. Isso é relatado no projeto *Elder Alert*, parte de um programa *age friendly* de um hospital da Ilha de Vancouver no Canadá, implantado em 2003 (Warburton *et al.*, 2004; Warburton, 2005).

O projeto foi desenvolvido com a intenção de detectar pacientes com risco de desfecho adverso, orientar e traçar o plano de cuidado focado nas necessidades individuais. A unidade iniciou com 10 leitos, 3 cadeiras reclináveis, 1 médico e 5 enfermeiros trabalhando em turnos diferentes. O encaminhamento incluía serviços de farmácia, fisioterapia, serviço social, nutrição e um profissional conector entre os serviços hospitalares e ambulatoriais. Os pacientes identificados com risco recebiam um carimbo na capa do prontuário "*Elder Alert*" iniciando a vigilância do paciente por todos os profissionais envolvidos no cuidado. O paciente também recebia um cartão com o escore do instrumento de rastreio (ISAR) para facilitar encontrar seu prontuário caso retorne ao departamento de emergência (Warburton *et al.*, 2004).

O processo de identificação do risco e encaminhamento dentro do hospital e para serviços da comunidade resultou em melhor desfecho, com menos readmissão no departamento de emergência e economia hipotética de \$120 mil anuais (Warburton, 2005).

A intervenção em equipe também foi desenvolvida na emergência de um hospital de trauma no Texas, EUA. A equipe atuava rapidamente em pacientes idosos admitidos por

lesão traumática e a partir de um sistema de alerta informatizado, quando o idoso era identificado, todos os profissionais envolvidos eram notificados para agilizar e facilitar o atendimento da emergência para a Unidade G-60. Nessa unidade o médico cirurgião assumia o paciente, intervinha com a equipe para estabilizar possíveis doenças crônicas e realizar a cirurgia o quanto antes, melhorando o desfecho. Essa abordagem foi efetiva ao reduzir o tempo de permanência no departamento de emergência de 7,1 para 4 horas e o tempo de permanência hospitalar de 8,4 dias para 5,7 dias (Mangram *et al.*, 2011).

Um hospital terciário de Sidney, Austrália, incluiu em sua emergência um serviço de enfermagem para avaliar, monitorar a funcionalidade dos pacientes idosos e sugerir no prontuário as abordagens geriátricas individuais a serem realizadas dentro do hospital, além de referenciar para os serviços da comunidade conduzirem o cuidado após a alta. Entretanto suas anotações tiveram pouca influência nas condutas dentro do departamento e não garantiram o acesso aos serviços primários externos, não conseguindo reduzir admissões desnecessárias, o tempo de internação ou a perda funcional desses idosos (Basic & Conforti, 2005).

Um estudo publicado em 2007 (Hickman *et al.*, 2007) buscou na literatura publicações datadas entre 1985 e 2006 sobre experiências exitosas de intervenções, desenvolvidas no departamento de emergência para o atendimento de idosos. Os autores agruparam seus resultados, provenientes de 26 estudos, em quatro tópicos:

- abordagem interdisciplinar,
- identificação de fatores de risco,
- cuidado continuado,
- planejamento de alta

O primeiro é a abordagem em equipe multidisciplinar implementada de forma indireta, através do gerenciamento de cuidado com encaminhamento para as especialidades presentes no departamento de emergência, ou ainda em abordagem direta na qual os pacientes idosos têm acesso à *expertise* gerontológica por equipe especializada em unidade própria desenvolvida e adaptada na emergência.

Os modelos com abordagem direta apresentaram resultados efetivos como redução do uso de drogas inapropriadas e desnecessárias durante a estadia na emergência, melhor processo de cuidado, melhora na realização de AVDs (Atividades de Vida Diária), menos admissão em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) e maior satisfação dos usuários e cuidadores. O modelo ACE (*Acute Care for Elderly*) destaca-se nesse tipo de abordagem, sendo composto por cinco elementos principais: ambiente desenvolvido especificamente para pacientes idosos, cuidado centrado no paciente, revisão frequente dos cuidados médicos, reabilitação precoce e planejamento para alta.

