

A PROBLEMÁTICA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Renata dos Santos Ribeiro Guzman^{1*}

Hilka Quinelato²

Valquiria Quinelato³

Resumo

O serviço de saúde em emergências tem sido objeto de estudo no cenário nacional e internacional. A superlotação dos serviços de urgência representa uma manifestação local de um problema que afeta a todo o sistema de saúde, o qual ocorre tanto no setor público quanto no privado. Sendo assim, o presente trabalho visa compreender o funcionamento dos serviços de urgência e emergência, mostrar o cenário atual dos serviços citados, analisar as causas e consequências da superlotação dos serviços de urgência hospitalar, evidenciar algumas estratégias que supram as necessidades deste sistema, destacando o programa de saúde de Investimento de Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS), aumento de Unidades de Pronto Socorro (UPAS) tendo como objetivo geral discorrer sobre motivos e consequências para superlotação nos serviços hospitalares de urgência. Este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica com base em artigos científicos e publicações do Ministério da Saúde (MS) que abordassem o tema sobre superlotação e características dos usuários que procuram o serviço de urgência e emergência. Neste sentido, constata que a principal forma de resolução para problemas como esse é a implementação de políticas públicas.

Palavras-chave: Superlotação. Serviços de Saúde. Urgência. Emergência.

¹Mestranda em saúde Coletiva pela Facultad Interamericana de ciencias sociales (FICS). E-mail: enf_renatinha2007@hotmail.com

²Mestranda em Saúde Coletiva pela Facultad Interamericana de ciencias sociales (FICS). E-mail: hilka_enfermagem@hotmail.com

³Pós-doutoranda em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense (UFF),). Email: valquiriaquinelato@yahoo.com.br

Abstract:

The work of health in emergencies has been object of study in the national and international scene. The overcrowding of emergency services represents a local manifestation of a problem that affects the whole health system, which occurs in both the public and private sectors. Thus, the present study aims to understand the functioning of emergency and emergency services, to show the current scenario of the services cited, to analyze the causes and consequences of overcrowding of hospital emergency services, to highlight some strategies that meet the needs of this system, highlighting the Unified Health System Qualification Investment health program (QualiSUS), First Aid Units (UPAS) increase with the general objective of discussing the reasons and consequences for overcrowding in emergency hospital services. This study was developed through a bibliographical review based on scientific articles and publications of the Ministry of Health (MS) that addressed the topic of overcrowding and characteristics of users who seek the emergency and emergency service. In this sense, the authors note that the main way of solving problems such as this is the implementation of public policies.

Keywords: Overcrowding. Health Services. Urgency. Emergency.

Resumen

Los servicio de salud en emergencias viene siendo objeto de estudio en el escenario nacional e internacional. El hacinamiento de los servicios de urgencia representa la manifestación local de un problema que afecta todo el sistema de salud, lo cual ocurre tanto en el sector público cuanto en el privado. De esta manera, el presente trabajo busca comprender el funcionamiento de los servicios de urgencia y emergencia, mostrar el escenario actual de los dichos servicios, analizar las causas y consecuencias del hacinamiento de los serviços de urgencias hospitalarias, mostrando algunas estrategias que cumplan las necesidades del sistema, destacando el programa de salud de “Investimento de Qualificação do Sistema Único de Saúde - QualiSUS”, incremento de Unidades de Primeros Auxilios (UPAS) teniendo como objetivo general discursar sobre los motivos y consecuencias del hacinamiento en los servicios hospitalarios de urgencia. Este estudio fue desarrollado por medio de una revisión bibliográfica basada en em artículos científicos y publicaciones del Ministerio de Salud (MS) que abordasen el temario sobre hacinamiento y características de los usuarios que buscan el

servicio de urgencia y emergencia. Asimismo, concluye que la principal forma de resolución para ese problema es la implementación de políticas públicas.

Palabras clave: Hacinamiento. Servicios de Salud. Urgencia. Emergencia.

1 INTRODUÇÃO

A palavra emergência significa ocorrência de perigo, situação crítica, incidente, imprevisto (Dicionário Online de Português, 2019). A definição introduz critérios que caracterizam sua ocorrência: caráter repentino e imprevisto, assim como o seu caráter crítico e perigoso. Uma emergência na área da saúde corresponde a um 'processo com risco iminente de morte, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação', Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo. Já a palavra urgência representa 'um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de morte eminente, danos permanentes graves. Nesse caso, há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatal, porém, não existe um risco iminente de morte. Representa situações como fraturas, feridas lacero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc (GIGLIO; JACQUEMOT, 2005).

