



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

TALITA RAMIREZ MAIA CELERE

**REALIDADE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

ASSIS/SP

2015



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

TALITA RAMIREZ MAIA CELERE

**REALIDADE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientanda: Talita Ramirez Maia Celere

Orientador: Prof. Ms. Daniel Augusto da Silva

Linha de Pesquisa: Ciências da Saúde

ASSIS/SP

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

C392r CELERE, Talita Ramirez Maia
A realidade dos serviços de urgência e emergência no Brasil /
Talita Ramirez Maia Celere . -- Assis, 2015.
39p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). -- Fundação
Educativa do Município de Assis-FEMA

Orientador: Ms. Daniel Augusto da Silva

1. Enfermeiro intensivo 2. Serviços urgência 3. Pronto socorro
CDD 610.7361

REALIDADE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

TALITA RAMIREZ MAIA CELERE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do curso de graduação em Enfermagem, analisado pela seguinte comissão examinadora:

Orientador: Prof. Ms. Daniel Augusto Da Silva

Analisador: Prof. Ms. Caroline Lourenço de Almeida Pincerati

ASSIS/SP

2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de curso às pessoas mais importantes e presentes em minha vida:

Deus, o amigo de todas as horas;

A minha família principalmente a minha mãe Sandra que nunca mediu esforços para que este momento fosse realizado, aos meus pais Adailton e Nílton que mesmo de longe sempre torceram para que eu chegasse ao meu objetivo.

Ao meu marido Sílvio que na maioria das vezes presenciou minha correria, minhas angústias, estando sempre ao meu lado com carinho e amor para me apoiar e dar forças.

Aos meus amados filhos João Guilherme e Ana Clara que mesmo com minha ausência nunca deixaram demonstrar o amor e o carinho que tem por mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter dado o dom da vida e a capacidade para poder alcançar a tudo que almejo em minha vida;

À minha família, por ser sustentação e apoio, pessoas as quais sem elas nem quero imaginar como seria minha vida;

A minha avó Elza que mesmo com tanta dificuldade sempre esteve lá para cuidar, apoiar e fazer parte desse momento de realizações

Aos meus amigos, pelo incentivo e torcida constante por mim;

A todos os professores, que contribuíram e enriqueceram os conhecimentos durante todo o curso, em destaque meu grande exemplo no decorrer da minha formação a minha amiga, professora, mãe, mestre Caroline lourenço que sempre esteve ali nas horas das dificuldades me dando um ombro amigo, me ensinando e me dando conselhos para nunca desistir;

Ao orientador, Profº. Daniel Augusto da Silva, pela disposição em ensinar e ajudar sempre;

A minha coordenadora de serviço Edna Buzzo que sempre esteve presente e fazendo de tudo para que minha formação pudesse ter continuidade se apertando nos horários, sempre dando aquele jeito de mãe.

RESUMO

Este trabalho descreve a realidade do cenário brasileiro de urgência e emergência através de uma revisão de literatura, buscando a identificação dos motivos que levam ao caos nas portas do pronto socorro com o levantamento de soluções significativas para a mudança deste cenário caótico. A superlotação nos Serviços de Emergência dos hospitais é um problema mundial, que acarreta demora no tempo de espera para atendimento; alta tensão na equipe assistencial e pacientes acamados em corredores. Isto porque além dos atendimentos que não seria indicação de Urgência e Emergência, as unidades também precisam atender demandas de urgência e aguardar transferências entre hospitais. Todo esse cenário indica baixo desempenho do sistema e induz à baixa qualidade assistencial. Os trabalhos pesquisados levantaram os seguintes motivos: o nível socioeconômico, falta de médico no setor primário acompanhado pelos horários limitados de atendimento aos usuários, contribuindo na superlotação dos serviços de emergência. A solução parece óbvia, cabe as autoridades reunir meios para o fortalecimento do atendimento na atenção primária, o discernimento do gasto público, organizando o orçamento da saúde em locais onde a população mais sofre em relação à saúde-doença. Com isso, todos ganhariam. A população com qualidade de atendimento em todos os níveis de atenção a saúde e os profissionais de saúde que poderiam realmente atuar naquilo em que são treinados para executarem elevando a qualidade da assistência prestada.

Palavras - Chave: Superlotação; Urgência Emergência; Níveis de atenção em Saúde.

ABSTRACT

This paper describes the reality of the Brazilian scenario of emergency care through a literature review, seeking to identify the reasons that lead to chaos in the doors of the emergency room to the survey of significant solutions to change this chaotic scenario. Overcrowding in hospital Emergency Services is a worldwide problem, which causes delay in waiting time for care; High tension in the care team and patients bedridden in hallways. This is because in addition to the care that would be no indication Emergency Department, the units must also meet emergency demands and wait for transfers between hospitals. This whole scenario indicates low system performance and leads to lower quality care. The papers surveyed have raised the following reasons: socioeconomic level, lack of medical in the primary sector accompanied by the limited hours of service to users, contributing to the overcrowding of emergency services. The solution seems obvious, it is the authorities gather means for the strengthening of care in primary care, discernment of public spending, organizing the health budget in places where the population suffers most in relation to health and disease. With this, everyone would win. The population with quality care in all health care levels and the health professionals who could actually act on what they are trained to perform raising the quality of care.

Key - words: Overcrowding; Urgency Emergency; Health care levels.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA Á SAÚDE NO BRASIL.....	13
2.2. O ATENDIMENTO PRIMÁRIO DE SAÚDE NO BRASIL.....	15
2.3. O ATENDIMENTO DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL.....	17
2.4. A SOBRECARGA NO ATENDIMENTO DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL.....	21
3. METODOLOGIA.....	26
4. RESULTADOS/ DISCUSSÕES.....	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
6. REFERÊNCIAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

Para entender a realidade dos serviços de urgência e emergência no Brasil precisamos entender o acesso disponível a este serviço primeiramente.

É indiscutível o avanço do setor saúde 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.