O segundo tópico se refere a técnicas de identificação de fatores de risco acompanhadas por intervenções preventivas. Nesse caso o uso de protocolo para monitorar fatores predisponentes de *delirium* foi efetivo na redução de sua ocorrência. Entretanto o uso de uma AGA (Avaliação Geriátrica Abrangente) na emergência não surtiu efeitos estatisticamente significativos para a saúde ou sobrevivência dos idosos.

O terceiro destaca a comunicação transversal no cuidado continuado durante a estadia do paciente no hospital com o objetivo de melhorar o desfecho dos pacientes. Aqui destaca-se o plano de cuidado da enfermagem com impacto positivo na independência e satisfação do paciente, e o conceito de *patient centred care* como parte importante do processo de comunicação (Landefeld *et al.*, 1995). Ressalta-se na comunicação da equipe a abordagem gerontológica, algumas orientações e intervenções sobre fatores de risco e o planejamento completo da alta hospitalar (Tucker *et al.*, 2006).

Os autores recomendam o planejamento e a coordenação dos cuidados pela enfermagem dentro de uma abordagem multidisciplinar e com técnica gerontológica. Parece que o cuidado pode ser mais eficiente se for realizado dentro de uma unidade especialmente desenhada para atender as necessidades dos idosos, promovendo estratégias de comunicação através da continuidade do cuidado e planejamento de alta.

O último tópico apresentado na revisão de Hickman e colaboradores (Hickman *et al.*, 2007) foi o planejamento da alta que deve iniciar-se o quanto antes, de preferência numa enfermagem própria com o envolvimento dos profissionais do cuidado e reabilitação sob coordenação da enfermagem.

Os itens relatados na revisão de Hickman que apresentaram efetividade significativa coincidem com os elementos do modelo ACE. Tamaña difusão e recomendações desse modelo, que em 2012 foi publicada uma revisão sistemática com metanálise sobre a efetividade do uso de parte ou todos os elementos do ACE durante o cuidado agudo de lesões ou adoecimentos na redução de complicações iatrogênicas, declínio funcional, tempo de estadia hospitalar, desfecho ruim após alta, mortalidade, custos e readmissão hospitalar pelos adultos idosos (Fox *et al.*, 2012).

Como critério de inclusão, os programas descritos nos estudos envolvidos na metanálise deveriam oferecer em sua unidade de cuidado ao menos um dos cinco princípios do modelo ACE descritos abaixo:

Cuidado centrado no paciente e atividade de cuidado (avaliação e protocolos) definido como atividades de prevenção do declínio funcional em atividades de vida diárias, mobilidade, continência, nutrição, integridade da pele, humor, sono e cognição;

Revisão médica frequente, definida como atividades que minimizam efeitos adversos de tratamentos sobre a funcionalidade dos idosos;

Reabilitação precoce, definida como participação de fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais;

Planejamento de alta precoce, definido como atividades que facilitem o retorno do paciente para a comunidade; ou

Ambiente preparado, definido como ambiente modificado para facilitar a funcionalidade física/motora e cognitiva.

Os resultados da revisão que incluiu 19 artigos referentes a 13 ensaios clínicos foram a redução de complicações iatrogênicas (quedas, *delirium* e úlcera de pressão), menos declínio funcional (menor perda funcional entre o início do estudo e a alta hospitalar), menor tempo de internação, menos chance do paciente ser encaminhado para uma ILPI na alta hospitalar, e redução do custo no cuidado agudo em quase 250 Dólares por paciente atendido na *acute geriatric unit care* (Fox *et al.*, 2012).

Os autores da revisão ressaltam que o cuidado centrado no paciente, a revisão médica frequente, a reabilitação precoce e o planejamento da alta estiveram presentes em mais da metade dos estudos, podendo representar os melhores componentes do modelo ACE para alcançar os resultados positivos, ressaltando a importância da abordagem interdisciplinar da equipe (Fox *et al.*, 2012).