A abertura de grandes unidades hospitalares de urgência foi uma tentativa de atender de forma mais rápida as pessoas que superlotava as portas das unidades de saúde. Tal fato ocorreu devido às constantes crises que o sistema de saúde brasileiro passou. Entretanto, essa estratégia fez com que aumentasse a demanda da população em grandes hospitais terciários, os quais se tornaram-se uma porta de acesso mais rápida ao atendimento, tendo como solução para os diversos problemas de saúde menos graves e cotidianos (ROCHA, 2005, MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009, REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012, SILVA et al., 2018).

O processo de trabalho em um pronto-socorro geralmente é intenso, principalmente no que tange as unidades que funcionam de portas abertas e

com demanda espontânea, sendo a realidade da maioria dos grandes hospitais do pronto atendimento brasileiro (MAGNO. et al., 2011). Essa demanda espontânea transformou essas unidades na principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA et al., 2016). Por outro lado, observa-se uma considerável e crescente gravidade com que acidentes de trânsito, tragédias ambientais e episódios envolvendo violência interpessoal vêm ocorrendo no Brasil (MAGNO. et al., 2011).

Outras situações que agravam a problemática da superlotação dos serviços de pronto atendimento é o crescimento são crescimento desordenado da população sem condições adequada de saneamento básico, envelhecimento populacional proporcionando maior ocorrência de doenças cardiovasculares, poluição consequente do crescimento industrial (BRASIL, 2006; ANDRADE et al., 2009,).

Esse cenário brasileiro resulta no fluxo invertido de pacientes entre os serviços de saúde da rede básica e os serviços da alta complexidade acarretando frequentemente em situações de superlotação dos Prontos-Socorros. Estes passaram a ser o principal local de triagem dos serviços de saúde, sobrecarregando sua equipe multidisciplinar (OHARA; MELO; LAUS, 2010, CUNHA et al., 2019).

Dessa forma, a imprevisibilidade da demanda aliada à gravidade e à complexidade torna esse cenário um verdadeiro desafio e um dos setores mais importantes de um hospital, onde a assistência prestada deve primar por uma qualidade de nível elevado e ser qualificada para todas as adversidades possíveis para responder às expectativas dos usuários (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo apresentar a problemática dos serviços de Urgência e Emergência no âmbito de atendimento do SUS.

O presente artigo apresenta o perfil dos demandantes dos Serviços Hospitalares de Emergências, chamados Prontos Socorros. Sabe-se que esses, ainda são as principais portas de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo-se que essa situação provoca uma demanda de pacientes: emergenciais que necessitam de atendimento rápido

e os ambulatoriais aumentando o tempo de atendimento, gerando um desgaste físico e psicológico, aumentos de custo assistencial e insatisfação dos mesmos, dificuldade para a organização do trabalho por parte dos profissionais (SILVA et al., 2016).

Utilizou-se como base metodológica uma revisão literária pesquisando as bases de dados de livre acesso os títulos de estudos que continham as palavras chaves selecionadas. Na classificação dos resumos, os critérios de inclusão como base de dados LILACS, CINAHL, SciELO, Web of Science, SCOPUS e BDNF, utilizando os descritores: humanização da assistência, urgências, emergências, serviços médicos de emergências, superlotação e enfermagem.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Panorama Geral do SUS - Agenda Internacional e Nacional

Dentro dos Sistema Único de Saúde Brasileiro, Atenção Básica a saúde, na teoria, deveria constituir a porta de entrada principal da população aos serviços de saúde, contudo devido a alguns fatores ela esta sendo substituída por ambulatórios e serviços especializados de média e alta complexidade. A reduzida ampliação desta atenção e o número diminuído de ações ofertadas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) resultam diretamente na pouca qualidade e baixa resolutividade desse serviço. Não alcançando o objetivo de 85% da demanda neste nível. (BRASIL, 2004).

A partir de 1999 as urgências e emergências passam a ser regulamentadas pelo Ministério da Saúde, estabelecendo seus princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, as normas de funcionamento, organizando a classificação e os critérios para habilitação dos serviços que participam dos Planos Estaduais de atenção as urgências e emergências quais sejam: regulação médica de urgência e emergência, atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar, além da criação dos

núcleos de educação em urgência, que visa à capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2006).