A rede hospitalar do Brasil demonstra que 80% dos hospitais têm convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde), alcançando 91,2% no Sul (ALMEIDA, 2000). Proporcionalmente, existem mais hospitais no sudeste (33%) e nordeste (30%). A classificação dos hospitais em relação ao número de leitos revela que, de forma geral, 50% dos hospitais têm menos de quarenta leitos.

Em relação ao 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%). Conseqüentemente, 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).

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.

Essa superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracteriza-se por pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos 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 *apud* BITTENCOURT, 2009).

Devido a este e outros motivos graves de saúde, esta pesquisa bibliográfica procurará demonstrar e identificar a realidade do cenário Brasileiro no setor de Urgência e Emergência, caracterizando algumas intervenções para ajudar na solução destes problemas.

Estudos citados por Sá (2005) identificaram no Sistema Único de Saúde (SUS) 185 hospitais dentro dos perfis considerados como Hospitais de Urgência e Emergência, revelando ainda, como padrão de atendimento a superlotação, em especial, nos grandes centros urbanos, em alguns, segundo Bittencourt (2007), com demanda de mais de 1000 (mil) paciente dia.

Neste cenário, considerando os dinâmicos processos de transição demográfica e epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, da explosão da violência urbana nos municípios de médio e grande porte e o aumento acentuado de acidentes em rodovias; a assistência hospitalar de urgência e emergência torna-se como primeira referência para causas externas, agravos agudos e eventos decorrentes de doenças crônicas.

Por isso a importância da resolutividade efetiva dos problemas identificados nestes locais.

Além da dificuldade de absorção pelo próprio hospital do atendimento gerado na emergência, principalmente da urgência clínica, existe pouca conexão entre esse atendimento e o seguimento possível na rede.

A emergência, por suas características, acaba fazendo o papel de reguladora do sistema, ou seja, depósito dos problemas não resolvidos. As dificuldades que o hospital e a atenção básica sempre tiveram para aceitar e lidar com a porta hospitalar de urgência e pronto atendimento são bem conhecidas. A percepção que se tem é que, se a atenção básica pudesse, livrar-se-ia dos prontos atendimentos e o hospital, das suas portas hospitalares de urgência (SANTOS, 2003).

Partindo da hipótese de que a atuação ineficiente nas unidades de atenção básica de saúde acarreta no aumento da procura por atendimento nas unidades de urgência e emergência no Brasil.

Este estudo buscou identificar a realidade do atendimento no setor de Urgência e Emergência, no que se refere a sobrecarga de pacientes para atendimentos, caracterizar a estrutura de atendimento á saúde no Brasil, Especificar o funcionamento do atendimento no sistema de Urgência e Emergência no Brasil, Relacionar as causas que culminaram na superlotação e unidades de urgência e emergências e verificar intervenções que ajudariam na resolutividade dos problemas identificados.

Os serviços de urgência e emergência são considerados porta de entrada de pacientes em situações de acidentes ou acometimento de mal súbito, neste serviço são tomadas as principais decisões e atitudes acerca da vida dos clientes.

A sobrecarga interfere na qualidade do atendimento e conseqüentemente, no prognóstico das doenças.

Daí a preocupação de identificar a realidade do cenário Brasileiro no setor de Urgência e Emergência, no que se refere a sobrecarga de pacientes para atendimento, e caracterizar intervenções que ajudaria na resolutividade dos problemas identificados.

Tais inquietações se devem ao fato de que o serviço de urgência e emergência é um complexo cenário, onde deve estar agregado valores humanos e atendimento imediato.

2. REVISÃO DA LITERATURA/CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

No final da década de 80, nosso sistema único de saúde (SUS) era marcado pela falta de eficiência na gestão, com isso o que se via era a baixa efetividade das ações no atendimento da população. Para reverter esse perfil, os governantes induziram o processo de descentralização da atenção sanitária, para melhor triar os casos, com a ideia de desafogar centros especializados de alta complexidade de casos de menor urgência ou de fácil resolução. (BRASIL, 2007).

Com a ideia de descentralização, o governo federal, por intermédio do INAMPS, tornou-se o maior comprador de serviços de saúde pelo setor público. A compra dos serviços se dava de forma desordenada, conforme a oferta da iniciativa privada, não sendo, portanto, consideradas as necessidades da população, como também foi desordenada a expansão dos serviços, sem planejamento e avaliação (BRASIL, 2007).

Para se ter uma noção, o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) registrou no ano de 2014 um total de 92.950 estabelecimentos de saúde, destes 44.194 são considerados privados e 89% deles prestam algum tipo de serviço ao SUS.

Na Constituição de 1988, a saúde passou a ser definida como um direito de todos e um dever do Estado, instituindo, assim, o princípio da universalidade no atendimento à saúde.

Dessa forma, buscando a descentralização dos serviços de saúde e procurando garantir o direito de saúde a todos, a oferta de saúde passou a ser a nível Primário, Secundário e Terciário, com alguns hospitais já se enquadrando como de nível Quaternário. Abaixo a definição de cada nível de acordo com Souza, 2013.

Nível primário são consideradas as Unidades Básicas de Saúde, ou popularmente conhecido como Postos de Saúde, configurada a porta de entrada do SUS. Nesse nível de atenção são marcados exames, realizadas consultas além da realização de procedimentos básicos como troca de curativos.

As Unidades de Pronto Atendimento, hospitais escolas e clínicas estão relacionados no nível

Secundário. Nesses são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças.

Nos níveis Terciários, como os Hospitais de Grande Porte, são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, bem como são realizadas condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida. Nesses hospitais, também podem funcionar serviços Quaternários, de transplante de tecidos, como Pulmão, Coração, Fígado, Rins, dentre outros.

Dessa maneira seccionada, pelo menos em tese, a garantia ao acesso em consonância com a gravidade e urgência ficam garantidos ao usuário.

2.2 O ATENDIMENTO PRIMÁRIO DE SAÚDE NO BRASIL

A atenção primária é definida pelo Ministério da Saúde (MS), segundo Almeida 2006, pg.32

“Ações de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação”.