Outro estudo sobre as práticas para atendimento dos idosos no departamento de emergência resultou no *Geriatric Emergency Department Guidelines*, publicado em 2013, sendo resultado de extensa pesquisa colaborativa entre acadêmicos e especialistas das instituições *American College of Emergency Physicians*, *The American Geriatric Society*, *Emergency Nurses Association* e *Society for Academic Emergency Medicine* (ACEP, AGS, ENA & AEM, 2013).

O objetivo deste trabalho foi padronizar recomendações que elevem a efetividade do cuidado à população geriátrica e que sejam viáveis aos departamentos de emergência. As recomendações são destinadas ao atendimento de indivíduos com mais de 65 anos de idade, entretanto, cada hospital deve adaptar a idade que compreende sua população mais frequente (ex.: ≥ 55 anos conforme a vulnerabilidade populacional, ≥ 60 conforme a orientação da OMS, ≥ 75 segundo critérios de países mais desenvolvidos e envelhecidos ou ainda ≥ 85 anos).

Essas recomendações representam um consenso baseado em pesquisas e as melhores práticas sob a perspectiva dos especialistas e instituições envolvidas, sendo bem descritas e exemplificadas em tópicos importantes que tratam da estrutura, processo e melhoria da qualidade do cuidado.

Quanto ao pessoal/equipe, os profissionais e administradores do departamento de emergência devem oferecer cuidados diferenciados para as necessidades da população geriátrica. Um exemplo é o uso de consulta geriátrica pelos profissionais do departamento de emergência. O serviço social e o gerente de caso são profissionais essenciais para o gerenciamento eficiente neste departamento de emergên-

cia geriátrico. Algumas recomendações do *guideline* sobre esse tópico incluem:

A realização de protocolos por profissionais treinados em geriatria (ex.: médicos, enfermeiros, prestadores de serviços auxiliares como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, psiquiatras);

Educação continuada e treinamento profissional para melhorar a segurança no cuidado geriátrico;

Contar com parte ou toda equipe do modelo ACE, levando em consideração as diferenças de recursos e disponibilidade profissional local, ou ainda ter uma equipe específica para o departamento de emergência. Sugerem que esta equipe seja composta por um diretor do departamento de emergência geriátrica (médico), gerente da unidade (enfermeiro), médico da equipe, enfermeiro da equipe, gerente do departamento (enfermeiro), médicos especialistas (geriatria, cardiologista, cirurgião geral, neurologista, ortopedista, psiquiatra especialista em geriatria, e radiologista) além de prestadores de serviços auxiliares.

Na transição de cuidado e acompanhamento, o principal objetivo do departamento de emergência geriátrico é reduzir admissões hospitalares desnecessárias, recomendando-se o uso de protocolos de alta com a visão de aperfeiçoar a alta, encaminhar para serviços ambulatoriais e melhorar a comunicação dos profissionais sobre as necessidades, intervenções e preferências dos pacientes.

Outro tópico do *guideline* se refere à educação continuada, destacando que os programas educacionais para o departamento de emergência geriátrico devem aumentar a consciência dos profissionais sobre as necessidades dos pacientes idosos e sobre políticas e procedimentos específicos. Os programas educativos podem ser criados e implementados internamente (a critério de cada hospital) ou em programa externo ao ambiente de trabalho.

A melhoria da qualidade tem como objetivo coletar e monitorar informações relacionadas aos efeitos dos programas educativos sobre os profissionais da equipe e a efetividade do programa.

Quanto aos equipamentos e suprimentos, os autores recomendam que a planta do departamento de emergência geriátrico seja modificada para oferecer aos idosos segurança, conforto, mobilidade, *memory cues* e percepção sensorial pela visão e audição. Sugere-se que cadeiras reclináveis, andadores e outros utensílios facilitadores sejam disponibilizados aos pacientes no local de atendimento.

