

## **A presença de idosos num serviço de emergência: campo de saúde ou campo de guerra?**

*The presence of elderly in the emergency department: the health field or battlefield?*

Renata dos Santos Alves  
Esalba Silveira

**RESUMO:** Este estudo buscou conhecer as necessidades em saúde dos idosos e a configuração dos processos de trabalho para responder a tais requisitos, num serviço de emergência. Foi uma pesquisa qualitativa, descritiva, utilizando entrevistas semi-estruturadas e grupo focal - estratégia do mapa-falante. Familiares e trabalhadores destacaram as necessidades de cuidado, privacidade, afeto e acesso aos serviços de saúde, e que as condições de trabalho, ainda que adversas, assim como o maior tempo de permanência, procuram responder às necessidades em saúde dos idosos.

**Palavras-chave:** Necessidades em Saúde; Idosos; Serviços Hospitalares de Emergência.

**ABSTRACT:** *This study aimed to investigate the health needs of older people and the configuration of work process in order to provide them, in an emergency service. A qualitative, descriptive research was conducted, with semi-structured interviews and focus groups (applying the talking-map strategy). Relatives and health care providers highlighted the needs for: care, privacy, affection and access to health services, and that their work conditions, though adverse, and a greater time of stay, seek to respond to the health needs of older people.*

**Keywords:** *Health Needs; Older People; Emergency Medical Services.*

## Introdução

A presente pesquisa surge da inserção ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Campo do Adulto Crítico, tendo como um dos cenários de prática um serviço de emergência. Nenhum período de transição é simples para quem vive em situação de insegurança e incerteza. O ingresso numa emergência pode ser visto assim, tanto para quem vai usufruir deste serviço como para quem dele vai fazer um espaço de trabalho e formação profissional. Há uma tensão no ar, os sorrisos são escassos, as lágrimas frequentes. Os espaços que poderiam ser vistos como grandes tornam-se exíguos, e os exíguos multiplicam-se. É “preciso com urgência/palavras que se usem/em caso de emergência” cantam os Titãs, na letra de Sérgio Brito e Marcelo Fromer (1989).

E uma das perguntas é: O que é emergência? Para caracterizá-la, convém referir que os serviços de emergência e de urgência vêm sendo alvo de discussões em diversos setores, o que faz deste debate algo atual e necessário para a compreensão do contexto dos serviços de saúde, que prestam esse tipo de atendimento.

A emergência em saúde é definida por situações imprevistas que precisam de atendimento médico imediato. Já a urgência é conceituada como a situação que exige atendimento em curto período de tempo (CFM, 1995). Contudo, essa concepção não é unívoca. Romani, Sperandio, J.A., Sperandio, J.L., Diniz & Inácio (2009) apontam o uso corrente dos dois termos, nas publicações atuais, utilizados de forma inversa. A emergência conceitualmente carrega algumas ambiguidades, o que instiga a conhecer as suas implicações no cotidiano.

Ressalta-se que, para buscar palavras que desvelam a emergência, fez-se necessário entender como se dão os processos de trabalho neste espaço. Foi preciso, também, conhecer a compreensão de trabalhadores e usuários acerca das competências deste serviço, e sua utilização para a busca de respostas às necessidades em saúde, incluindo os idosos, que totalizaram 17,93% dos atendimentos prestados no ano de 2012 (HCPA, 2013).

O rápido aumento do número de idosos ocorre na medida em que se amplia a expectativa de vida e reduz-se a mortalidade dessa população. A transição demográfica provocada pela redução da natalidade, a diminuição da mortalidade infantil, a melhora das condições de saneamento e os avanços tecnológicos da saúde, têm contribuído para o envelhecimento populacional (Carvalho & Rodrigues-Wong, 2008). O contínuo crescimento

da esperança de vida é uma das transformações sociais mais importantes do país desde a metade do século passado, como reitera Camarano (2004).

As informações encontradas na literatura reiteram os desafios diários postos para quem trabalha com idosos e nos serviços de emergência. Seguindo as trilhas de Quintana (2005): “não há nada como um pé depois do outro”, identificou-se que, para o caminho a ser percorrido, se fazia necessário conhecer a temática do envelhecimento e compreender os processos de trabalho e a organização do serviço, para o atendimento das necessidades desta população.

Goldfarb (1998, p.2) diz que “corpo e tempo se entrecruzam no devir do envelhecimento” e das formas desse entrecruzamento nascerão as múltiplas velhices; acrescenta-se a isso as múltiplas necessidades. Todavia, esta articulação ocorre em um situado contexto sócio-histórico que determina o modo de entendê-las e abordá-las.

O processo de envelhecimento pode estar associado a uma maior carga de doenças crônicas e degenerativas e ao agravamento das incapacidades (Veras, 2011). Adiciona-se a isso, a compreensão da determinação social da saúde e seus condicionantes, sinalizados por Buss e Filho (2007) como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais implicados na saúde e seus fatores de risco na população.

Desse modo, a categoria necessidades em saúde é considerada primordial para o presente estudo e pode organizar-se em quatro grupos: as necessidades relacionadas às condições de vida; ao acesso e ao consumo das tecnologias existentes e capazes de prolongar a vida; a criação de vínculos efetivos entre usuários e equipes de saúde; e a autonomia no modo de andar a vida. Torna-se, também, imperativo escutar as necessidades singulares de saúde, apresentadas pela população, para que se efetive a maior integralidade possível nos diversos serviços de saúde (Cecílio, 2009).

A integralidade, um dos princípios do Sistema único de Saúde (SUS) compreende ações individuais ou coletivas, articuladas entre os diferentes as profissões, os serviços e níveis de complexidade, produzindo transformações na vida das pessoas (Pinheiro, 2009). Para que se concretize, também é preciso conhecer as múltiplas formas de envelhecimento e as múltiplas necessidades, aproximando-se ainda, do que é o trabalho.

O trabalho abrange toda a atividade realizada pelos indivíduos que, conscientemente, produzem ações que criam, recriam e transformam sua própria existência pelo trabalho, mediado pelo conhecimento, tecnologia e ciência. Responde às necessidades da vida biológica e ao mesmo tempo às da vida afetiva, intelectual e cultural (Frigotto, 2008).