Neste contexto, dos níveis de atenção, que faz sentido falar em “básico” no âmbito da saúde, daí decorrendo a expressão “atenção básica”, função essencial da denominada Unidade Básica de Saúde (UBS), reconhecida como a unidade fundamental do SUS. Ou seja: não se pode pensar o ‘sistema de serviços de saúde’ sem levar em conta os 3 papéis e o conjunto das UBS (NARVAI, 2005).

No Brasil, de acordo com Conferência Nacional de Saúde CNS (2003), têm sido empregadas as expressões “atenção básica” e “atenção de média e alta complexidade” para conformar dois blocos bem distintos de tipos de serviços de saúde. Por essa razão, faz sentido falar em ‘níveis de atenção’ quando se considera o conjunto das unidades de saúde que compõem o SUS, uma vez que os diferentes tipos de serviços que produzem permitem situá-las num determinado nível de atenção.

Conforme mencionado, a UBS é tida como a ‘porta de entrada’ do SUS. Mas esse fato não significa que a UBS é um lugar por onde as pessoas simplesmente ‘passam’ em direção a outros níveis de atenção. Aliás, é o contrário: em sistemas locais de saúde bem organizados e dirigidos, a rede básica é responsável pela resolução de mais de 70% dos casos, desenvolvendo ainda uma série de ações com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças na comunidade (CNS, 2003).

O trabalho na rede básica é um dos mais complexos na medida em que, para o seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, é necessário ter domínio e saber aplicar conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos (CECILIO, 1997).

Quando se leva em conta a necessidade de, ao mesmo tempo em que se faz a assistência individual, também atuar sobre todos os determinantes e condicionantes dos níveis de saúde

das comunidades, fica evidente o papel altamente relevante das UBS no SUS – ainda que muitas vezes isso não seja alcançado pelas ações desenvolvidas nas unidades. É oportuno ainda destacar que, conforme se reconhece na Lei Federal 8.080/90 (art. 3º), de acordo com o Ministério da Saúde 1990:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Assim, para ser coerente com isso, deve-se enfatizar que é papel da UBS (ou seja, da equipe de saúde que lhe dá vida diariamente) desenvolver ou coordenar as atividades relativas a todos esses aspectos, para uma maior eficácia no enfrentamento dos problemas de saúde-doença na sua área de atuação. Logo, é competência da equipe de saúde de qualquer UBS conhecer e considerar o impacto que todos esses fatores têm sobre a saúde da população pela qual é responsável, tentando eliminá-los, ou pelo menos diminuí-los – ainda que ela não seja, evidentemente, responsável pela execução de ações diretas sobre esses aspectos, que competem a outros setores (BRASIL, 1990).

Infelizmente, o cotidiano das nossas UBS está ainda muito distante desse ideal. Mas não há dúvida, porém, que é preciso ter clareza sobre essa situação ideal para, assim, buscá-la no dia-a-dia das ações de saúde pública para que assim, consigamos um reflexo positivo nos serviços de urgência e emergência (ALMEIDA FILHO E JUCÁ, 2002).

2.3 O ATENDIMENTO DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

A situação dos serviços de emergência é, hoje, motivo de preocupação para a comunidade sanitária e a sociedade em geral, e o seu uso tem sido crescente nas últimas décadas (SILVA, 2007), justificado pela existência de 185 hospitais com perfil de urgência e emergência (BITTENCOURT, 2009; SÁ, 2005).

As emergências em saúde são situações nas quais o atendimento não pode ser protelado, devendo ser imediato. Já as urgências são situações em que o atendimento pode ser prestado em tempo não superior a duas horas. Por fim, as situações não urgentes são definidas como aquelas que podem ser encaminhadas a um pronto atendimento ambulatorial, ou para o atendimento ambulatorial convencional (GOLDIM, 2009).

Para o Conselho Federal de Medicina (1995), urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato.

Na Urgência e emergência, constatou-se que a organização do trabalho da equipe de saúde nas unidades de urgência e emergência é dividida em três momentos: o atendimento às urgências e emergências em que o risco à vida é iminente, a assistência aos pacientes em sala de observação e a atenção aos usuários com demandas de saúde não urgentes (GARLET et al, 2009).

O atendimento aos casos graves, com potencial risco à vida é sempre priorizado. Eles têm acesso livre, ou seja, prioridades na sala de emergência, com acesso direto sem necessidade de sofrer triagem inicial, assim são encaminhados de forma imediata até a sala de emergência. Nesse momento, salienta-se que os profissionais da equipe de saúde convergem suas ações para o restabelecimento da vida (BRASIL, 2001).

Nos últimos anos, o sistema brasileiro de atenção às urgências tem apresentando avanços em relação à definição de conceitos e incorporação de novas tecnologias visando à organização do atendimento em rede. Nesse sentido, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, de

modo que tanto a atenção básica quanto os serviços especializados deverão estar preparados para o acolhimento e encaminhamento de pacientes para os demais níveis do sistema quando esgotarem-se as possibilidades de complexidade de cada serviço (GARLET, 2009).

No entanto, a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas. Esses serviços respondem por situações que vão desde àquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade (DESLANDES, 2009).

Essas situações podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e, têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população (GARLET, 2009).

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que instituiu essa política, o objetivo foi o de integrar a atenção às urgências. Hoje a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais. (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2003)

De acordo com Brasil (2003), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A Rede de Urgências é pensada de forma integrada e coloca à disposição da população serviços mais próximos de sua residência. Com as Centrais de Regulação do SAMU 192, o Ministério da Saúde trabalha na organização da estrutura disponível. Quando uma ambulância do programa é enviada para o atendimento, os profissionais de saúde já sabem para onde levarão o paciente. É o fim da peregrinação à procura de um leito, com a ambulância buscando onde deixar o paciente (BRASIL, 2007).

