A SUPERLOTAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: VISÃO DOS USUÁRIOS

SUPERLOTING IN THE EMERGENCY AND EMERGENCY SERVICE: USER VISION

Gabrielle Helloyse de Novaes Mendonça[1] Caroline Lourenço de Almeida Pincerati[2]

RESUMO:

A superlotação em serviço de urgência e emergência vem causando muito desconforto por parte dos usuários e também por parte dos profissionais. A constante procura a esses serviços vem aumentando devido às facilidades que o mesmo apresenta, ou seja, além de ser um serviço disponível 24 horas os pacientes saem desses lugares com seus problemas resolvidos rapidamente. Objetivo: relatar a visão dos usuários de Assis em relação às atribuições do serviço de urgência e emergência e a atenção primária, identificando a satisfação do atendimento dos usuários do serviço de Urgência e Emergência e relacionando as satisfações ou insatisfações de acordo com as atribuições do serviço. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal e quantitativa, composta por usuários do serviço da Unidade de Pronto Atendimento de Assis, independente do sexo e maiores de idade. A pesquisa foi realizada na UPA (Unidade de Pronto Atendimento), da cidade de Assis. Foi utilizado como instrumento, um questionário estruturado com 6 perguntas fechadas elaborado pela autora. Resultado e discussão: Evidenciou- se que 77% dos atendimentos que são realizados dentro do serviço de urgência e emergência, são de competência da atenção básica. Juntamente com isso, o maior motivo de insatisfação dos usuários, é a demora no atendimento. Conclusão: Conclui-se que é necessário que haja conscientização por parte dos usuários, bem como a reestruturação da Atenção Básica, sendo a mesma considerada a real porta de entrada para um serviço de saúde.

***Palavras-chave*:** Urgência; Emergência; Superlotação;

[1] Enfermeira. Graduada pela Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA

[2] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva (USC). Docente no curso de Bacharelado em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA. Pesquisador no Grupo de Pesquisa Programa Interdisciplinar em Saúde no cuidado, educação e gestão (CNPQ), orientadora do estudo.

ABSTRACT:

The overcrowding in emergency and emergency service has caused a lot of discomfort on the part of the users and also by the professionals. The constant search for these services is increasing due to the facilities it presents, in other words, in addition to being a 24-hour service, patients leave these places with their problems solved quickly. Objective: to report the vision of the users of Assis in relation to the assignments of the emergency and emergency service and the primary care, identifying the satisfaction of the service of the users of the Emergency and Emergency service and relating the satisfactions or dissatisfactions according to the attributions of the service . Methodology: This is an exploratory, cross-sectional and quantitative survey composed of users of the Assis Care Unit, independent of gender and adults. The research was carried out at the UPA (Ready Care Unit), in the city of Assis. It was used as instrument, a questionnaire structured with 6 closed questions elaborated by the author. Outcome and discussion: It was evidenced that 77% of the consultations that are performed within the emergency and emergency service, are the primary care competence. Along with this, the biggest reason for users' dissatisfaction is the delay in service. Conclusion: It is concluded that there is a need for awareness among users, as well as the restructuring of Primary Care, which is considered the real gateway to a health service.

Descriptors: Urgency; Emergency; Over crowded;

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo principal a identificação da visão dos usuários do serviço de urgência e emergência da cidade de Assis, considerando dados da literatura referente à insatisfação deste tipo de serviço.

É indiscutível o avanço do setor no Brasil, em termos de ampliação da cobertura e níveis de atendimento. Em um trabalho recente demonstrado por Oliveira (2004) sobre as redes de atenção hospitalar, demonstrou que a atenção hospitalar básica está disponível em praticamente todo o território nacional e poucos são os municípios desconectados. Entretanto, persiste a desigualdade regional no acesso, que é ainda mais marcada em relação aos serviços mais complexos, como a cirurgia cardíaca, por exemplo.

Em relação o tipo de oferta de serviço de saúde, a rede pública é composta principalmente por unidades de atenção básica (95%) e serviços de emergência (65%). Já a rede privada é composta por atenção especializada (74%) e atenção hospitalar

(79%). Consequentemente, existe uma maior utilização de serviços de baixa complexidade e de emergência pela população com menor renda, sugerindo menor acesso à atenção adequada (ALMEIDA, 2000).

A superlotação em serviço de urgência e emergência vem causando muito desconforto por parte dos usuários e também por parte dos profissionais. A constante procura a esses serviços vem aumentando devido as facilidades que o mesmo apresenta, ou seja, além de ser um serviço disponível 24 horas, onde possuem médicos e demais profissionais de prontidão a atenderem, os pacientes saem desses lugares com seus problemas resolvidos rapidamente.

Essa falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar com certeza impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, transformando a emergência em depósito dos problemas não resolvidos, ou seja, em uma superlotação desumana.