Nos serviços de saúde, os processos de trabalho dizem respeito ao cotidiano das ações desenvolvidas para a produção e consumo. Ocorrem como um ciclo em que os sujeitos, com o uso de instrumentos, transformam o objeto, em produto do trabalho. Entende-se ainda, que alguns elementos como o objeto, os instrumentos, a finalidade e os agentes, não possam ser analisados de forma dissociada quando se trata desse tema (Mendes-Gonçalves, 1992).

Pelo exposto, e considerando que o conhecimento e as ações do homem são postos, primeiramente, pela materialidade do mundo, este estudo teve como objetivo conhecer, na perspectiva dos familiares e dos trabalhadores, as necessidades em saúde dos idosos que procuram um serviço de emergência e como se configuram os processos de trabalho da equipe de saúde para responder a eles.

### **Mapa metodológico**

A pesquisa caracterizou-se como qualitativa de caráter descritivo. Fundamentou-se no materialismo histórico, que estuda a vida em sociedade, ressalta a implicação no modo e no processo de produção e na reprodução das relações sociais. As categorias teóricas do método de pesquisa foram: o trabalho, a historicidade, a totalidade, a contradição e o cotidiano. As categorias explicativas da realidade serviram como guia de aproximação e conhecimento do objeto e foram: idoso, necessidades em saúde, serviço de emergência e processos de trabalho.

O campo de estudo foi o serviço de emergência, de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Os sujeitos que participaram foram oito familiares de idosos em atendimento, empregando a amostra aleatória, ou seja, procedeu-se para a escolha dos familiares através de sorteio usando os números dos prontuários dos idosos em atendimento na emergência (sorteio de familiares de idosos em atendimento na emergência) como critério de escolha e, nove trabalhadores que atuam no serviço, escolhidos através de amostra intencional: assistente administrativo, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo e técnico em enfermagem.

A coleta das informações contou com uma entrevista semi-estruturada com familiares e trabalhadores. Com os últimos, optou-se, também, pela realização de um grupo focal referendado pelo Método Criativo e Sensível - MCS que, segundo Cabral (1998), integra os instrumentos de coleta de dados utilizados nas abordagens qualitativas com as Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade - DCS, acrescentando dispositivos como as produções artísticas.

Entre as dinâmicas, foi escolhida a do Mapa-Falante, compreendido como uma representação gráfica da realidade e do problema apresentado (Brasil, 2005). A construção do mapa, durante o grupo focal, retratou a realidade do serviço de emergência e as necessidades em saúde dos idosos, sob a ótica dos profissionais.

Para a execução do encontro, além do pesquisador, foi convidado um auxiliar de pesquisa, que registrou os acontecimentos, observou a linguagem não verbal e as atividades práticas. O espaço para realização do grupo foi previamente organizado com os materiais para o desenvolvimento da atividade como: folhas de cartolina, lâminas de EVA, lápis, lápis de cor, caneta hidrocor, giz de cera, massa de modelar, revistas, objetos lúdicos, gravuras e tinta têmpera.

Para explicar a metodologia da pesquisa, utilizou-se a leitura do poema “O Mapa”, de Mario Quintana, e a audição da música “Envelhecer”, de Arnaldo Antunes, como disparadores para os temas propostos. Seguiu-se da apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com o parecer n.º 331.498. A identidade dos participantes foi preservada durante todas as fases da pesquisa e aqui se utilizará a letra F para indicar o familiar e T para o trabalhador. Os trabalhadores não foram designados pela profissão, a fim de evitar a identificação presumida.

As informações da pesquisa foram submetidas à análise de conteúdo com base em Bardin (2010) e, pela proposta, à técnica de análise temática. As categorias da realidade somaram-se às categorias empíricas que emergiram através da apreciação das falas e imagens produzidas: necessidades em saúde (modos de vida, acesso à rede e cuidado); processos de trabalho (formação profissional, condições de trabalho e planejamento); serviços de emergência (concepção, privacidade e superlotação); e idoso (envelhecimento e direitos do idoso - acompanhante). Assim, a análise possibilitou desvendar o conteúdo obtido através da coleta das informações, apontando para os elementos relevantes da realidade pesquisada.

### **O serviço de emergência “foge um pouco do normal”**

A análise das informações produzidas passa pelo entendimento de que a linguagem tem um conteúdo de caráter denotativo que é o resultado da união existente entre o significante, uma parte perceptível constituída de sons e o significado, a definição, a parte

inteligível numa palavra que se ouve. Percebe-se um conjunto de sons (o significante), que sugere e provoca um sentido; a palavra faz lembrar um conceito (o significado), que se refere diretamente ao objeto (Ferreira, 2008; Minayo, 2010).

A contradição permeia a realidade, que está em constante movimento e sujeita às determinações históricas. Assim, as palavras vão assumindo novos significados. O caráter conotativo resulta do acréscimo de outros significados paralelos ao significado de base da palavra. Este novo conteúdo reveste-se de impressões, valores afetivos e sociais, negativos ou positivos. Isso lembra Drummond (Andrade, 1967), quando diz que “lutar com palavras/é a luta mais vã”.

Ao buscar a definição de emergência, esta luta constitui-se mais intensa quando na própria legislação emergência e urgência são usadas simultaneamente, sem uma definição precisa (Brasil, 2011a).

Guarda semelhança o que diz respeito à organização do sistema de saúde, que se insere na atenção de alta complexidade. Entretanto, o uso que a população faz, no cotidiano, pode ser como a porta de entrada para as redes de atenção em saúde, o que foi referendado pelo decreto n.º 7.508 (Brasil, 2011b). Tal documento conota a contradição que permeia a execução das políticas de saúde, quando reconhece a atenção básica como porta de entrada, mas que, ao longo do tempo, não dá conta na sua totalidade, e inclui a emergência, entre outros, como possibilidade de acesso ao sistema.