No tópico sobre políticas, protocolos e procedimentos, encorajam os departamentos de emergência a usar, substituir ou incorporar em suas próprias políticas, procedimentos e protocolos na rotina de cuidados. O *guideline* incentiva o uso de instrumentos de rastreio em pacientes geriátricos para que recebam avaliações, consultas e intervenções mais específicas, com o objetivo de prevenir *delirium*, declínio funcional, quedas,

iatrogenia e efeitos adversos de medicamentos, bem como melhorar a transição do cuidado. Encoraja ainda o uso de *guideline* para uso de cateter urinário na população geriátrica, o gerenciamento contínuo das medicações geriátricas, o uso de avaliação geriátrica para quedas, delírio e demência no departamento de emergência, além de diretrizes para o cuidado paliativo na emergência geriátrica (ACEP, AGS, ENA & AEM, 2013).

As diretrizes apresentadas no *guideline* são uma oportunidade de disseminar, adaptar e incorporar princípios geriátricos no modelo de cuidado da medicina de emergência (Carpenter *et al.*, 2014).

Discussão e conclusão

A preocupação com a qualidade da assistência prestada ao idoso e a viabilidade dos serviços de emergência em responder a demanda crescente e complexa dessa população é exposta na literatura como uma das etapas do cuidado.

Os modelos e programas desenvolvidos para responder a essa necessidade evoluíram nos últimos 30 anos, de acordo com o envelhecimento populacional dos países, suas culturas de cuidado, recursos financiadores e disponibilidade profissional.

Direcionados pela pergunta norteadora dessa pesquisa: “onde os idosos são atendidos?” a resposta é: com o que há em comum entre os países de origem dos estudos selecionados - na casa do indivíduo, na ambulância de transporte e no departamento de emergência.

O diferencial no cuidado do idoso a fim de alcançar bons resultados, parece estar no “como” esse serviço é disponibilizado e “quem” são os profissionais essenciais desse cuidado.

O modelo ACE resume em tópicos seu processo para atingir um cuidado mais digno e coerente com as necessidades dos idosos, como o cuidado centrado no paciente, a revisão médica frequente garantindo a continuidade do cuidado em todo processo intra hospitalar, reabilitação precoce e planejamento de alta desenvolvidos, de preferência em um ambiente apropriado para favorecer a funcionalidade do idoso.

A continuidade do cuidado durante a permanência do paciente no hospital, a garantia do acompanhamento pelos serviços da comunidade (domiciliares ou não), a atuação da enfermagem como coordenadora de todo o processo e a interdisciplinaridade foram associados com melhores resultados em todos os tipos de serviços de emergência descritos.

Discorrendo sobre “quem” realizaria a assistência, os profissionais paramédicos devidamente treinados e com o suporte da telemedicina são uma alternativa importante para áreas distantes dos hospitais ou de difícil acesso. Os médicos e enfermeiros da atenção primária que realizam visita domiciliar em uma área de cobertura delimitada podem identificar condições de emergência e iniciar uma internação domiciliar de curta duração envolvendo a equipe e ainda responder ao

chamado de emergência do seu paciente. No caso de equipes geriátricas, geralmente são compostas por enfermeiro, médico, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional, todos com formação especializada no atendimento de idosos.

Entretanto o departamento de emergência é usualmente visitado para responder às situações de emergência, principalmente em situações em que os indivíduos possuem pouco acesso aos serviços de atenção primária. A partir da sala de emergência, o idoso pode ser dirigido para uma internação domiciliar, ou ainda ser atendido no hospital por profissionais e equipes que devem trabalhar com foco nos mesmos objetivos: evitar admissão desnecessária e readmissões hospitalares, reduzir o tempo de internação e desfechos ruins.

O *guideline* para o departamento de emergência geriátrica traça recomendações que abrangem a estrutura/ recursos físicos, protocolos, políticas e programas, profissionais e processos de cuidado, continuidade do cuidado, educação, cuidados de transição, reabilitação e preparo para alta. Essas recomendações e outras sugestões apresentadas no presente estudo devem ser adaptadas à realidade dos serviços, disponibilidade de recursos e comprometimento profissional com as metas estabelecidas.