O excesso de atendimentos em serviços de urgência e emergência demonstra que algo na atenção primária, está falhando. Devido a isso, aumenta a sobrecarga no serviço de urgência e emergência com atendimentos que é de competência da atenção primária.

Essa superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracteriza-se por pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial (COMITTEE, 2007).

MÉTODOS

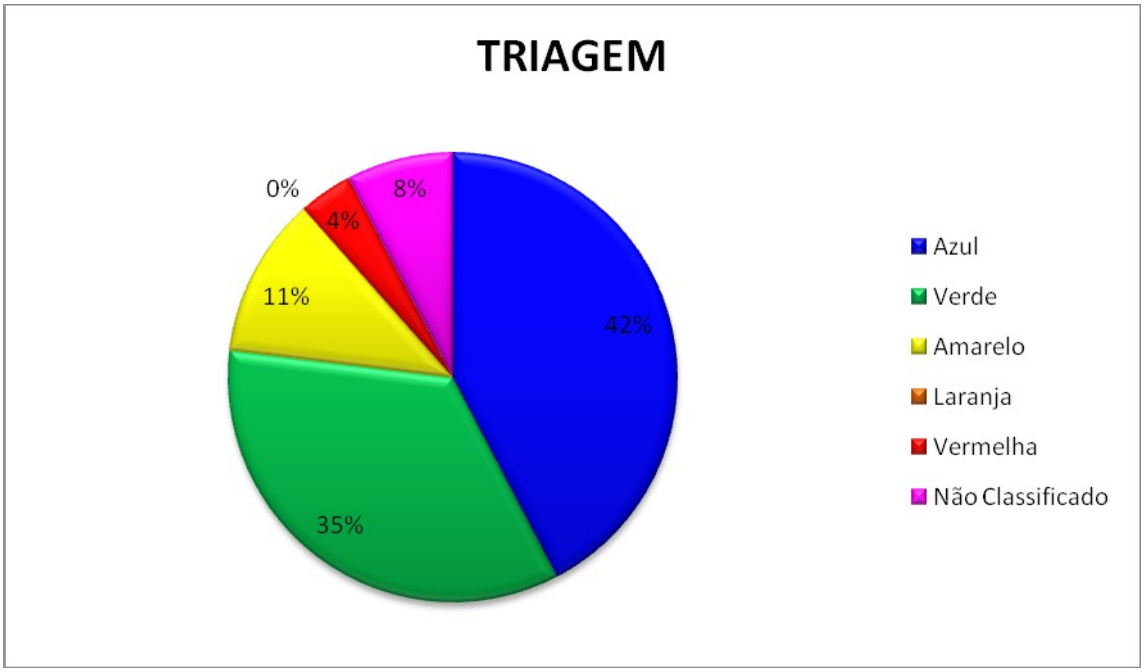
Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal e quantitativa. Segundo Sousa, Driessnack e Mendes (2007, p. 2), a “Pesquisa quantitativa envolve a análise dos números para a obtenção da resposta à pergunta ou hipótese da pesquisa”. Composta por usuários do serviço da Unidade de Pronto Atendimento de Assis, independente do sexo e maiores de idade. A pesquisa foi realizada na UPA (Unidade de Pronto Atendimento), em uma unidade no interior de São Paulo. Foi utilizado como instrumento um questionário estruturado com 6 perguntas fechadas elaborado pela autora. Entre elas estão: “Qual foi o motivo de ter procurado o serviço de Urgência e Emergência”, “ Cite 3 motivos de satisfação”, “ Cite 3 motivos de insatisfação”.

Após autorização da coordenação geral da UPA 24HS, de acordo o parecer nº 1.713.585, o projeto de pesquisa passou pelo Comitê de ética e Pesquisa de acordo com órgãos regulatórios brasileiros vigentes.

RESULTADOS

Serão apresentados a seguir os resultados da pesquisa através de gráficos para uma melhor visualização dos mesmos.

Gráfico 1: Classificação dos atendimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento nos dias 13, 14 e 15 de Setembro de 2016.



O gráfico nos mostra que 42% dos pacientes que fizeram uso do serviço de urgência e emergência dentro dos três dias de atendimento acima citado, foram pacientes que se enquadravam na classificação de cor azul.

De acordo com a escala de classificação de risco de Manchester, a cor azul significa "não urgente", ou seja, são demandas que são de competência das UBS (Unidades Básicas de Saúde), como dor de garganta e resfriados. Segundo Grupo Brasileiro de Classificação de risco (2013), o Protocolo de Manchester é um sistema de classificação de risco que inicialmente foi implantado no Manchester Royal Infirmary na cidade de Manchester, em 1997. Foi criado para permitir ao profissional médico e enfermeiro, habilidade para atribuir rapidamente uma prioridade clínica do paciente em situação aguda. Pretende assegurar que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do paciente, além de ser ferramenta importante para o manejo seguro dos fluxos dos pacientes quando a demanda excede a capacidade de resposta. Para realização da classificação do paciente a ser atendido, segue-se um cursor

composto por 5 cores, onde cada cor corresponde a um tempo máximo de espera para atendimento.