No dicionário Aurélio (Ferreira, 2008), a urgência é apresentada como caso ou situação de emergência e mostra uma definição de equivalência, enquanto a palavra emergência, para o mesmo autor, vem de emergir, que é sair de onde se estava mergulhado, de uma situação crítica ou caso de urgência. A fala dos entrevistados sobre a concepção de emergência, em sua maioria, foi convergente para a concepção e divergente com a realidade:

*“O ideal seria prestar o primeiro atendimento ao paciente, que apresenta risco maior de vida. O que acontece é que eles acabam ficando em setores como uma internação.”* (T8 individual).

*“Um compacto. Está ali pra casos sérios, pra situações graves, pra estabilizar o sintoma crítico e encaminhar para o local adequado. Não deixar a pessoa morrer.”* (T4 em grupo).

A mudança no perfil epidemiológico da população e a organização do sistema de saúde levam a considerar que definições tão demarcadas podem não corresponder às necessidades dos usuários. Para isso, é fundamental que os serviços, entre eles as emergências, atuem como redes articuladas, que considerem tanto as condições crônicas como as agudas apresentadas pelos diferentes grupos etários (Mendes, 2010).

O cotidiano visto como o palco da diversidade e da riqueza dos acontecimentos, na emergência, revelou que a ideia de estrutura hierarquizada por níveis de complexidade (pirâmide) pode ser repensada por um modelo de atenção circular que atue em rede com múltiplas entradas e fluxos (Cecilio, 2009).

*“Ela não usa nenhum serviço de saúde; ela só usa a emergência.” (F5).*

*“Acompanho notícia, leio. Vejo crítica que elas [as emergências] recebem muitos pacientes. Não tem como deixar a pessoa mal na rua. Ouço as autoridades, os secretários dizendo que tem que impedir, fechar a emergência. Não sei como pode resolver.” (F3).*

*“Muitos dizem que o paciente faz acompanhamento aqui na emergência. Então, eles têm essa visão, que o serviço de referência para acompanhamento é a emergência.” (T1 em grupo).*

As emergências que mantêm portas abertas 24 horas por dia tornam-se locais privilegiados, em que se revelam a exclusão social, a violência e as indiferenças com o outro (Sá, Carreiro & Fernandes, 2008). Então, a noção de urgência e emergência é plural e concebida através dos atores que lhe dão sentido: usuários e trabalhadores. Assim, reafirma-se a necessidade de que os que atuam neste local reconheçam suas particularidades e sua inserção num contexto mais amplo (Giglio-Jacquemot, 2005).

A fala de um dos sujeitos da pesquisa reitera o que está sendo dito e foi considerada tão representativa que um dos seus fragmentos, serviu como subtítulo: “foge um pouco do normal”. Reconhecer que o serviço de emergência pode fugir do espaço demarcado pela sua definição, assim o faz para responder às necessidades em saúde da população. Então, o que seria um problema pode ser visto como uma solução; afinal, Nelson Rodrigues já dizia “de perto ninguém é normal”.

*“Seria a principio salvar vidas. Só que aqui a gente acaba fazendo muita coisa além... serviço social, psicologia... Na real é tudo integrado. O serviço de emergência, aqui, ele **foge um pouco do normal**. Acabou virando uma unidade de internação. A gente tem que se adaptar às necessidades do serviço. Se o serviço está demandando que a gente seja mais investigativo ou então mais internista, então vamos ter que mudar. É a realidade.”* (T9 individual).

As características do serviço de emergência reiteram os desafios a serem superados: a superlotação, a exclusão na porta de entrada, o desrespeito aos direitos dos usuários e a pouca articulação com o restante da rede de serviços. Incluem-se, também, os processos de trabalho fragmentados e os conflitos e assimetrias de poder, o que ficou evidente na construção do mapa pelos trabalhadores, quando representaram a centralidade do poder da medicina, através da personagem Helena - (Mulher-Elástica) do filme “Os Incríveis” -, colocada no centro do mapa.

A falta de privacidade, associada à superlotação e ao tempo de espera, foram sinalizados por familiares e trabalhadores nas entrevistas e na construção do mapa-falante, em que os objetos lúdicos foram colocados praticamente sem espaço entre eles.

Baseado em Goldin (2003), e referendado pelos sujeitos da pesquisa, privacidade é o direito a limitar o acesso à própria pessoa, à sua intimidade, à sua história de vida, de não ser observada sem autorização e a preservação do sigilo:

*“Bá, é sala de terror, é tudo junto, homem com mulher, aí destapa um, o outro está olhando. É constrangedor pra mulher principalmente, é bem complicado. Ontem nós até tiramos ela pra mudar uma senhora que estava do lado toda suja. A pessoa não tem culpa, mas eu também não tenho culpa, porque qualquer lado que tu olhar ali, não tem como.”* (F5).

*“A única coisa que a gente notou aqui seria a demora. A demanda é grande, a gente entende. Onde ele está tem muita gente no mesmo ambiente. Demora pra sair do meio de tantas doenças.”* (F2).

*“Falando das necessidades, eu lembrei que falta local pras informações médicas, às vezes é na recepção ou junto do paciente. É muito desumano,*

*eles ficam horas numa fila aguardando as informações. E falta um local pra que eles possam ficar sentados pra receber as informações. E, às vezes, é na frente de todo mundo. É uma exposição, muita exposição.” (T3 em grupo).*

A superlotação nas emergências é um fenômeno nacional e está relacionado ao desempenho das organizações hospitalares, havendo uma saturação do limite operacional. Ocorre quando há 100% de ocupação dos leitos, pacientes nos corredores pela indisponibilidade de acomodações, sala de espera lotada, equipe no limite da exaustão e mais de uma hora de espera para o atendimento médico (Weiss *et al.*, 2004; Bittencourt & Hortale, 2009). A superação desse desafio é fundamental aos serviços de emergência, pois tem implicado de diversas formas no cuidado e nos processos de trabalho.

### **Necessidade em saúde é ser querida por alguém**

Faz parte da condição humana ter necessidades, as quais se modificam pelas determinações sócio-históricas e ao mesmo tempo em que são produzidas coletivamente, mantêm o seu caráter individual (Mendes-Gonçalves, 1992).