O presente trabalho contribui com um panorama mundial sobre os serviços de cuidados de curta duração contemplando a casa do indivíduo e os hospitais como provável local de intervenção, conduzido por profissionais habilitados em garantir cuidado continuado. Inicia-se uma nova oportunidade de aprimorar os serviços existentes com as diretrizes do *guideline*, cabendo a ressalva de que os serviços de atenção primária são primordiais para prevenir as admissões hospitalares e acompanhar os idosos após a internação.

Referências bibliográficas

- American College of Emergency Physicians; The American Geriatrics Society; Emergency Nurses Association; Society for Academic Emergency Medicine. *Geriatric Emergency Department Guidelines* 2013; 1–42.
- Ansari, K., Shamssain, M., Farrow, M., & Keaney, N. P. Hospital-at-home care for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study of patients managed in hospital or by nurse practitioners in the community. *Chronic Respiratory Disease* 2009; 6(2): 69–74.
- Basic, D., & Conforti, D. A. A prospective, randomised controlled trial of an aged care nurse intervention within the Emergency Department. *Australian Health Review : A Publication of the Australian Hospital Association* 2005; 29(1): 51–9.
- Brunetti, N. D., De Gennaro, L., Amodio, G., Dellegrottaglie, G., Pellegrino, P. L., Di Biase, M., & Antonelli, G. Telecardiology improves quality of diagnosis and reduces delay to treatment in elderly patients with acute myocardial infarction and atypical presentation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation : Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology* 2010a; 17(6): 615–20.
- Brunetti, N. D., De Gennaro, L., Amodio, G., Dellegrottaglie, G., Pellegrino, P. L., Di Biase, M., & Antonelli, G. Telecardiology improves quality of diagnosis and reduces delay to treatment in elderly patients with acute myocardial infarction and atypical presentation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation : Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology* 2010b; 17(6): 615–20.
- Carpenter, C. R., Bromley, M., Caterino, J. M., Chun, A., Gerson, L. W., Greenspan, J., ... Wilber, S. Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the american college of emergency physicians, american geriatrics society, emergency nurses association, and society for academic emergency medicine. *Journal of the American Geriatrics Society* 2014; 62(7): 1360–3.
- Carpenter, C. R., & Platts-Mills, T. F. Evolving prehospital, emergency department, and "inpatient" management models for geriatric emergencies. *Clinics in Geriatric Medicine* 2013; 29(1): 31–47.
- Chambers, N. Into the unknown: establishing a new service in an acute hospital setting. *Nursing Older People* 2004; 16(8): 18–20.
- Chang, C., Jackson, S. S., Bullman, T. A., & Cobbs, E. L. Impact of a home-based primary care program in an urban Veterans Affairs medical center. *Journal of the American Medical Directors Association* 2009; 10(2): 133–7.
- Clift, E. L. Innovative ED older persons' care: a report on an initiative developed in Southampton Hospital ED. *International Emergency Nursing* 2012; 20(4): 201–6.
- Corbett, H. M., Lim, W. K., Davis, S. J., & Elkins, A. M. Care coordination in the Emergency Department: improving outcomes for older patients. *Australian Health Review : A Publication of the Australian Hospital Association* 2005; 29(1): 43–50.
- Datasus, 2014. Morbidade hospitalar por local de internação. *Ministério da Saúde*. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
- Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D., & Schraa, E. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012; 60(12): 2237–45.
- Hickman, L., Newton, P., Halcomb, E. J., Chang, E., & Davidson, P. Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60(2): 113–26.
- Hirshon, J. M., Risko, N., Calvello, E. J. B., Stewart de Ramirez, S., Narayan, M., Theodosios, C., & O'Neill, J. Health systems and services: the role of acute care. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91(5): 386–8.
- Landefeld, C. S., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Fortinsky, R. H., & Kowal, J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *The New England Journal of Medicine* 1995; 332(20): 1338–44.
- LeBlanc, C. H., Tallon, J. M., & Ackroyd-Stolarz, S. Geriatric air medical transport: a program review. *Air Medical Journal* 2002; 21(4): 38–40.
- Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Clark, R., ... Burton, J. R. Satisfaction with hospital at home care. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006; 54(9): 1355–63.
- Mangram, A. J., Shifflette, V. K., Mitchell, C. D., Johnson, V. A., Lorenzo, M., Truitt, M. S., ... Dunn, E. L. The creation of a geriatric trauma unit "G-60". *The American Surgeon* 2011; 77(9): 1144–6.
- Mason, S., Knowles, E., Colwell, B., Dixon, S., Wardrope, J., Gorringer, R., ... Nicholl, J. Effectiveness of paramedic practitioners in attending 999 calls from elderly people in the community: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed)* 2007; 335(7626): 919.