De acordo com Brasil (2003), ao discar o número 192, o cidadão estará ligando para uma central de regulação que conta com profissionais de saúde e médicos treinados para dar orientações de primeiros socorros por telefone. São estes profissionais que definem o tipo de atendimento, ambulância e equipe adequados a cada caso. Há situações em que basta uma orientação por telefone. O SAMU atende pacientes na residência, no local de trabalho, na via pública, ou seja, através do telefone 192 o atendimento chega ao usuário onde este estiver.

A equipe presta atendimento no menor tempo possível já no local, ainda fora do ambiente hospitalar, salvando vidas e diminuindo sequelas. O programa oferece o direcionamento para o serviço mais próximo e adequado, assim a equipe que está na ambulância ganha tempo (diminui o tempo/resposta), o que é crucial em emergências, conforme publica o Ministério da Saúde (2003).

O Objetivo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) é diminuir as filas nos prontossocorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPAs, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências (BRASIL, 2007).

Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde, foi definida a chamada Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, denominada Qualisus. Esta foi lançada publicamente em 2003, com o objetivo central de elevar o nível de qualidade da assistência prestada à população pelo SUS, representando assim a síntese das aspirações e necessidades da população de uma atenção à saúde que garanta o acesso a todos os níveis de complexidade e, principalmente, uma atenção eficaz, efetiva e humana como parte de seus direitos de cidadania (Organização Pan-Americana de Saúde, 2005).

Dentre os vários componentes do SUS, os serviços de urgência e emergência das grandes capitais foram considerados como prioritários no processo de qualificação, com a justificativa de serem reconhecidos como uma das principais fontes de queixas da população, segundo pesquisa de opinião (GOUVEIA, 2003).

De acordo com Brasil (2003), ao priorizar a qualificação dos sistemas de urgências, o Qualisus entra em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que pressupõe para este fim as informações a seguir:

A organização de rede não hospitalar de urgência na atenção básica e numa rede de pronto-atendimentos; o desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar de urgência, pela implantação do Serviço Móvel de Urgência (Samu); a instalação de uma central geral de regulação de leitos (Regulação Médica); a organização e qualificação dos hospitais de urgência para dar suporte resolutivo ao sistema de urgência e a definição de retaguarda de leitos hospitalares e atenção domiciliar (GOUVEIA, 2003).

O Qualisus está também em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH), que destaca a humanização como dimensão fundamental do cuidado com qualidade à saúde. Esta política prevê a redução de filas e do tempo de espera, a ampliação do acesso, o atendimento acolhedor de acordo com a gravidade, a referência territorial, a garantia de informações ao usuário e de acompanhamento por pessoas de sua rede social e a garantia de gestão participativa (BRASIL, 2006).

Assim, o Qualisus, enquanto política de saúde dirigida fundamentalmente aos sistemas de urgências, prevê investimentos em equipamentos e infraestrutura, na formação e valorização dos trabalhadores, nas propostas de mudanças nas inter-relações entre profissionais de saúde e usuários e na introdução de novas tecnologias organizacionais de atenção e de novos modelos de gestão nas portas hospitalares de urgência (BRASIL, 2004) .

Dessa forma, visando a sua implantação, o Qualisus passa a ser um programa do Ministério da Saúde dirigido ao sistema de urgência e emergência (BRASIL, 2006).

2.4 A SOBRECARGA NO ATENDIMENTO DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

A atenção primária oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, foca a atenção sobre a pessoa, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro nível de atenção à saúde. É na atenção primária que se organiza e se proporciona a otimização de recursos, tanto básicos, como especializados e que se mantém o vínculo e a responsabilização pelas necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade (STARFIELD, 2002), pelo menos no papel.

O que vemos na prática, difere radicalmente desse conceito, onde o que prevalece é o atendimento centrado na queixa do cidadão, individualmente, fragmentando o cuidado e utilizando o hospital para resolutividade dessa queixa, deixando de atender as reais necessidades da população (MARIN, 2013).

Preocupado, o Ministério da Saúde, pensando em mudanças e tentando solucionar esse problema, vem utilizando algumas estratégias, destacando-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), desde 1994. A Estratégia Saúde da Família (ESF), em particular, vem sendo considerada como a proposta mais abrangente e instigadora e, assim, sujeita aos maiores investimentos, expectativas e interrogações quanto a sua efetividade (ALMEIDA, 2006).

Dentre as pesquisas encontradas vale comentar a pesquisa de Marin (2013), pela sua qualidade e por ser mais recente. Na pesquisa foram elaborados seis núcleos de sentido que indicam as fragilidades e fortalezas no atendimento da atenção primária, conforme segue.

Referindo-se ao acesso, a localização da unidade não representa ser problema para nenhuma das modalidades. Já quanto à disponibilidade de horário para atendimento médico, os usuários da UBS apontam para a frequente falta de profissional e para a necessidade de chegarem muito cedo à unidade para conseguir o agendamento e que, mesmo assim, encontram dificuldades. Para os usuários da ESF, a principal dificuldade está na demora do agendamento de consulta, que algumas vezes chega a meses.

Na atual organização do sistema de saúde, a atenção primária constitui a porta de entrada prioritária, considerando as diretrizes da integralidade e regionalização que representam um

importante movimento de reorganização do modelo, imprimindo racionalidade ao seu funcionamento. Este direcionamento parte da necessidade de maior adequação dos recursos destinados à saúde, considerando que muitos dos problemas podem ser resolvidos por meio de tecnologias leves. Desta forma, os cenários de maior densidade tecnológica são otimizados para atendimento de reais demandas, reduzindo os custos, porém na pesquisa, nota-se a queixa dos usuários que relatam que até procuram primeiramente as unidades de saúde mas que não notam resolutividade no atendimento. Frente a isso, atropela-se o fluxo, levando à manutenção da sobrecarga de atendimento nos níveis de atenção de maior densidade tecnológica.

Identifica-se o vínculo como uma característica central da atenção primária em saúde. Para a autora, no acompanhamento do usuário, ao longo do tempo, encontra-se implícita uma relação de responsabilidade e confiança, o que possibilita diagnóstico mais preciso e tratamentos mais eficazes.