As necessidades se expressam de diferentes formas, compondo modos de vida que se produzem e reproduzem no cotidiano. Os modos de vida fazem parte de construções sociais que fundamentam, criam e recriam a prática da vida cotidiana de cada indivíduo. Eles ultrapassam a ideia de adoção de estilos de vida saudáveis e reafirmam a determinação social no processo saúde e doença (Almeida-Filho, 2004).

*“Se o governo ajudasse mais com medicamentos, talvez diminuísse mais um pouco [os gastos] com medicamentos, talvez eles pudessem se cuidar mais.” (F5).*

*“Uma alimentação que o governo poderia ajudar também nisso. Com um salário mínimo o que a pessoa pode comer?” (F8).*

*“Tu vai orientar um paciente e ele não sabe ler. Não tem a mínima condição financeira...”. (T6 individual).*

É possível observar, nas falas acima, as necessidades relativas às condições de vida, como alimentação, medicamentos e a renda, como fator essencial para suprir necessidades básicas da vida.

O consumo e o acesso às tecnologias, seja as chamadas leves, as leve-duras, seja as duras, são fundamentais ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, pois usuários, trabalhadores e serviços vão produzindo, desse modo, no campo da saúde (Merhy & Franco, 2003). O encontro entre esses diferentes atores é gerador de autonomia e possibilita a construção de novos saberes, envolvendo todos os que fazem parte do processo de cuidado. As falas a seguir ilustram as afirmações:

*“Precisam ter mais postos de saúde, para eles [idosos] poderem ter mais acesso às consultas, fazer exames.” (F5).*

*“O paciente tem a necessidade de ser escutado e isso a gente não tem.” (T3 em grupo).*

*“Falta ter uma referência, eles ficam de porta em porta batendo. Realmente a saúde é muito fragmentada, não é integrado esse cuidado.” (T1 em grupo).*

O acesso à rede de serviços é fundamental para a garantia do direito à saúde, a fim de que o usuário possa consumir saberes, equipamentos e práticas que venham e qualificar os seus modos de vida.

Silva, Batistella e Gomes (2007) advertem que nem sempre trabalhadores e usuários têm o mesmo entendimento sobre os problemas e necessidades em saúde. Assim, trabalhadores apontam para questões mais ligadas à infraestrutura, enquanto familiares assinalam necessidades mais próximas às condições de vida.

*“Facilitar o acesso deles ao serviço; o problema é que, aqui, é triado por gravidade; não se leva em conta o fato da pessoa ter quase 100 anos de idade e ficar aqui esperando 8 horas pra ser atendida. É um absurdo. Está errado e tem que ser revisto. Depois o mínimo de dignidade ali dentro, oferecer uma cama decente.” (T5 individual).*

*“A questão da ambiência. O espaço choca pra todo mundo. Eu fico pensando no idoso, dependente, também pelo espaço físico, não tem a possibilidade de ter um acompanhante pra fazer algumas coisas por ele.”*  
(T4 em grupo).

A ambiência hospitalar e o espaço são relevantes para a produção da saúde e dos processos de trabalho, proporcionando reflexões e a construção de ações de integralidade e de inclusão (Brasil, 2010).

As condições de infraestrutura na emergência foram apontadas como fatores que dificultavam a presença da família, enquanto que todos os participantes identificam o afeto e a presença desta, como necessidades fundamentais para o idoso. Então, depreende-se o cuidado como uma categoria empírica que emergiu da análise das informações, apontada como fundamental nas relações do idoso com a família e, também, na relação profissional da saúde e idoso/família.

*“Amor da família. O amor salva tudo. A gente saber que é querida por alguém é 50% da saúde. É um somatório assim. Então tudo parte disso, é respeito, paciência.”* (F3).

*“Um bom médico que chegue ali e atenda, principalmente com carinho, porque às vezes nem é por doença, é falta de um carinho, de uma atenção. As pessoas serem mais humanas. A desumanidade está demais!”* (F7).

*“Compreensão. O pessoal não dá muita importância pra idoso, não faz participar das rotinas.”* (T8 individual).

O cuidado se expressa na responsabilidade, zelo, desvelo e atenção. Consiste em um modo de agir delineado por aspectos culturais, históricos, sociais e políticos, implicando no modo de vida dos sujeitos, tornando-se uma experiência humana. Nesse sentido, a possibilidade de os sujeitos estarem em comunhão, reconhecendo o outro na sua singularidade e originalidade, estimula novas lutas de reconhecimento (Pinheiro, 2009).

A dimensão afetiva é apontada como a principal característica da família e sua eficiência depende da sensibilidade e da qualidade dos vínculos afetivos firmados entre seus membros (Sawaia, 2010). Considera-se que, desde o momento em que as pessoas passaram a eleger o afeto e o amor como elemento fundador da família, ela foi deixando de ser,

essencialmente, um núcleo econômico e reprodutivo, tornando-se o afeto um valor reconhecido constitucionalmente. Assim, a família exerce importante função em relação ao cuidado.

### **Os processos de trabalho em um campo de guerra**

O trabalho na saúde pode ser considerado o ato de cuidar da vida e tem como objeto as necessidades de saúde dos usuários, de forma individual e coletiva, formando processos de trabalho que comportam a produção do cuidado (Merhy & Franco, 2008).

Para discutir sobre o trabalho na saúde, recorre-se a Campos (2000), que aborda os conceitos de campo e núcleo, e traz para o debate a necessidade da equipe. O campo é formado por diferentes disciplinas (núcleos) que produzem um novo conhecimento elaborado coletivamente. A análise das informações apontou para a formação profissional.