Em outubro de 2011, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria Ministerial de nº 2.395, que reorganiza o componente da Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um dos objetivos ampliar e qualificar as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, além de reorganizar as linhas de cuidados prioritários de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular (BRASIL, 2011).

O perfil do financiamento público da assistência médico – hospitalar apresentou uma redução significativa. Em 1995, a assistência hospitalar correspondia a 65,42% dos gastos com ações e serviços de saúde, em 2005, correspondia a 43,83%. Carvalho em estudo recente (2007) identificou que nesse mesmo período o valor médio das internações aumentou de R\$ 252,44 para R\$ 608,68, e os custos gerais com a saúde aumentaram acima de 10%, descontada a inflação. Um das consequências foi que a oferta de leitos do setor privado para o SUS caiu de 43,99% em 1995 para 29,59% em 2005, diminuição essa compensada, em parte, pelo aumento da oferta de leitos públicos e entre os hospitais filantrópicos. (Carvalho, D.M.T, 2017.p.06)

O'Dwyer (2009), enfatiza que nos últimos anos a procura pelo atendimento nos serviços públicos hospitalares e de emergência tem aumentado consideravelmente. Por outro lado, estes serviços estão sendo utilizados indevidamente, devido o fato de que 65% dos usuários atendidos poderiam ter seu atendimento garantido em ambulatório; desses 36% não darão seguimento ambulatorial à patologia motivacional aumentando a reincidência e em consequência, o acúmulo de doentes nos serviços de emergência nos serviços de emergências nos setores públicos e privados no Brasil e em outros países em desenvolvimento, e até nos países desenvolvidos.

Os usuários possuidores de planos de saúde privados também são atendidos, quando necessitam, pelas urgências e emergências do SUS. Em alguns casos dão entrada em hospitais públicos, acrescentando ainda que, o atendimento de urgência esta muito distante do adequado, em especial as vitima de violência e acidentes de transito (BRASIL, 2003).

Segundo Neto (2007), a população acima de 65 anos de idade recorre quatro vezes mais as internações do que o restante da população. Segundo estudos do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas, 46% do aumento da demanda por leitos hospitalares até 2027 estarão correlacionados com o aumento da expectativa de vida na população. Este fato terá impacto direto na assistência hospitalar, pois acarretará aumento da morbimortalidade e comorbidades ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas.

Nos Estados Unidos, foi criado em 1988 o “*Emergency Severity Index – ESI*” frente a situação da superlotação nas urgências e emergências, uma triagem de classificação de risco, com o objetivo de organizar a prioridade de atendimento na emergência de acordo com a gravidade dos pacientes, determinando o tempo máximo aguardando assistência médica em cada uma delas. O diferencial desta estratégia em relação a outras triagens é que ela leva em consideração o que será gasto com cada doente até que se determine se o mesmo será internado ou receberá alta (GILBOY et al., 2005)

Estima-se que nos Estados Unidos, a dor torácica foi a queixa de 5,8 milhões de indivíduos, dos 113 milhões que deram entrada em serviços de pronto-atendimento (PA). Consoante ao cenário mundial, no Brasil, anualmente há 4 milhões de atendimentos por queixa de dor torácica. As doenças cardiovasculares (DCV) representam um grupo das doenças que podem provocar o sintoma da dor no peito, cuja incidência tem crescido nas últimas décadas. Somente em 2011, houve em todo o mundo, aproximadamente 20 milhões de indivíduos acometidos por DCV, sendo que destas, 12 milhões foram a óbito. No Brasil, as DCV figuram como primeira causa de mortalidade, tendo motivado, no ano de 2009, 1 milhão de internações, com custo de 1,9 bilhão de reais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o infarto Agudo do miocárdio acomete 1 milhão de pessoas por ano e é responsável por 466.000 óbitos (Miranda; Rampelotti 2019).

Estudo prospectivo em Adıyaman, uma cidade e distrito situada no sudeste da Turquia, avaliaram o tempo de permanência em Departamentos de Emergências e o efeito do uso de aplicativos de mensagens seguras (WhatsApp) em consultas médicas e tempo do atendimento. Os autores basearam-se no fato de que, frequentemente, durante uma consulta nestas

unidades, os médicos de plantão têm por hábito a obtenção de opinião de outras especialidades para a definição diagnóstica, condutas e planejamento terapêutico. Nesta perspectiva, ficou evidenciado uma redução total dos tempos de permanência e também de consulta, além de reduzir quase metade dos casos que aguardavam por interconsultas sendo mais uma possibilidade estratégica para a redução da superlotação nas emergências (GULACTI; LOK, 2017).