Ainda na pesquisa de Marin (2013), na fala dos usuários se observa que o elenco de serviços está muito aquém das suas necessidades, especialmente no que se refere ao atendimento especializado. No município em tela, há mais de uma década vem se ampliando a oferta de serviços de atenção primária, por meio da implantação da ESF. Embora esse aspecto, sem dúvida, amplie a possibilidade de acesso, tal acesso muitas vezes limita-se à porta de entrada, uma vez que os serviços de maior densidade tecnológica não foram ampliados na mesma proporção. Acrescenta-se a crença dos profissionais e da população no modelo centrado na doença e na tecnologia dura, o que limita as possibilidades de avançar na perspectiva da promoção da saúde e do uso da tecnologia leve, pautada na escuta ampliada, no vínculo e responsabilização como condição essencial para os avanços no atendimento das necessidades de saúde.

O enfoque no contexto familiar sentido principalmente por usuários da ESF e a falta de médico especialista sentida pelos usuários da ESF.

Na análise das falas dos usuários da UBS e da ESF, nota-se dificuldades em relação a falta de médicos e especialidades e ao necessitar de outros serviços de saúde, o usuário depende de encaminhamento, o que nem sempre lhe é ofertado de acordo com seu desejo, constituindo, na ótica dos usuários, uma condição burocrática. Na superação dessa dificuldade, muitas vezes eles precisam utilizar outras estratégias, ainda que contradigam a

proposta de atenção à saúde vigente, procurando unidades de atendimento de urgências como UPAS e pronto socorro (MARIN, 2013).

Simons (2009) descreve em seu artigo um dos argumentos apresentados para a demanda excessiva nos serviços de urgência/emergência hospitalar relatando que a maior parte dos atendimentos realizados é decorrente de problemas 'simples' que poderiam ser resolvidos em serviços de atenção básica ou especializados ou, ainda, em serviços de urgência de menor complexidade.

Através desta afirmação, Simons (2009), revela, entre outras coisas, distribuição desigual da oferta de serviços, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas, também, qualitativo, na atenção básica, especializada e também na hospitalar.

Pensando mais uma vez em resolver esse problema, o SUS criou a Política Nacional de Humanização (PNH), Humaniza SUS, que traz como princípio o acolhimento com avaliação e classificação de risco como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede (BRASIL, 2002).

Na França, tem-se observado maior procura pelos serviços de emergência clínica, como fonte de atenção primária, para muitos pacientes. A proporção de atendimentos não urgentes, realizados em unidades de emergência no setor pediátrico francês, é entre 28 e 76%. Na Europa, aproximadamente 40% dos atendimentos de adultos, realizados em unidades de emergência, não são urgentes, já nos EUA essa proporção está entre 5 e 82% (LANG, 1997 apud OLIVEIRA, 2008).

No Brasil ainda não há um sistema de informação epidemiológico relacionado aos atendimentos em prontos-socorros, porém, está previsto nas Diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, aprovada em 2001. Essa diretriz visa a monitorização das ocorrências de acidentes e violências, além do conhecimento sobre o perfil de atendimento nos serviços de emergência (CALIL, 2007).

Estudo realizado na Emergência de Adultos de um hospital geral de Pernambuco constatou que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas da atenção básica, não se caracterizando, portanto, como urgência. Essa demanda prejudica a assistência aos casos

graves e agudos, pois acarreta acúmulo de tarefas, contribui para o aumento dos custos de atendimento e gera sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde (FURTADO, 2004).

Não podemos deixar de avaliar que somado a estes atendimentos por queixas da atenção básica, os profissionais das redes de UE, também atendem a situações de extrema gravidade que extrapolam a capacidade resolutive dos serviços e têm dificuldades para referenciar os pacientes para outros hospitais. Desse modo, as salas de observação, que se destinam à permanência temporária dos pacientes, transformem-se em áreas de internação, sem, no entanto, possuírem as devidas condições de infraestrutura e de pessoal para cuidados contínuos, expondo, com frequência, os pacientes a riscos e aos profissionais a erros (GIGLIO, 2005).

Esse grande fluxo de demanda e superlotação está centrado na rede hospitalar, pois os serviços de urgência se encontram nos hospitais, alterando a qualidade da assistência prestada. Para piorar essa situação, o acesso aos recursos do SUS é difícil, como a necessidade de exames especializados, filas de espera para consultas, cirurgias e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado (DWYER, 2008).

Assim, durante as últimas décadas, houve um aumento constante na utilização pelo público dos serviços hospitalares de emergência, considerando as filas demoradas do SUS para o acesso a os serviços citados. Os hospitais passam a ser utilizado indevidamente no nosso meio, pois cerca de 65% dos pacientes atendidos poderiam ter sido atendidos em ambulatórios. Desses, 36% não darão seguimento ambulatorial à patologia que motivou a procura ao serviço de emergência (LOVALHO, 2004).

Na pesquisa de Rosa (2011), realizada em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, evidenciou-se que 74,5% das pessoas atendidas na sala de emergência do PS são do sexo masculino, da faixa etária de 31 a 60 anos (48,9%), casados (61,7%), com ensino fundamental incompleto (70,2%). A principal causa de atendimento foi por trauma leve (31,9%) e AVC (8,5%), predominantemente no turno da tarde (49%). Além disso, evidenciou-se que 92% das pessoas atendidas permanecem internados no pronto socorro.

Um dos principais fatores observados no estudo foi o expressivo número de pessoas que permaneceram internados no PS após o atendimento. Esse percentual de permanência dos pacientes no ambiente do PS proporciona diversos problemas tanto aos usuários (devido ao

desconforto que tal situação acarreta) quanto aos profissionais (em virtude da sobrecarga de trabalho). A sobrecarga pode ocasionar estresse, desavenças, discussões, impaciência diante dos pacientes e do número de procedimentos. Essa sobrecarga contribui para o desenvolvimento de problemas de saúde que, muitas vezes, originam atestados e reduzem ainda mais o quadro funcional da unidade (ROSA, 2011).