*“Cada vez mais o pessoal (trabalhadores) tenta buscar alternativas. A própria educação do familiar. O paciente quando tem alta, a nutrição orienta, se ele vai pra casa com sonda, como preparar a alimentação, a dieta... A enfermagem orienta o familiar pra dar continuidade no atendimento e saber como tratar determinada situação.” (T8 individual).*

*“A gente fica muito individualizada. Acho que não tem um pensamento geral de cuidado, nem de profissional nem de serviço, de emergência como um todo.” (T2 em grupo).*

*“Cada profissional tem a sua formação e muitas vezes é mais fragmentada. Ele não aprendeu a trabalhar com uma equipe multiprofissional.” (T1 em grupo).*

Para a formação dos trabalhadores, a qualificação do trabalho das equipes torna-se fundamental na emergência, ainda mais quando, via de regra, “não há tempo consumido/nem tempo a economizar”, como diria Drummond (Andrade, 1985). É o tempo que aproxima trabalhadores, usuários e familiares em direção a considerar a qualificação para o trabalho com idosos e dá distinção à educação permanente nos serviços de saúde.

As adversas condições de trabalho juntam-se às vozes de trabalhadores e familiares, expressos na superlotação, na falta de planejamento e de recursos humanos:

*“Estou agradecida pelo atendimento. Apesar de que eu disse **a emergência é um campo de guerra**. Eu vejo que elas [os trabalhadores] não conseguem dar a atenção que a minha mãe precisaria ter, pela idade, se é mais jovem tudo bem. Estou tranquila porque a minha mãe é lúcida.” (F3).*

*“Teria que ter capacitação pra tratar idoso, mas a emergência não proporciona a mínima condição de trabalho. Eu não tenho condições, eu faço o que eu posso.” (T4 em grupo).*

*“Mais profissionais, pro básico, o técnico de enfermagem, tinha que ter mais.” (T1 individual).*

E com o relato de uma cena presenciada na emergência, pode-se reafirmar a carência de preparo dos profissionais para lidar com situações de crise, assim como os condicionantes da saúde implicados diretamente nos processos de trabalho:

*“A mulher foi liberada pra ir embora naquela chuvarada. Toda torta e o homem carregou ela no colo, coisa mais triste do mundo. Ele pedindo pelo amor de Deus que não dessem alta pra ela, porque a casa chovia dentro. Que dor no coração! Ele implorou e simplesmente chamaram a segurança. Deu pena, todo o mundo ali, foi um alvoroço. O segurança não tem estrutura pra isso; ele não tinha que estar ali naquele momento, não era a função dele.” (F8).*

O trabalho, como mostra Kosik (1986, p.180), “é um processo que permeia todo o ser do homem e constitui a sua especificidade”. As ações empreendidas também expressam a subjetividade, aqui entendida como as relações mediadas por desejos, afetos, repulsas, normatividades e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser. De um lado a realidade objetiva, com uma aparência de um todo coerente; de outro, correlações concretas, ligadas entre si de maneiras completamente diversas, mas sempre determinadas (Lukács, 1979).

Percebe-se, assim, a contradição presente nos serviços de saúde, compreendidos como espaço de cuidado e representados, também, pelas ações dos trabalhadores. Contudo, em determinados momentos acabam negando o acesso aos direitos da população, apesar das políticas públicas e leis que apontam para a garantia do cuidado integral e a efetiva transformação do modo de ver e cuidar das pessoas que procuram respostas às suas necessidades. Por isso, o trabalho expresso em ações subjetivas e objetivas permeia relações sociais capazes de mudar a realidade vivenciada pelos usuários e trabalhadores do serviço.

Mendes-Gonçalves (1992) também destaca que a subjetividade é instância imediatamente sócio-histórica, em sua própria individualidade. Isso foi reafirmado no grupo, quando os participantes colocaram uma bruxa no centro do mapa-falante, seguido do comentário: “Hoje a bruxa está solta” e, também, nas falas dos sujeitos:

*“O problema é essa impotência por fazer só que é possível...; poderia estar fazendo muito mais, mas não tem condições financeiras e estruturais.”* (T2 em grupo).

*“A gente está sobrecarregada, é obvio. Trabalha com óbito, tristeza, dor. Eu sempre coloco pros meus colegas pra conversar e brincar, tornar um pouco mais leve o trabalho, porque é sempre um peso.”* (T3 em grupo).

*“Essa é a frustração, de não poder dar a atenção pra todos.”* (T1 individual).

*“Em primeiro lugar é gratificante; sempre gostei de trabalhar em emergência, não me imagino em outro setor.”* (T8 individual).

A maneira de se produzir o cuidado em saúde está diretamente relacionado às condições para a realização deste trabalho, assim como na compreensão do contexto dos sujeitos que buscam este cuidado.

A necessidade de organização e planejamento do trabalho na emergência aparece como fundamental pelos participantes da pesquisa, dentre outros aspectos a preparação da alta hospitalar:

*“É muita coisa, não tem como uma pessoa pensar. Excesso de paciente pra poucos médicos e enfermeiras. É muito sofrimento, tanto do paciente quanto dos médicos que estão trabalhando ali.” (F7).*

*“Ainda estamos engatinhando. O pessoal na hora de dar alta não se dá conta que a pessoa vai precisar de uma série de coisas e a família precisa ser bem esclarecida. As pessoas precisam ser bem orientadas e elas não estão sendo. Saem daqui com muita dúvida.” (T9 individual).*

*“Não é uma ação que vai transformar tudo. É um conjunto de ações e a nossa prática diária que vai transformar isso.” (T1 em grupo).*

Os depoimentos reiteram a reciprocidade dialética entre as necessidades em saúde e a organização dos processos de trabalho, pois naturalmente estas são interdependentes. Para responder às necessidades em saúde, precisa-se de condições de trabalho para isso.

### **Envelhecer faz parte de viver**

“Entra pela velhice com cuidado/pé ante pé, sem provocar rumores”, diz poeticamente Bastos Tigre (2005). No Brasil, a porta para os idosos é aberta aos 60 anos, conforme o proposto para os países em desenvolvimento, enquanto nos desenvolvidos a porta se abre a partir dos 65 anos (Brasil, 2003; OMS, 1984). A idade cronológica, contudo, é insuficiente para entender o idoso e o envelhecimento, tendo em vista a heterogeneidade e a finalidade social dos conceitos (Camarano, Kanso & Mello, 2004). A finalidade social dos conceitos pode fundamentar ações inclusivas ou discriminatórias e implica em diversos setores da sociedade, como na formulação de políticas sociais, acesso a benefícios previdenciários e até mesmo no papel que a pessoa idosa desempenha e representa na sua família.