No Brasil médicos e enfermeiros têm múltiplos empregos sendo contratados para plantões, denominados, neste caso, como diaristas, particularmente nos hospitais públicos, em que a mesma equipe não se responsabiliza pela atenção ao mesmo paciente, ocorrendo ausência de vínculo profissional-paciente, durante o processo terapêutico causando a fragmentação deste processo. Para os profissionais nos serviços de emergência as primeiras características são: a) esgotamento físico e mental dos profissionais; b) abandono da evolução clínica dos pacientes aguardando vaga para internar; c) inobservância dos direitos dos pacientes; d) profissionais; e) desestruturação técnica e operativa das equipes de plantão; f) despreparo no atendimento dos casos emergenciais. A segunda característica refere-se à forma de acolhimento dos serviços de emergência, onde os seguranças definem a prioridade do atendimento. Talvez aqui, se identifique o aspecto mais grave do atendimento, quando o indivíduo, fica exposto a um critério empírico de seleção dos seus problemas, em que os casos graves não são priorizados (BITENCOURT, 2009).

3.2 Avanços e Retrocessos no Brasil nas últimas Décadas

A superlotação nos serviços de urgência e emergência é definida, com os seguintes indicadores: A maioria dos pacientes nos corredores são devido à falta de leitos disponíveis; não recebimento de ambulâncias por conta saturação operacional; sala de espera para consulta médica lotada; equipe de profissionais encontra-se no limite da exaustão e mais de uma hora de espera para o atendimento médico (BITTENCOURT, 2009).

O número crescente de vítimas de violências e acidentes demonstra o impacto desses agravos como problema de relevância em Saúde Pública. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período de 2002-2020 indicam aumento na mortalidade por causas externas,

especificamente em decorrência de acidentes de trânsito e violências. No mundo, os acidentes de trânsito provocam, por ano, cerca de 1,3 milhões de óbitos e 20 a 30 milhões de pessoas vivem com sequelas decorrentes desse tipo de agravo. (ANDRADE et al., 2012).

No ano de 2009, foram registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) 884.665 internações referentes às causas externas, com um custo total de aproximadamente 860 milhões de reais. A primeira posição entre as internações por causas externas é ocupada por lesões acidentais, que incluem quedas, queimaduras e afogamentos, entre outros. (ANDRADE et al., 2012).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no Brasil em 2018 existem 312.622 hospitais gerais, dos quais 343 são Prontos - socorros gerais, 952 hospitais especializados e 75 Pronto-socorro especializados. No Espírito Santo tem 87 hospitais gerais, 16 hospitais especializado, 4 pronto socorro geral e 30 unidade de Pronto atendimento.

Os acidentes de transporte terrestre e as causas externas sem classificação específica ocuparam a segunda e terceira colocações na lista de internações por causas externas em 2009, com 134.317 e 81.038 respectivamente. As taxas de internação por causas externas variam de 25 por 100 mil habitantes para as violências (agressões e lesões autoprovocadas) a 279 mil internações por 100 mil habitantes para as demais causas externas de lesões acidentais, no mesmo ano. (ANDRADE et al., 2012).

Desse modo surgiu um método de classificação de risco dos pacientes que necessitam de atendimento mediato e imediato através do acolhimento que assume uma postura ética não um espaço local, não existe um profissional específico para exercê-lo, mas está implícito o compartilhamento de saberes, angústias, dúvidas e invenções. Tem como diretriz ético/estético/política a maneira de se produzir saúde como ferramenta tecnológica no processo de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilidade e resolutividade. Com o acolhimento, o profissional

pode garantir o atendimento focado no paciente de acordo com as suas necessidades, priorizando as ocorrências com um maior potencial de risco a vida, além de acompanhar, sinalizar e encaminhar o paciente na continuidade de resolução de seu problema. Mas, em muitas vezes esse atendimento não é tão eficiente e ágil devido a inúmeros problemas e obstáculos como, por exemplo, o aumento do número de pacientes que procuram atendimento na unidade de emergência, que ocasiona na dificuldade da execução de todos esses princípios (BRASIL, 2009).