No estado do Pará, outra pesquisa realizada em unidade de emergência os resultados permitiram caracterizar o atendimento do hospital da seguinte maneira: a faixa etária que mais demandou a emergência foi a de 20 a 59 anos, sendo a maioria do sexo masculino, em quase 90% dos casos da própria capital, no horário entre as 06-18 horas (BRITTO, 2013).

De acordo com o Cremal (Conselho Federal de Medicina de Alagoas) (2005) no seu portal, o Sistema de Saúde no Brasil é extremamente deficiente quanto ao atendimento na assistência primária. A população que depende do SUS não consegue agendar consultas eletivas (aquelas que não são de urgência), nos postos de saúde com médicos clínicos gerais, e a situação é ainda pior quando a população necessita de consultas eletivas com médicos especialistas, como dermatologistas, neurologistas, reumatologistas, cardiologistas, etc, pois estes simplesmente não estão disponíveis para atender a toda a demanda da população.

Com isso, as pessoas que necessitam de consultas eletivas querem seja com clínicos gerais ou com especialistas, procuram espontaneamente os PS dos Hospitais de Referência em Urgência e Emergência, por saberem que ali existem clínicos, cirurgiões e especialistas de plantão para atendimento. Este fluxo de pacientes com doenças de caráter eletivo que procuram os PS contribui para tumultuar o ambiente nestes setores, além de ser um fator importante na superlotação dos mesmos (CREMAL, 2005).

3 METODOLOGIA

Utilizou-se como tipologia de pesquisa a revisão bibliográfica. As palavras chave foram definidas: serviço de urgência e emergência; pronto-socorro. Em seguida, foram pesquisadas as bases de dados eletrônicas de livre acesso e de acesso restrito e os títulos de estudos que contivessem as palavras-chave. Foram identificados um total de 72.000 títulos. Ao incluir a critério de artigos em português estes títulos foram reduzidos para 15.700. Aumentando o critério de inclusão dos títulos para os que foram publicados entre os anos de 2000 e 2015 o total identificado foi de 15.600 artigos.

Na seleção dos resumos, o critério de inclusão foi a existência de qualquer referência a discussões ao cenário brasileiro de urgência e emergência ou intervenções relacionadas à superlotação. Dos 15.700 títulos, foram selecionados 87 resumos.

O critério adotado na seleção dos textos integrais foi o de realizarem estudos além dos acima citados mais intervenções para solucionar a superlotação nos SEH e que apresentaram metodologia, resultado e local de realização do estudo ou descrição de modelo com foco nesse objetivo. Foram selecionados 37 artigos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Facilitar o acesso aos serviços de saúde é de grande importância para a redução da morbidade e mortalidade, pois o indivíduo que acredita ter um problema de saúde, pode ser atendido por profissionais que possa ajudá-lo a esclarecer seu problema e identificar se é um problema autolimitado ou um problema que não necessita de atenção especial (STARFIELD, 2002).

As consultas, acesso a exames, consumo de medicamentos e a realização de procedimentos são caracterizadas por demanda aos serviços de saúde, e esta, é a forma como os serviços organizam sua oferta. Porém, as necessidades dos usuários podem ser outras, como respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a uma tecnologia específica que possa lhes proporcionar qualidade de vida (CECÍLIO, 2001).

Considerando essas necessidades autolimitado ou não que a idéia da existência de acesso para um problema de saúde deve ser por nível de atenção (primária, secundária e terciária) identifica-se em linguagem mais clara como a porta de entrada aos serviços de saúde pela atenção primária. Historicamente, no Brasil, em razão da dificuldade de Atenção Básica na prestação de serviços de saúde, a população recorre aos pronto-socorros para a resolução dos mais variados problemas, tornando-o a principal porta de entrada da demanda reprimida ao Sistema Único de Saúde (SUS) (INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2009).

A defesa da Atenção Básica como principal porta de entrada muitas vezes não encontra referência no modo como a população utiliza as redes de serviços de saúde do SUS, com uma tendência relatada por muitos gestores municipais de procura pelos pronto-socorros como porta de entrada preferencial. Tal situação, analogicamente, inverte a "pirâmide" de atenção, na qual o uso de serviços terciários como porta de entrada compromete a eficácia, a efetividade e a eficiência de todo o sistema (SÃO PAULO, 2009).

Existem hipóteses que tentam explicar os motivos da procura aos pronto-socorros. Alguns estudos apontam fatores socioeconômicos como indicadores importantes em consultas subsequentes, como tipo de moradia, ingestão de bebida alcoólica, drogas ilícitas e problemas psiquiátricos, que estão associados com a demanda de utilização dos serviços. Há mais de uma década observam-se, mundialmente, pronto-socorros lotados em razão de

um deslocamento da população em direção a esses serviços, configurando-os como prestadores de atenção primária de assistência à saúde, não de fato destinados a atendimentos emergenciais (BARAKAT, 2009).

Byrne (2003) mostrou, por meio de um estudo caso-controle, que os usuários que frequentemente utilizavam os serviços do pronto-socorro também eram usuários frequentes de outros serviços de saúde e sociais, pois consultavam com seus médicos da atenção primária, utilizavam mais os programas de assistência social e permaneciam mais tempo internados no pronto-socorro que os grupos de controle.

Para Ludwig (2003), a procura por serviços de saúde envolve outros fatores, além dos citados acima, depende da orientação do usuário do que é gravidade ou a urgência do problema/necessidade, a tecnologia disponível, a resolutividade da atenção, a acolhida, as condições de acesso, a agilidade no atendimento, as experiências vividas pelo paciente ou sua família, a destreza na marcação de exames ou encaminhamentos para outros serviços, bem como o vínculo estabelecido pelo usuário com profissionais.

Em razão da oferta restrita de serviços na atenção primária, o público excedente procura atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, e os pronto-socorros e emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam, consultas, remédios, procedimentos, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de saúde da Atenção Básica oferecem apenas a consulta médica (MARQUES, 2009).