Em segundo lugar, nos mostra que 35% dos pacientes foram classificados dentro da cor verde. Seguindo essa mesma classificação, a cor verde ou “pouco urgente”, são casos que necessita de preferência dentro do atendimento da atenção básica.

Em terceiro e quarto lugar, temos então 11% de pacientes classificados como amarelo ou “urgente” e 4% considerados como vermelho ou “emergentes”. Sendo o amarelo, pacientes com gravidade moderada, sem risco imediato de vida, como por exemplo uma hemorragia menor incontrolável, diminuição do nível de consciência e desmaios.

Já a cor vermelha ou “emergentes”, foram pacientes que necessitaram de atendimento imediato, que corria risco de morte e que, baseado na classificação, a quantidade de tempo para atendimento é 0.

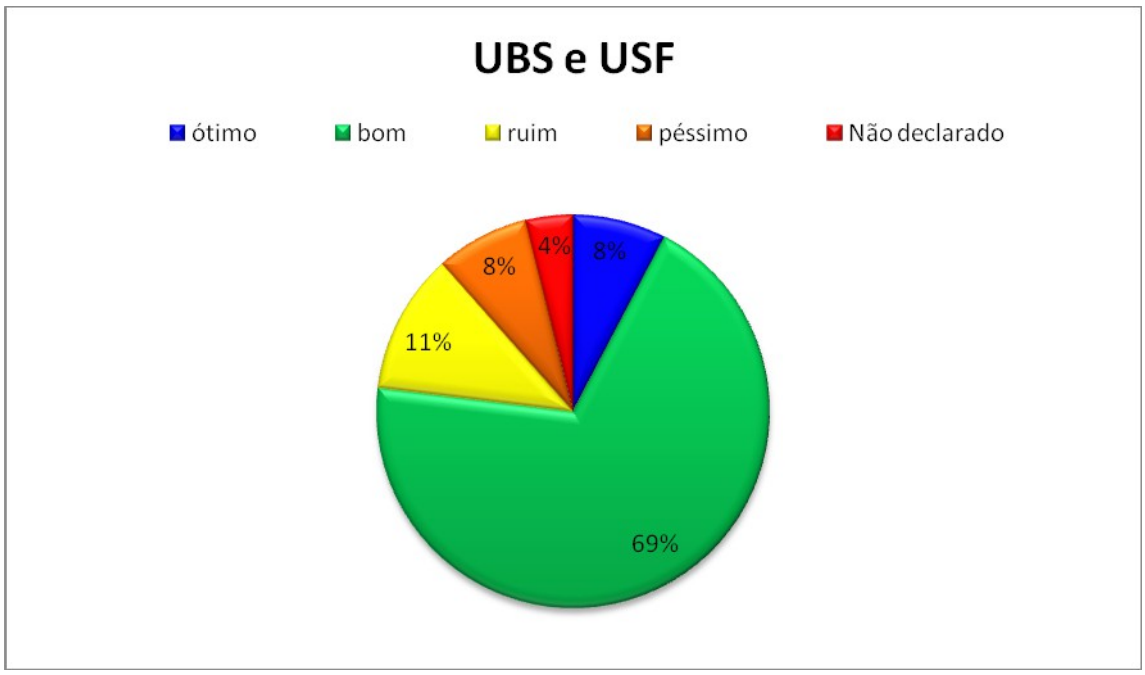
Não houve caso, mas que faz parte da classificação, a cor laranja ou “muito urgente”, que são pacientes que precisam de atendimento mais prontamente possível no máximo ate 10 minutos, que possuem risco de evoluir para morte, como por exemplo: dor intensa, dor cardíaca, dispneia aguda, entre outras.

Nota-se, levando em consideração a classificação de risco de Manchester que 77% dos atendimentos na UPA seria de competência da rede primaria e somente 23% dos atendimentos, seriam de Urgência e Emergência.

Segundo estudo realizado por Furtado et. al. (2004), em um hospital geral de Pernambuco, constatou que 74,5% dos atendimentos que foram realizados no serviço de Urgência e Emergência, deveriam ser realizados na atenção básica, por não se caracterizar como urgências, pois eram queixas típicas. Vimos assim, que o serviço de Urgência e Emergência, é utilizado pela facilidade que o mesmo apresenta no que diz respeito à realização de exames laboratoriais, radiografias, alem das medicações. Essa demanda excessiva de casos de atenção primária na rede de Urgência e Emergência gera alem da superlotação, a sobrecarga dos funcionários, onde, os casos que são realmente agudos e que necessitam do serviço de forma rápida, acabam sendo prejudicados.