O envelhecimento está associado a um processo biológico em que há o declínio das capacidades físicas, relacionado às fragilidades psicológicas e comportamentais. Estar saudável não está relacionado apenas com a idade cronológica, mas deve ser entendido como a capacidade de o organismo responder às necessidades da vida cotidiana, sendo a motivação

física e psicológica para continuar na busca de objetivos e conquistas pessoais e familiares (Nunes, 2004).

O idoso, atualmente, deixa de ser visto somente como uma pessoa improdutivo, para ser visto também como quem contribui economicamente e ocupa diferentes papéis na família, no mercado de trabalho e na sociedade. Apesar das transformações ocorridas, permanece a necessidade de efetivação das ações previstas nas políticas públicas direcionadas a essa população, tendo em vista a condição de desigualdade social do povo brasileiro.

*“Ela trabalhava muito, 24 horas por dia. (Tudo) É com dinheiro dela. Ela não queria vir pra cá. Ela se automedica.” (F5).*

*“Quando eu penso em envelhecimento é se dar conta real das limitações. Mas isso não nos impossibilita de pensar na vida de outra forma. Quando eu penso em envelhecimento eu penso nisso, em novas potencialidades que estão surgindo.” (T4 grupo).*

*“Envelhecimento é uma coisa sadia. Acho que a gente fica mais sábio, mas pode ser que a gente fique mais teimoso também. É um pouco de tudo. **Envelhecer faz parte de viver**, basicamente, é como nascer, é como morrer.” (T9 individual).*

No envelhecimento, há uma maior probabilidade de acometimento por doenças crônicas, degenerativas, câncer e doenças cardiovasculares (Gottlieb, Schwanke, Gomes & Cruz, 2011), que vão incidir nas necessidades em saúde. Os indicadores de avaliação gerontológica multidimensional, que revelam a capacidade funcional, a autonomia e a síndrome da fragilidade (Hekman, 2006), descortinam um conjunto de características, proclamadas na reivindicação ao direito de acompanhante, na valorização da família e nos direitos dos idosos:

*“Essa noite a gente não pode ficar aqui porque não tinha espaço. A médica disse que ia dar um sedativo pra ele poder passar a noite, sem ter acompanhante.” (F4).*

*“O médico disse que ela não tem necessidade de ter um acompanhante. Eu acho que ela tem, porque pra ela descer da cama, botar o chinelo, até ela se abaixar.” (F5).*

*“É muito importante eles estarem juntos porque facilita a anamnese. O idoso fica mais tranquilo. Tem uma ideia de como é que funciona a dinâmica em casa pra preparar a alta. Sente o estresse do cuidador, da família.” (T9 individual).*

A análise das informações mostra que a efetivação do direito ao acompanhante, garantido pelo Estatuto do Idoso, pode proporcionar maior suporte emocional ao paciente, maior conhecimento em relação à condição de saúde e das necessidades de cuidado (Lautert, Echer & Unicovsky, 1998).

A Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003) são considerados um marco legal, ao regular a garantia dos direitos da pessoa idosa, no Brasil. Constatou-se que familiares conheciam os direitos do idoso e o Estatuto do Idoso. Quanto aos trabalhadores, a maior parte não soube informar os direitos, nem tiveram acesso ao documento, o que reforça a necessidade de educação permanente.

Os participantes demonstraram dificuldades em conceituar o envelhecimento, sendo que, na maioria das vezes, a resposta foi vinculada a experiências pessoais ou apontavam para uma visão negativa desse processo:

*“Acho horrível a velhice. Não quero ficar velha. Vou dar esse baita incômodo pra uma filha só? Pra um asilo, eu não tenho coragem de ir. Espero não envelhecer pra não incomodar.” (F7).*

*“A estética é difícil de aceitar. O envelhecimento precisa ser trabalhado porque não é fácil, a vida passa muito rápido. O processo físico começa a mostrar déficit e tem que lidar com frustrações. É um momento frustrante, se fosse pra dizer uma palavra.” (T7 individual).*

*“A pessoa não cuida nesse trajeto. Chega lá está cheio de doença, de problema, não consegue fazer mais aquilo que imaginou, cheio de limitações decorrentes da idade, do agravo da doença.” (T3 em grupo).*

O tema revelou a dificuldade de entendimento para além da dimensão individual, o que remete a pensar que envelhecimento e idosos são temas ainda distantes para uma sociedade que, em geral, ainda se vê como um país de jovens e de valorização dos padrões de beleza impostos pela sociedade de consumo.

Desse modo, reitera-se que a questão dos idosos precisa ser objeto de conhecimento para os trabalhadores da saúde, em especial nos serviços de emergência, em que se busca a efetivação dos princípios do SUS e a garantia do direito à saúde, tal qual como expresso na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

### **À guisa de considerações finais: o problema pode ser a solução**

O poema “Dezembro”, de Drummond (Andrade, 1968), foi escolhido para encerrar este trabalho, pois, para o poeta, é um pouco do fim: “procuro uma alegria/uma mala vazia/do final de ano/e eis que tenho na mão/flor do cotidiano/é voo de um pássaro/é uma canção”. Neste ritmo, serão apresentadas as impressões sobre o que se ponderou ao longo deste trabalho.

As necessidades em saúde dos idosos, tema central do estudo, foram discorridas com muita propriedade pelos participantes, o que mostrou que elas estão intimamente presentes no cotidiano dos serviços de saúde, e no modo de vida dos idosos e das famílias que utilizam o serviço de emergência. Todos eles acadêmicos da vida cotidiana, esculpidos pelo saber, pelo fazer e pelo ser. É como se recitassem: “quem me acode à cabeça e ao coração neste fim de ano, entre alegria e dor?”.