Em um estudo, muito interessante, realizado por Olivat (2010) no município de Capão Bonito localizado na região sudoeste do estado de São Paulo, distando aproximadamente 220 km da capital, mostrou que mesmo com uma estrutura da assistência de saúde pública atual do município que conta com sete equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e um de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), situados em regiões periféricas de maior risco, sendo responsáveis por, aproximadamente, 50% da cobertura populacional. Sete unidades de saúde da zona rural são servidas por uma equipe médica volante semanalmente, mesmo assim, a superlotação do Pronto-Socorro do Município de Capão Bonito - SP é um dos principais problemas do sistema de saúde local, pois o deslocamento da população em direção a esse serviço promove o pronto-socorro a um prestador de

atenção primária à saúde, não, de fato, destinado ao atendimento de urgência, como a maior parte dos municípios do país.

Os dados pesquisados em relação aos motivos da superlotação das unidades de urgência e emergência conferem ao SUS uma grande representatividade como política pública na assistência à saúde dos brasileiros, principalmente se for comparada a assistência atual com a de algumas décadas anteriores (OLIVAT, 2010).

O sistema ainda enfrenta fragmentação em seu processo de trabalho, nas relações profissionais, nas redes de atenção, na burocratização e verticalização dos serviços (VIEGAS, 2007).

Inúmeras pesquisas (MOORE, 2009; OLMOS, 2009; TRAVERSO, 2004) relacionam a procura por serviços de saúde, sejam de urgência e emergência, sejam de atenção primária, a fatores socioeconômicos.

As principais demandas do pronto-socorro foram situações de risco para os pacientes, em que as principais queixas foram agudas e envolveram desconforto físico, compondo uma sintomatologia característica de processos terapêuticos de atenção básica, além de aspectos emocionais e de necessidades consideradas não urgentes, como citadas nas pesquisas Starfield (2009), Cecílio (2001), Moore (2009) e Byrne (2003).

De acordo com o estudo dos autores citados acima, a busca de atendimento complementar ao recebido em outros serviços e o vínculo com o pronto atendimento também são significativos. Doenças crônicas associadas não é o principal motivo da procura dos usuários ao serviço, podendo sugerir que seu tratamento seja realizado nas unidades de saúde das redes locais.

As queixas trazidas pelos usuários vinham moldadas segundo as expectativas por eles criadas nas relações sociais, pois a busca pelo atendimento, segundo os dados coletados, dava-se para atender a necessidades agudas ou não, mas que no momento lhes traziam limitações e desconforto, mostrando a limitação da promoção na saúde que o Brasil ainda enfrenta. Tais situações são consideradas emergências e urgências e realmente devem fazer parte das principais atribuições de um pronto-socorro (SILVA, 2000).

O círculo se mantém, pois, de acordo com os resultados dos estudos utilizados Starfield (2009), Cecílio (2001), Moore (2009) e Byrne (2003), constata-se que a oferta dos serviços do pronto-socorro, na maior parte das vezes, foi direcionada ao ato agudo da queixa dos usuários, não ampliando o foco da atenção para um histórico clínico, o que permite a volta dos pacientes quando os sintomas retomarem. A porta de entrada para o sistema foi obtida, independentemente da gravidade dos casos, permitindo o atendimento em qualquer nível de assistência. Isso demonstra como há um aumento significativo das pessoas atendidas em unidades de urgência e emergência com ou sem gravidade, superlotando filas e corredores de pronto socorro (pronto atendimento), comprometendo a assistência nos casos graves.

Na prática, os estudos citados relatam que mesmo com a triagem, os serviços de UE são obrigados a assistência, não tendo respaldo para liberar o usuário sem atendimento. E ainda que pelo Ministério da Saúde (2002), o serviço de UE deva garantir agilidade de encaminhamentos nos casos graves, como internações e referências, as dificuldades de leito e cuidado especializado fazem parte do cotidiano dos serviços de emergência no país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, possuímos um dos melhores serviços públicos de saúde no papel, fora dele à realidade demanda preocupação. Fugimos claramente do que se diz níveis de atenção a saúde, comprometendo à todos com uma assistência de pouca qualidade.

A oferta restrita de serviços na atenção primária faz com que o público que não consegue atendimento, procure os locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, e os pronto-socorros e emergências hospitalares correspondem a essas necessidades de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada.

A falta de médicos e horários limitados na atenção primária foi um dos motivos que apareceram nas pesquisas estudadas. Porém, o nível socioeconômico, mais uma vez, se mostra como fator desfavorável no caos brasileiro, permitindo uma falta de conhecimento populacional e utilização errônea dos serviços públicos de saúde.

Garantia a educação, com informações desde a infância do funcionamento dos níveis de atenção à saúde, aumento do horário de atendimento do setor primário de saúde e uma triagem humanizada com orientações a população nas portas de unidades de emergência melhoraria, a médio ou longo prazo, a história da superlotação nas unidades de urgência e emergência.

Outro problema bem difundido nos estudos foi à dificuldade que as unidades de pronto socorro demonstram ao reclassificar seus usuários, como a realidade nacional de falta de leito em Unidades de Terapia Intensiva e exames especializados. Essa demora no atendimento especializado também prejudica a qualidade da assistência a esse e a outro usuário que pode vir a precisar da sala de emergência para o atendimento ao caso agudo de emergência.

Percebe-se então que os resultados estudados e apresentados nesta pesquisa vão de encontro com a hipótese levantada.

A solução parece óbvia, cabe as autoridades o discernimento do gasto público, organizando o orçamento da saúde em locais onde a população mais sofre em relação à saúde-doença.

Com isso, todos ganhariam. A população com qualidade de atendimento em todos os níveis de atenção a saúde e os profissionais de saúde que poderiam realmente atuar naquilo em que são treinados para executarem elevando a qualidade da assistência prestada.