Ludwing e Bonilha (2013), referem também que o excesso da demanda nos serviços de Urgência e Emergência, retrata a ineficiência do atendimento da atenção primária, bem como a dificuldade do usuário em acessar esse serviço. Em razão de suprir essa demanda de atendimento, a Urgência e Emergência sofre a superlotação, fazendo com que haja a queda na qualidade do atendimento prestado.

Gráfico 2: Declaração dos usuários de acordo com os serviços primários da cidade de Assis (Unidade Básica de Saúde e Unidade Saúde da Família) em relação as suas atribuições.



O gráfico acima nos mostra, como os usuários classificaram o serviço de Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família, ou seja, a atenção primária. 69% dos usuários, classificaram o respectivo serviço como sendo "bom", em seguida, 11% classificaram como "ruim", em forma de empate, 8% declararam como "péssimo" e "ótimo", e 4% não declararam.

A Política Nacional de Atenção Básica, no que diz respeito aos "Princípios e Diretrizes da Atenção Básica" refere que:

> "A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades"

(BRASIL, 2012, pag. 10)

E relata ainda que:

> "Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde."

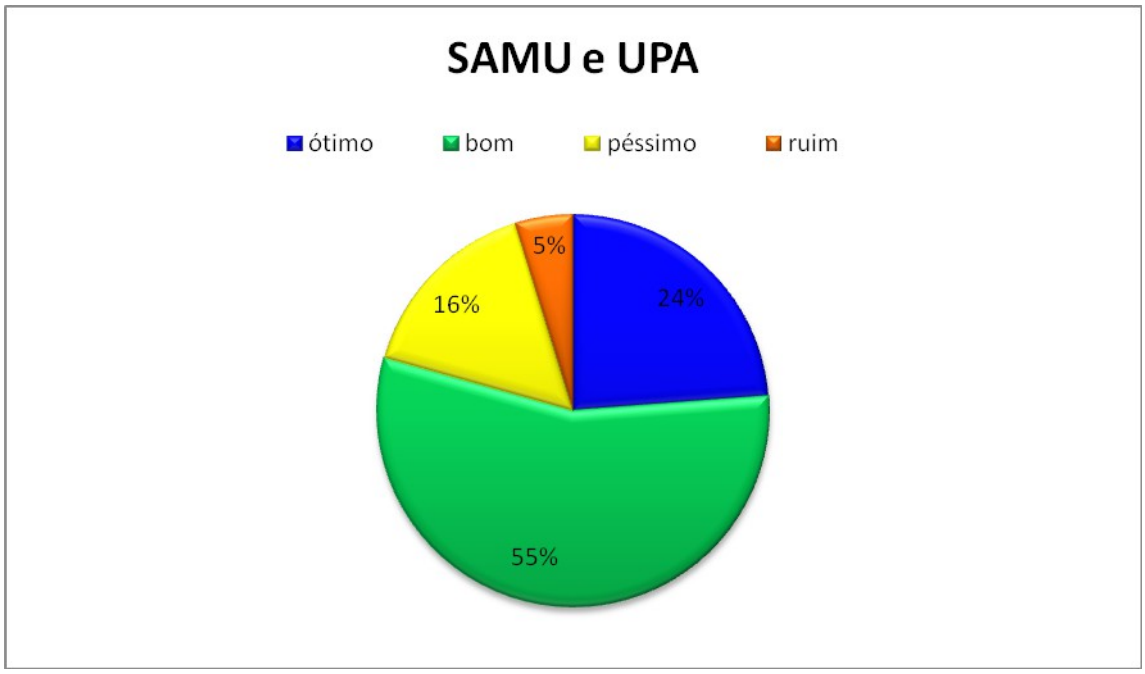
(BRASIL,2012, anexo I)

Segundo Zils et al (2009,pg. 275) relata que os resultados da sua pesquisa,

> "Mostrou menor satisfação com os aspectos referentes ao funcionamento do serviço, ao acesso e ao tempo dispendido na sala de espera, e maior satisfação com os aspectos referentes à relação médico-pessoa".

Isso nos mostra que há um certo grau de satisfação dos usuários da atenção primária no que diz respeito ao atendimento médico, mas que por outro lado, há a insatisfação dos mesmos devido ao mal funcionamento do serviço, e a demora na espera pelo atendimento.

Gráfico 3: Declaração em relação aos serviços da rede de urgência e emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Unidade de Pronto Atendimento).



O dado do gráfico demonstrou que 79% considerara-os como "bom" e "ótimo", e, 21% como "péssimo" e "ruim".

O Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria n° 2026, de 24 de agosto de 2011, art. 2, pag. I escreve:

> "SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências; "

Em relação ao serviço de Unidade de Pronto Atendimento (UPA- 24H), o Ministério da Saúde dispõe a Portaria n° 342, art.7, parg. III. de 4 de março de 2013:

> "Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade."