O grupo focal e a construção do mapa-falante permitiram aos trabalhadores sistematizar, sintetizar e conferir visibilidade ao modo como se organiza o trabalho para o cuidado em saúde do idoso. Revelou quem os compõe, a qualidade de suas relações e os significados produzidos na sua contextura.

Os processos de trabalho no local se enchem das ambiguidades, de conceitos, da particularidade do tempo, da singularidade de cada sujeito e das mais diversas necessidades em saúde dos idosos, o que naturalmente implica na forma com que se constrói a saúde nesse lugar.

Assim se viu uma problemática ligada a aspectos como: a carência por educação permanente e planejamento de práticas integradas; o enfrentamento da pressão do tempo, das

frustrações e das impotências na defasagem entre a identificação das necessidades dos idosos e das adversas condições de trabalho. Compõe essa palheta de cores o prazer pelo que fazem, a manutenção da motivação, a confiança nos trabalhadores, a respeitabilidade da instituição, e com a certeza que “uma vez mais se constrói/a aérea casa da esperança/nela reluzem alfaías de sonho”.

Garantir direitos, como a presença da família durante a hospitalização seria viável, considerando que 17,93% de idosos foram atendidos na emergência em 2012. Como tão bem afirmou um dos trabalhadores: “*eu acho que o idoso fica mais tempo e talvez por isso pareça que tem um número maior*”, o que colocaria em cheque a alegação “*a maioria aqui é idoso, a gente não pode abrir pra um*”. A justificativa que é utilizada para negar este direito se baseia numa informação presumida, que não se confirma ao observar-se o percentual de idosos que procuram o serviço, o que reafirma a contradição presente neste espaço.

A contribuição das famílias que fizeram parte do estudo, expressando os diversos arranjos e a superação das dificuldades que fazem parte do cuidado diário de idosos, reafirmou a compreensão do conceito ampliado de saúde. Desse modo, afirmar-se-ia que há um campo sutil e intenso dos determinantes sociais da saúde que diz respeito ao reconhecimento da autonomia, da segurança, do balanço entre as frustrações e realizações.

Para dar o último ponto ao acabamento, destaca-se que a ambiguidade da concepção emergência e urgência, possibilitou reconhecer o que foi apontado pelos participantes como um dos principais problemas: o período prolongado de permanência. Isso também pode ser visto como uma qualidade, pois ao se contrapor a atual configuração dos serviços, assim se faz para acudir às necessidades em saúde da população.

Entende-se, então, que responder às necessidades em saúde dos idosos significa “fugir do normal”, do modelo que atualmente é concebido e das condicionalidades que se lhe impõem. Por isso, é um campo de guerra onde se travam várias batalhas na construção do campo de saúde.

## Referências

Almeida-Filho, N. (2004, out.-dez.). Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Rio de Janeiro (RJ): *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4), 865-884. Recuperado em 20 outubro, 2013, de: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400009&script=sci_arttext)>.

Alves, R.dos S. & Silveira, E. (2014, março). A presença de idosos num serviço de emergência: campo de saúde ou campo de guerra? *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), pp.297-319. ISSN 1516-2567. ISSNc 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Andrade, C.D. de. (1967). *O lutador. Poesia completa*. (2<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro (RJ): Companhia José Aguilar.

\_\_\_\_\_. (1968). *Dezembro*. Recuperado em 12 novembro, 2013, de:  
<[http://www.releituras.com/drummond\\_dezembro.asp](http://www.releituras.com/drummond_dezembro.asp)>

\_\_\_\_\_. (1985). *O tempo passa? Não passa. Amar se aprende amando*. Rio de Janeiro (RJ): Record.

Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. (Edição revista e ampliada). Lisboa (Portugal): Edições 70.

Bittencourt, R.J. & Hortale, V.A. (2009, jul.). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 25(7), 1439-1454. Recuperado em 15 novembro, 2013, de:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.

BRASIL. (2003). Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília (DF), ano 182. 1º out. 2003. Recuperado em 12 novembro, 2013, de:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>.

\_\_\_\_\_. (2005). Ministério da Saúde. *A educação que produz saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Recuperado em 20 setembro, 2013, de:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/educacao\\_que\\_produz\\_saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/educacao_que_produz_saude.pdf)>.

\_\_\_\_\_. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS. *Ambiência*. (2<sup>a</sup> ed.) Brasília (DF): Ministério da Saúde. Recuperado em 10 novembro, 2013, de:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf)>.

\_\_\_\_\_. (2011a). Portaria n.º 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília (DF): 07 jul. 2011. Recuperado em 01 novembro, 2013, de:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>.

\_\_\_\_\_. (2011b). Secretaria de Gestão Estratégica. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei n.º 8.080/90. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Recuperado em 26 outubro, 2102, de:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LivretoDecreto\\_n7508\\_Miolo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LivretoDecreto_n7508_Miolo.pdf)>.

Brito, S. & Fromer, M. (1989). *Palavras*. In: *Titãs, O Blesq Blom*. WEA.

Buss, P.M. & Filho, A.P. (2007, fev./mar.). A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rio de Janeiro (RJ): *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. Recuperado em 14 setembro, 2013 de: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais\\_artigo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf)>.

Cabral, I.E. (1998). O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa em enfermagem. In: Gauthier, J.H.M. et al. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*, 177- 203. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Camarano, A.A. (Org.). (2004). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro (RJ): IPEA. Recuperado em 10 setembro, 2013, de:  
<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)>.

\_\_\_\_\_, Kanso, S., & Mello, J.L. (2004). Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, A.A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro (RJ): IPEA. Recuperado em 10 setembro, 2013, de:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)>.

Campos, G.W.S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Rio de Janeiro (RJ): *Ciênc. saúde coletiva*, 5(2), 219-230. Recuperado em 18 novembro, 2013, de: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso)>.

Carvalho, J.A.M. de & Rodrigues-Wong, L.L. (2008, março). A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. de Saúde Pública*, 24(3), 597-605. Recuperado em 01 novembro, 2013, de: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300013)>.

Cecílio, L.C.de O. (2009). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, 113-126. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO.

CFM, Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 145, de 1995. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, São Paulo (SP), 17 de mar. 1995. Seção1, p.3666. Recuperado em 29 setembro, 2013, de:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm)>.