Essa pesquisa foi realizada através de um levantamento bibliográfico com pesquisas de campo realizadas em diferentes estados do nosso país, com isso, nota-se uma necessidade regional de uma pesquisa local para identificação de problemas em nossa cidade, o que garantiria uma resolutividade de acordo com nossa realidade.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[CNS] Conferência Nacional de Saúde, 12^a. Brasília; 2003. Relatório final. Brasília: MS-CNS; 2004. (Série D – Reuniões e Conferências).

ALMEIDA, Célia Maria; MACINKO, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; Rio de Janeiro, RJ, 2006.

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.

ALMEIDA-FILHO, Naomar; JUCÁ, Vlândia. **Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse**. Universidade Federal da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*; Salvador/Bahia, 2002.

BARAKAT, Soraia Fátima Coelho. **Caracterização da demanda do Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo**. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5/5159/tde-07112005-174138/ (acessado em 02/09/2015).

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**. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, 2007.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Afonso. **Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, 2009.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE; Virgínia Afonso. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Julho, 2009.

BRASIL 1990b. **Congresso Nacional**. Lei Federal nº 8.142, de 28/12/1990. Diário Oficial da União 31 dez. 1990, p.25694.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal-Centro Gráfico; 1988.

BRASIL 1990a. **Congresso Nacional**. Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990. Diário Oficial da União 20 set. 1990, p.18055.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS 1.863 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. Diário Oficial da União 2003; 29 set.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS 3.125 de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS Urgência - e define competências. Diário Oficial da União 2006; 7 dez.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas Manual de orientações para 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**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BYRNE, M. **Frequent attenders to an emergency department**: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. Ann Emerg Med 2003; 41(3):309-18.

CALIL, Ana Maria; PATANHOS, Wana Ieda. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu; 2007. 795 p.

CECILIO; Luiz Carlos Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública Campinas, SP, 1997.

CECÍLIO; Luiz Carlos Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção à saúde**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro/RJ. UERJ, IMS. ABRASCO; 2001, p. 113.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.451 de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. **Diário Oficial da União** 1995; 17 mar.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE. Saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**; 2003.

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.

DEVER, Alan; CHAMPAGNE, François. **Epidemiology in health services management**. Rockville, MD: Aspen System Corporation; 1984. 8. Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. 9. [FSMS] Fórum Social Mundial da Saúde, 1º. Posição Final. Porto Alegre; 2005.

DWYER, Giseli; MATTA, Isabela Escórcio Augusto; PEPE, Vera Lúcia Edais. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSVALDO CRUZ; **Radis/Comunicação em Saúde**, Súmula, Rio de Janeiro: n° 80, 04/2009, p. 07.

FURTADO Betise Mery; ARAÚJO, José Luiz; CAVALCANTI Paulleti. **O perfil da emergência do hospital da restauração:** uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. Rev Bras Epidemiol. 2004 Set.

GARLET, R.E et al. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Abril, 2009.

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

GOLDIM JR. **Introdução a bioética** [internet]. Rio Grande do Sul; 2009 [acesso 10 ago 2015]. Disponível em: www.hcpa.ufrg.br/bioeticaf.html.

GOUVEIA, Giseli Campazona; SOUZA, Wayner Vietra; LUNA, Carlos F, Souza-Júnior, Paulo Roberto Borges; SZWARCOWALD, Celia Landmann. **Health care users' satisfaction in Brazil,** 2003. Cad Saude Publica 2005;21:S109-S118.

http://www.cremal.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21184:relatorio-da-crise-da-urgencia-e-emergencia&catid=3. Acesso em 24/08/2015 as 10:05 horas.

<http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/33011/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil#ixzz3jfagHYxj> acesso em: 23/08/2015 17:01hrs.

Jornal da ABOPREV 1998; 9(2):5-6. 13.

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

LOVALHO Adriana Freitas. **Administração de serviços de saúde em urgências e emergências.** O mundo da saúde. Abril-Jun, 2004.

LUDWIG, Maria Luiza Machado; BONILHA, Ana Lúcia Lourenzi. **O contexto de um serviço de emergência:** com a palavra o usuário. Rev Bras 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. .

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias Silva. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde**. Rev Latino - Am Enfermagem 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>, (acessado em 03/09/2015).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília; 2002

MOORE L, DEEHAN A, SEED P, JONES R. **Characteristics of frequent attenders in a emergency department: analysis of 1-year attendance data**. Emerg Med J 2009.

NARVAI, PC. **Integralidade na atenção básica à saúde**. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV (org). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p.28-42.

OLIVEIRA, EXG; CARVALHO MS, TRAVASSOS C. **Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar**. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):386-402.

OLIVEIRA, G.M; et al. **Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada**. Ver. Latino-Am. Enfermagem. 19 (3) : (09 telas). Maio - Jun 2011.

OLMOS, RD. Usuários freqüentes de pronto-socorro. Disponível em:<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/2145/>. (acessado em: 02/09/2015).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus**. Recife: OPAS; 2005.

RIBEIRO, Manuel Carlos Sampaio Almeida; BARATA, Rita Barradas; ALMEIDA, Márcia Furquim, SILVA, Zilda Pereira. **Perfil sócio-demográfico e padrão de utilização de**

serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. Cien Saude Colet 2006.

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

SÁ, DA. **Proposta metodológica para classificação dos hospitais de urgência/emergência do SUS**. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde; 2005.

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

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da atenção básica**. São Paulo: SES/SP, 2009. p. 54.

SILVA, Nilza N; PEDROSO, Glaura C, PUCCINI, Rosana F, FURLANI Wellington J. **Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada**. Rev Saúde Pública 2000.

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.

SIMONS, DA. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa Saúde da Família**. [tese de doutorado]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães; 2008.161 p.

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

TRAVERSO-YÉPES M, MORAIS NA. **Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento.** Cad Saúde Pública 2004; 20(1):80-8.

VIEGAS, AM; ARAÚJO, MT; ALVES, M. **Demanda de Usuários em Unidade Básica de Saúde sem Estratégia de Saúde da Família** - Contagem-MG. Interseção, 2007; 1(1):33-50.