Essas duas portarias citadas acima, nos traz a competência de cada serviço de urgência e emergência, respectivamente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Unidade de Pronto Atendimento

Gráfico 4: Identificação do grau de satisfação dos usuários quanto aos serviços realizados pela rede de urgência e emergência (SAMU e UPA).

Como citado no gráfico acima, no que diz respeito ao grau de satisfação dos usuários do serviço de urgência e emergência, houve grande satisfação (92%). Por outro lado, houve também a insatisfação, com 8%. Os usuários não só avaliaram pelo momento

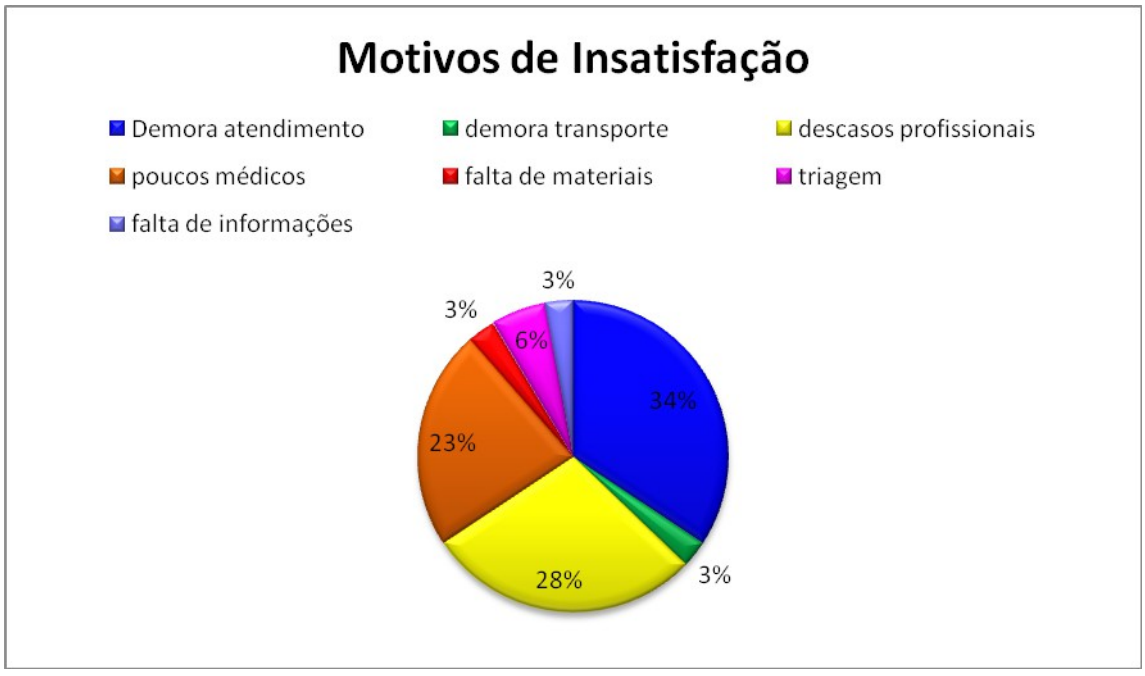
que estavam sendo atendidos, como das retrospectivas vezes que necessitaram do serviço.

Como explicação do motivo da satisfação dos usuários de Urgência e Emergência, Ludwig e Bonilha (2013) declara que a resolubilidade desse serviço é o oposto do serviço prestado na atenção primária. Como exemplo, é citado a impossibilidade ou demora em conseguir uma consulta, o agendamento de exames diagnósticos para datas longínquas, bem como a demora para o retorno na reconsulta. Desta forma, a resolubilidade e o imediatismo, são os motivos da escolha e da grande satisfação dos usuários pelo serviço de Urgência e Emergência.

Ludwig e Bonilha (2013), relatam ainda que a ação resolutiva, atendimento imediato, como consequente prescrição de um medicamento, ou a realização de um curativo ou de outra terapêutica qualquer, é o que caracteriza o serviço de Urgência e Emergência como dessa forma, ou seja, como "bom" ou "ótimo".

Dwyer, Oliveira e Seta (2009) afirma que utilização do hospital representa uma "válvula de escape" dos serviços de saúde, prejudicando assim, os atendimentos que são compatíveis com o serviço de Urgência e Emergência. Essa grande demanda, gera a superlotação no serviço, aumentando o fluxo de atendimento e, consequentemente gerando insatisfação nos usuários que realmente necessitam desse serviço.

Gráfico 5: Identificação de três motivos citados pelos usuários de insatisfação com o serviço de urgência.



O gráfico acima mostra os motivos de insatisfação dos usuários que estavam sendo atendidos pelo serviço de Urgência e Emergência, onde foi citado como motivos a

demora pelo atendimento, demora do transporte, relacionado ao atendimento extra-hospitalar (SAMU), descasos dos profissionais, pouca quantidade de médicos, falta de materiais, falha na triagem, e falta de informações.