- Mion, L. C., Palmer, R. M., Anetzberger, G. J., & Meldon, S. W. Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the emergency department setting: the SIGNET model. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001; 49(10): 1379–86.
- Morris, J. N., Carpenter, I., Berg, K., & Jones, R. N. Outcome Measures for Use with Home Care Clients. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement* 2010; 19(S2): 87–105.
- Muramatsu, N., Mensah, E., & Cornwell, T. A physician house call program for the homebound. *Joint Commission Journal on Quality and Safety* 2004; 30(5): 266–76.
- Rajacich, D. L., & Cameron, S. Preventing admissions of seniors into the emergency department. *Journal of Gerontological Nursing* 1995; 21(10): 36–40.
- Shah, M. N., Clarkson, L., Lerner, E. B., Fairbanks, R. J., McCann, R., & Schneider, S. M. An emergency medical services program to promote the health of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006; 54(6): 956–62.
- Shah, M. N., Gillespie, S. M., Wood, N., Wasserman, E. B., Nelson, D. L., Dozier, A., & McConnochie, K. M. High-intensity telemedicine-enhanced acute care for older adults: an innovative healthcare delivery model. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013a; 61(11): 2000–7.
- Shah, M. N., Morris, D., Jones, C. M. C., Gillespie, S. M., Nelson, D. L., McConnochie, K. M., & Dozier, A. A qualitative evaluation of a telemedicine-enhanced emergency care program for older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013b; 61(4), 571–6.
- Shanley, C., Sutherland, S., Tumeth, R., Stott, K., & Whitmore, E. Caring for the older person in the emergency department: the ASET program and the role of the ASET clinical nurse consultant in South Western Sydney, Australia. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association* 2009; 35(2): 129–33.
- Sinclair, D., & Ackroyd-Stolarz, S. Home care and emergency medicine: a pilot project to discharge patients safely from the emergency department. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 2000; 7(8): 951–4.
- Snooks, H., Cheung, W.-Y., Close, J., Dale, J., Gaze, S., Humphreys, I., ... Whitfield, R. Support and Assessment for Fall Emergency Referrals (SAFER 1) trial protocol. Computerised on-scene decision support for emergency ambulance staff to assess and plan care for older people who have fallen: evaluation of costs and benefits using a pragmatic. *BMC Emergency Medicine* 2010; 10, 2.
- Tucker, D., Bechtel, G., Quartana, C., Badger, N., Werner, D., Ford, I., & Connelly, L. The OASIS program: redesigning hospital care for older adults. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)* 2006; 27(2): 112–7.
- Warburton, R. N. (2005). Preliminary outcomes and cost-benefit analysis of a community hospital emergency department screening and referral program for patients aged 75 or more. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services* 2005;18(6-7): 474–84.
- Warburton, R. N., Parke, B., Church, W., & McCusker, J. Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged > or =75 in a community hospital emergency department. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services* 2004a;17(6): 339–48.
- Warburton, R. N., Parke, B., Church, W., & McCusker, J. Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged > or =75 in a community hospital emergency department. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services* 2004b; 17(6): 339–48.