Ferreira, A.B.H. (2008). *Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. Curitiba (PR): Positivo.

Frigotto, G. (2008). Trabalho. In: Pereira, I.B. & Lima, J.C.F. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 399-404. (2ª ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro (RJ): ESPJV. Recuperado em 20 setembro, 2013, de: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario>>.

Giglio-Jacquemot, A. (2005). *Urgências e Emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro (RJ): ed. FIOCRUZ.

Goldfarb, D.C. (1998). *Corpo, Tempo e Envelhecimento*. São Paulo (SP): Editora do Psicólogo. Recuperado em 20 outubro, 2013, de: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000400017&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400017&lng=pt&nrm=iso)>.

Goldin, J.R. (2003). Privacidade. In: Goldin, J.R. *Bioética*. Porto Alegre (RS). Recuperado em 01 novembro, 2013, de: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/privacid.htm>>.

Gottlieb, M.G.V., Schwanke, C.H.A., Gomes, I., & Cruz, I.B.M.da. (2011). Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(2), 365-380. Recuperado em 22 setembro, 2013, de: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000200016&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200016&lng=pt&nrm=iso)>.

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. (2013). *Sistemas de Informações Gerenciais – IG*.

Hekman, P.R.W. (2006). O idoso frágil. In: Freitas, E.V.de et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Kosik, K. (1986). *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra.

Lautert, L., Echer, I.C., & Unicovsky, M.A.R. (1998, julho). O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. Porto Alegre (RS): *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, 19(2), 118-131. Recuperado em 11 novembro, 2013, de: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4202>>.

Lukács, G. (1979). *Ontologia do ser social. Os princípios fundamentais de Marx*. São Paulo (SP): Livraria Editora Ciências Humanas.

Mendes-Gonçalves, R.B. (1992). *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. (Texto 1). São Paulo (SP): CEFOR.

Mendes, E.V. (2010, ago.). As redes de atenção à saúde. Rio de Janeiro (RJ): *Rev. Ciência e saúde coletiva*, 15(5), 2297-2305. Recuperado em 29 setembro, 2013, de: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_arttext)>.

Merhy, E.E. & Franco, T.B. (2003, set.-dez.). Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Rio de Janeiro (RJ): *Saúde em Debate*, 27(65). Recuperado em 25 outubro, 2013, de: <[http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf)>.

Merhy, E.E. & Franco, T.B. (2008). Trabalho em saúde. In: Pereira, I.B. & Lima, J.C.F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 427-432. (2ª ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro (RJ): ESPJV. Recuperado em 20 setembro, 2013, de: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>>.

Minayo, M.C.de S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12ª ed.). São Paulo (SP): Hucitec.

Nunes, A. (2004). O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde. In: Camarano, A.A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro (RJ): IPEA. Recuperado em 20 setembro, 2013, de: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)>.

OMS, Organização Mundial de Saúde. (1984). *The uses of epidemiology in the study of the elderly*. Genebra (Suíça): WHO. Recuperado em 18 novembro, 2013, de: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_706.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_706.pdf)>.

Pinheiro, R. (2009). Cuidado em Saúde. In: Pereira, I.B. & Lima, J.C.F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 399-404. (2ª ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro (RJ): ESPJV. Recuperado em 07 novembro, 2013, de: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>.

Pinheiro, R. Integralidade em Saúde. In: Pereira, I.B. & Lima, J.C.F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. (2ª ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro (RJ): ESPJV. Recuperado em 15 novembro, 2014, de: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>.

Quintana, M. (2005). *Sapato Florido*. Rio de Janeiro (RJ): Globo livros.

Romani, H.M., Sperandio, J.A., Sperandio, J.L., & Diniz, M.N. & Inácio, M.A.M. (2009, fev.). Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. São Paulo (SP): *Revista Bioética*, 17(1), 41-53. Recuperado em 04 setembro, 2013, de: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/78/82](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82)>.

Sá, M.C., Carreiro, T.C., & Fernandes, M.I.A. (2008). Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 24(6), 1334-1343. Recuperado em 30 outubro, 2013, de: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000600014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000600014&script=sci_arttext)>.

Sawaia, B.B. (2010). Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: Acosta, A.R. & Vitale, M.A.F. (Orgs.). *Família: redes, laços, e políticas públicas*. São Paulo (SP): Cortez.

Silva, J.P., Batistela, C., & Gomes, M.de L. (2007). Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: Fonseca, A.F. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV/FIOCRUZ. Recuperado em 15 outubro, 2013, de: [http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio\\_e\\_o\\_processo\\_2\\_livro\\_1.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf) .

Tigre, B. (2005). *Envelhecer*. Recuperado em 01 novembro, 2013, de: <<http://www.jornaldepoesia.jor.br/@bt.html#envelhecer>>.

Veras, R.P. (2011, out.). Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rio de Janeiro (RJ): *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 14(4), 779-786. Recuperado em 17 novembro, 2013, de: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000400017&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400017&lng=pt&nrm=iso)>.

Weiss, S.J., Derlet, R., Arndahl, J., Ernst, A.A., Richards, J., Fernández-Frackelton, M., Schwab, R., Vicellio, P., Levy, D., Brautigan, M., Johnson, A. & Nick, T.G. (2004, Jan.). Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad. Emerg. Med.*, 11(1), 38-50. Recuperado em 15 novembro, 2013, de: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2003.07.017/pdf>>.

Recebido em 02/02/2014

Aceito em 29/03/2014

---

**Renata dos Santos Alves** – Assistente social; especialista em Adulto Crítico pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – RIMS/HCPA.

E-mail: [renata\\_dossantosalves@hotmail.com](mailto:renata_dossantosalves@hotmail.com)

**Esalba Maria Carvalho Silveira** - Assistente social do HCPA; professora da FSSPUCRS. Doutora em Serviço Social pelo PPGSS/PUCRS. Coordenadora adjunta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - RIMS/HCPA.

E-mail: [esalba@redemeta.com.br](mailto:esalba@redemeta.com.br)