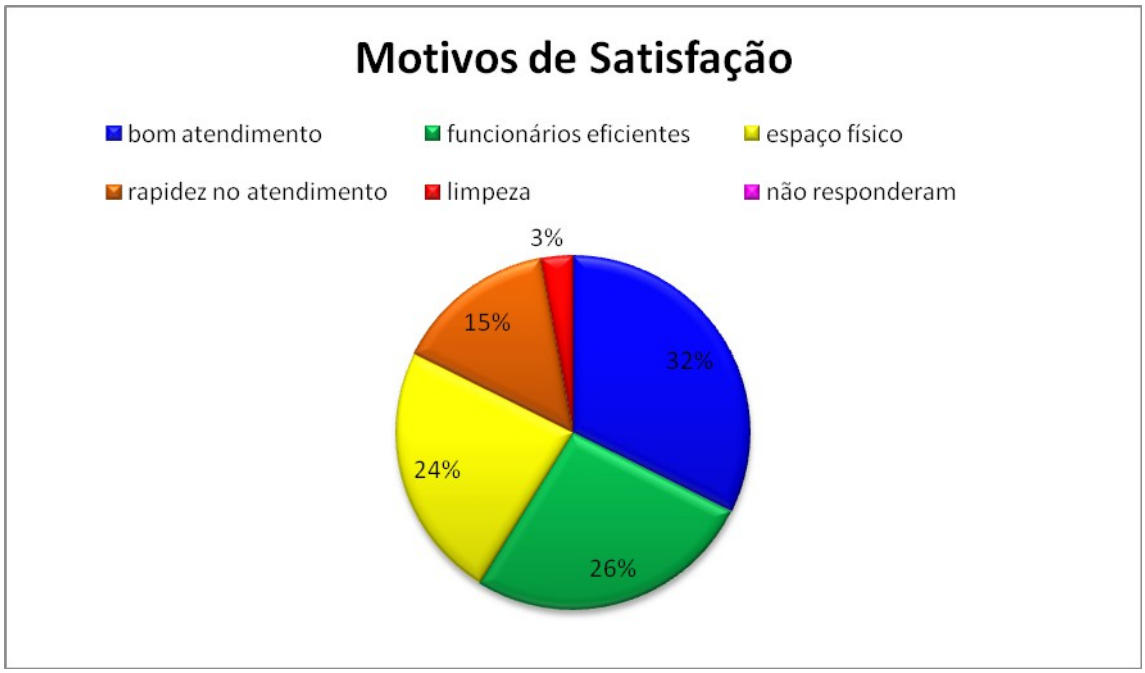
Nota-se que de uma forma decrescente, 34% refere-se a demora no atendimento, 28% em descasos dos profissionais, 23% em pouca quantidade de médicos, 3% falha na triagem e com valores iguais de 3%, falta de materiais, falta de informações e demora no transporte.

Andrade et.al. (2009), relata em seu estudo, a insatisfação dos usuários relacionado à demora pelo atendimento, a carência de funcionários, bem como a falta de materiais para prestação do cuidado.

Inácio et.al. (2013), afirma em sua pesquisa que há insatisfação por parte dos usuários no que diz respeito a falta de cordialidade, falta de linguagem clara, limpeza e conforto. Abrangendo equipe de enfermagem e equipe médica em diversos setores, bem como recepção, triagem, consulta de enfermagem e consulta médica.

Esse é o reflexo da superlotação, pois se não houvesse a demanda excessiva de pacientes de casos crônicos, pertencentes à Atenção Primária, não haveria motivos que gerariam insatisfação relacionado ao serviço de Urgência e Emergência.

Gráfico 6: Identificação de três motivos de satisfação citados pelos usuários em relação aos serviços prestados na UPA.

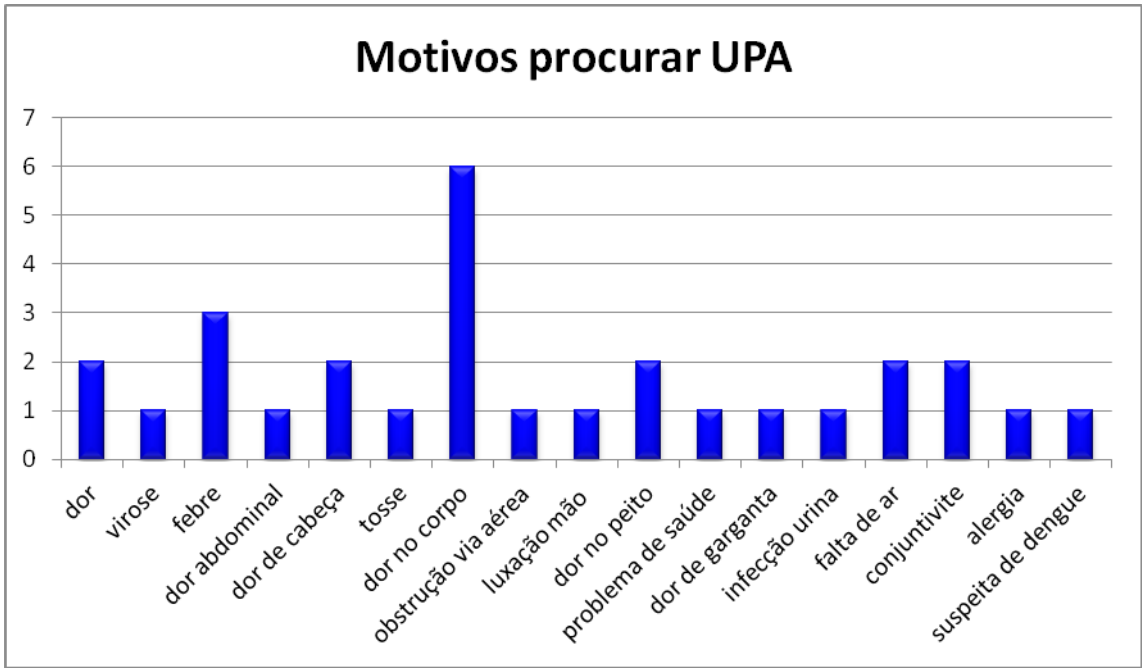


O gráfico acima mostra os motivos de satisfação dos usuários relacionados ao serviço prestado na UPA. Foram citados como motivos, o bom atendimento, rapidez no atendimento, funcionários eficientes, limpeza do local e bom espaço físico.

Nota-se que 32% refere bom atendimento por parte da unidade, 26% relatou ter sido atendidos por funcionários eficientes, 24% considerou o espaço físico da unidade como um ponto de satisfação, 15% refere rapidez no atendimento e 4% obteve a limpeza do local como satisfeito.

Mendes (2009), relata em seu trabalho, que houve grande satisfação por parte dos usuários (70%), no que diz respeito à gentileza dos profissionais e a disponibilidade dos mesmos para o atendimento. Observou que 74% dos usuários estavam satisfeito com a limpeza do local.

Gráfico 7: Identificação dos motivos do usuário terem procurado serviço da Unidade de Pronto Atendimento.



O gráfico acima mostra os motivos que levaram os usuários a procurarem o serviço da Unidade de Pronto Atendimento, os motivos que o gráfico nos relata são: dor, virose, febre, dor abdominal, dor de cabeça, tosse, dor no corpo, obstrução de via aérea, luxação da mão, dor no peito, problema de saúde, dor de garganta, infecção urina, falta de ar, conjuntivite, alergia, suspeita de dengue.

Como já citado nos gráficos 2 e 3 acima, as competências da atenção primária e da urgência e Emergência, nota-se que os motivos que levaram os usuários a procurarem a Unidade de Pronto Atendimento, foram em sua maioria, casos que deveriam ser atendidos na atenção primária, como por exemplo, tosse, conjuntivite, dor no corpo,

entre outras. Observando então o gráfico, motivos como: “febre”, “obstrução de via aérea”, ”luxação na mão”,”dor no peito”,”falta de ar”, realmente são de competência da Unidade de Pronto Atendimento, ou seja, 5, os outros 12 motivos, são casos que competem à Unidade Básica de Saúde. Que de acordo com a classificação de risco de Manchester, 12 motivos, são casos classificados como “não urgente” e somente os 5, classificados como: “ emergente” “muito urgente”.

CONSIDERAÇÕES

Este estudo teve como objetivo avaliar a visão dos usuários em relação aos serviços de atendimento da Atenção Básica (UBS e PSF) e Urgência e Emergência (SAMU e UPA) de acordo com a competência dos mesmos. Explicando assim, o motivo da superlotação no serviço de Urgência e Emergência.

Através de uma pesquisa exploratória, transversal e quantitativa, observou-se que 42% e 35% dos pacientes que utilizavam o serviço de Urgência e Emergência naquele momento, de acordo com a classificação de risco de Manchester, foram classificados como “Azul” e “Verde”, respectivamente. “Pacientes “não urgentes” ou “ pouco urgentes”, foram as maiores demandas de atendimento, levando em consideração que esses tipos de classificação, são de responsabilidade da Atenção Básica.

Quando foram questionados sobre o motivo que os levou a procurarem a Unidade de Pronto atendimento, obteve as seguintes respostas: dor, virose, febre, dor abdominal, dor de cabeça, tosse, dor no corpo, obstrução de via aérea, luxação da mão, dor no peito, problema de saúde, dor de garganta, infecção urina, falta de ar, conjuntivite, alergia, suspeita de dengue.

Observa-se que os motivos da procura, baseados no que compete à Urgência e Emergência, foram a minoria, sendo a maior parte, casos que pertencem à Atenção Básica.

Nota-se que não há conhecimento por parte dos usuários em relação ao que compete cada serviço. A Unidade de Pronto Atendimento, ou Urgência e Emergência, são utilizadas como porta de entrada do serviço de saúde. Há a inversão à hierarquia dos serviços. Pelo atendimento e soluções imediatas, o serviço de Urgência e Emergência, tem ficado superlotado, gerando baixa qualidade de assistência. Isso explica a falha na Atenção Básica, em demora ou impossibilidade para consulta médica, bem como realização de exames de diagnóstico.

Conclui-se que é necessário que haja conscientização por parte dos usuários, bem como a reestruturação da Atenção Básica, sendo a mesma considerada a real porta de entrada para um serviço de saúde. Em realização disto, cada serviço irá realizar o que realmente lhe compete, não havendo superlotação e sobrecarga de um determinado serviço, gerando assim, atendimento com eficácia e ótima qualidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia Maria; TRAVASSOS, Claudia; PORTO, Silvia; LABRA, Maria Eliana. **Health sector reform in Brazil:** a case study of inequity**.** Int J Health Serv 2000.

ANDRADE Luciene Miranda, MARTINS Emanuelle Carlos, CAETANO Joselany Afio, SOARES Enedina, BESERRA Eveline Pinheiro. **Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante**. Rev. Eletrônica. Enfermagem.2009;11(1): 151-7.
Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm. Acessado em: 09/12/16.

APSUS- **Classificação de risco- A rede de atenção à saúde de urgência e emergência**. Secretaria Municipal de Saúde do Paraná, 2012.

BITTENCOURT; Roberto José; HORTALE, Virginia Afonso. **A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de janeiro.** Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro-RJ,2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Manual de orientações pra contratação de serviços do SUS/Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Portaria GM/MS 1863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diario Oficial da União 2003: 29 set.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e**

classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **Política nacional de atenção às urgências** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) 1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Legislação Sanitária. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título. III. Série.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro.Portaria n° 2026, 24 de agosto de 2011.Disponível:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011.html. Acessado em 26/09/16 às 12:03.

DESLANDES, Suely Ferreira: MINAYO, Maria Cecília Souza. **Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar.** In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Análise diagnóstica da política de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2007.p. 139-57

FURTADO, B.M.A.S.M.; ARAÚJO JR, J.L.C.; CAVALCANTI, P. **O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma analise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v7, n.3, p279-289, set. 2004.

GIGLIO, Jacquemot Armalet. **Urgências e emergências em saúde:** perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2005.

GOLDIM, José Roberto. **Introdução a bioética** [internet]. Rio Grande do Sul, 2009 [acesso 10 dezembro de 2015]. Disponível em : www.hcpa.ufrg.br/bioeticaf.html.

INÁCIO, Willian dos Santos; SILVA, Nathália Maiolino; CRESPO, Cristiane Barros; SHIMODA, Eduardo. **Avaliação da qualidade no atendimento de Emergência em um Hospital Municipal de Campos dos Goytacazes.** Campos dos Goyatacazes (RJ). Acta Biomedica Brasiliensia / Volume 4/ nº 2/ Julho de 2013.

LUDWIG, Maria Luiza Machado; BONILHA, Ana Lucia de Lourenzi. **O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário.** Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2003.

MARIN, Maria José Sanches, et al. **Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades de Saúde Tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos Usuários.** Texto e Contexto. Jul-Set, Enferm Florianópolis, 2013.

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia. Avaliação **da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos**. Recife: A. C. G. Mendes, 2009

NARVAI PC. Saúde e eleições. Jornal da USP 2005: 20 (724):2. 14. [OMS] Organização Mundial de Saúde. Documentos básicos. 10. ed. Gênebra: OMS; 1960. 15. Scliar M. **Do mágico ao social:** a trajetória de saúde pública. Porto Alegre: L&PM;1987.

O'DWEYER,Gisele Oliveira, OLIVEIRA, Sergio Pacheco, SETA, Marismary Horsth. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS.** Ciência de saúde coletiva. 2009; 14(5):1885-1888.

ROSA, Tania Solange, et al. **Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário.** Revista. Enfermagem, UFSM 2011 Jan/Abri: 1 (1) 51-60.

SANTOS, Jose Sebastião; SCARPELINI, Sandro; BRASILEIRO, Sergio luiz; FERRAZ, Carolina Aparecida; DALLORA, Maria Eulália; SÁ, Marcos Felipe Silva. **Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRPUSP, adotado, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização.** Medicina, Ribeirão Preto 2003; 36: 498-515.

SILVA, Vanessa Priscila Martins; SILVA, Ana Kris; HEINISCH, Roberto Henrique; HEINISCH, Liana Mirian Miranda. **Caracterização do perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital universitário da universidade Federal de Santa Catarina.** Arq Catarin Med. 2007; 36 (4): 18-25

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasilia: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.