O Projeto de Investimento de Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS) é uma proposta de intervenções para apoiar a organização de redes regionalizadas de atenção a saúde no Brasil. (BRASIL, 2009). O QualiSUS nas urgências e emergências tem por finalidade: eliminação das filas através do acolhimento de pacientes; realização de Classificação de risco para dar prioridade aos casos mais graves; fluidez no atendimento aos usuários a partir de um sistema de sinalização; informatização e reorganização dos hospitais; implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) (BRASIL, 2004).

O sistema Kanban originada no Japão nas emergências hospitalares pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Dessa forma, através dessa ferramenta podemos identificar o paciente, identificar a equipe responsável, localizar o paciente na emergência, indicar o tempo de permanência, entre outros. Agregado a ele, é preconizado, no monitoramento, a reclassificação de risco dos pacientes em observação/internados na Emergência, sendo realizada pela enfermagem a cada 12 horas, utilizando-se um protocolo de Classificação de Risco validado (HEISLER, 2012).

Estudos do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) comprovam que a utilização do Sistema de Triagem de Manchester (STM) tem alcançado o objetivo de estabelecer tempo de espera e romper com o atendimento por ordem de chegada, organizando a rede de atenção com racionalização, resolutividade, equidade do acesso e humanização dos serviços de saúde, através do acolhimento, utiliza-se o ordenamento estratificado na forma de, no mínimo, quatro cores para classificar os agravos:

vermelho (emergência); amarelo (urgência); verde (menor urgência); e azul (não urgência), representando, respectivamente, a escala do maior ao menor risco, segundo critérios clínicos estabelecidos por protocolos institucionalizados (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

O'Dwyer (2009), após entrevistas com chefias médicas e de enfermagem de emergências de oito hospitais públicos, de quatro estados brasileiros, que recebem financiamento do programa QualiSUS, concluiu que apenas dois tem influência deste programa. Apesar de que todos receberam incentivos federais. Conforme Delavor (2011), outra alternativa de programa do SUS é o das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS 24 horas) que dispõem de serviços de rx, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. O modelo se expandiu nacionalmente a partir de 2009, e tem como objetivo ampliar a assistência, diminuir filas nos pronto-socorros dos hospitais e evitar que casos de menos complexidades sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

Apenas sete estados da federação agregavam perto de 90% das UPAs em funcionamento, com destaque para o Rio de Janeiro, com maior número de unidades no país, tendo sido primeiro a implantar UPAs, antes mesmo da regulação federal. Atualmente, são 291 UPAs em funcionamento, das quais 68,3% foram construídas com recursos do Governo Federal. AS UPAs em funcionamento nas regiões sudeste onde prevaleceu a maioria com 156, Nordeste é de 69, no Norte 13, Centro Oeste 18, no sul 35. O número de UPAs atualmente em execução indica que este irá triplicar nos próximos anos, mantendo, porém, a atual distribuição dessas unidades entre as regiões do país. Nota-se, dessa forma, que as UPAs estão em franca expansão, apesar das dificuldades identificadas até o presente (O'DWYER; KONDER, 2015).

Silva (2005) relatou que a partir de 2002 surgiu o Programa de Internação Domiciliar (PID), no âmbito do SUS, que inclui procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológico e de assistência social, proporcionando cuidado integral aos usuários no seu domicílio. É uma diretriz do Ministério da Saúde realizada pela rede básica de saúde no intuito garantir humanização e conforto a população. Só ocorre se houver condições

clínicas do usuário e situação da família o permitir. O PID tem como finalidade promover a desospitalização, em parceria com as equipes de saúde da família, amplia os cuidados a pacientes mais complexos e aumenta a participação dos serviços comunitários em procedimentos considerados como hospitalares. E desta forma melhorar a efetiva utilização do “cobiçado” leito hospitalar (BITTENCOURT, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, essa é uma proposta de intervenções que visam apoiar à organização de redes regionalizadas de atenção a saúde no Brasil, visto que o foco é a busca pela qualidade nos serviços de saúde, principalmente nos de emergência (BRASIL, 2009). As estratégias a serem adotadas pelo QualiSUS, segundo BRASIL (2009), são:

- Apoiar o desenvolvimento de redes de atenção à saúde em regiões metropolitanas e não metropolitanas definidas pelo Ministério da Saúde;
- Intervir, em cada um dos componentes da rede de serviços de saúde existente em cada região, na perspectiva de estruturação de uma rede integrada de atenção à saúde;
- Estimular o desenvolvimento de linhas de cuidado pré-definidas como um dos elementos de qualificação do cuidado em saúde;
- Investir prioritariamente na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) de média complexidade e de urgência e emergência, dando prioridade para a adequação da capacidade instalada de serviços de saúde e do parque tecnológico;
- Para o desenvolvimento de recursos humanos e para a implementação de novos processos e tecnologias de gestão;
- Integrar a alocação de recursos de investimento ao conjunto de iniciativas de desenvolvimento de recursos humanos e de implementação de novos processos e tecnologias de gestão;
- Fortalecer os mecanismos e instrumentos de gestão governamental e organizacional em apoio à estruturação das redes de atenção à saúde.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que em sua totalidade diminua o fluxo de atendimentos ambulatoriais como trocas de receitas e atestados desnecessários no Pronto atendimento Municipal do sul do Estado e que esses usuários consigam serem atendidos nas unidades básicas de saúde mais próximas e que a população tenha consciência que o serviço de urgência e emergência será prioridade para os pacientes com risco iminente de vida, conseqüentemente que as políticas públicas de saúde estejam voltadas para aberturas de um maior número de Unidades Prontos Socorros (UPAS).

Diante da problemática do pronto socorro, o setor de urgência e emergência necessita da funcionalidade da saúde primária e das redes especializadas para que o serviço possa cumprir sua proposta primordial: atendimento de urgência e emergência.

4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luciene Miranda de; MARTINS, Emanuelle Carlos; CAETANO, Joselany Afio; SOARES, Enedina; BESERRA, Eveline Pinheiro; Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 1, p.151-157, 2009.

ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo; SA, Naíza Nayla Bandeira, CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira; LIMA, Cheila Marina; SILVA, Marta Maria Alves; NETO, Otaliba Libânio Moraes; MALTA, Deborah Carvalho. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. *Revista Epidemiológica Serviço Saúde* v.21 n.1 Brasília mar. 2012.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* v.25 n.7, Rio de Janeiro. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde** – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). – 2º Ed., 3ª reimpressão. – Brasília: IDEC, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmações dos seus princípios e diretrizes** – 2º Ed. Atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011. **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília 2011.

CARVALHO, D.M.T; Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciências. Saúde coletiva** vol.12 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2017.

CUNHA, Viviane Pecini da; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTOS, José Luís Guedes dos, MENEGON, Fernando Henrique Antunes; NASCIMENTO, Keyla Cristiane do. Atención a pacientes en situación de urgencia: del servicio pre hospitalario móvil al servicio hospitalario de emergência. **Revista eletrônica enfermagem actual em Coata Rica**, n 37,2019.

DELAVOUR, Adriano De; RODRIGUEZ, Bruno; MACHADO, Katia. **O SUS que não se vê**. Radis, Comunicação em Saúde, nº 104 Abril 2011. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2011.

Dicionário online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>. Acesso em 20/06/2019

GILBOY, Nicki; TANABE, Paula; TRAVERS, Debbie A; Rosenau Alexander M. **Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005 95p. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf>. Acesso: 2 julho de 2019.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle Jacquemot. **Definições de urgência e emergência: critérios e limitações**. In: **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection, p. 15-26. ISBN 978-85-7541-378-4.

GULACTI, Umut; LOK, Ugur. Comparison of secure messaging application and standard telephone usage for consultations on Length of Stay in the ED. **Appl Clin Inform**. 2017;8(3):742-753. doi:10.4338/aci-2017-04-ra-0064.

JONES, Kevin Mackway; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill; **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 2º edição. Minas Gerais, 2018.

HEISLER, Paulo Alexandre Aplicação da metodologia kanban como ferramenta adaptada para gestão de “leitos” na emergência. 2012. 25 f.

Trabalho de Conclusão de Curso Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde - Instituto de Comunicação e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, 2012.

MAGNO, Tânia Solange Bosi de Souza; ROSA, Tiago de Paula; TAVARES, Juliana Petri; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; SCHIMIDT Maria Denise, SILVA, Rosângela Marion. Perfil dos Pacientes Atendidos Na Sala De Emergência Do Pronto Socorro De Um Hospital Universitário. Rio Grande do sul: **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, 2011.**

MIRANDA, Andreia Valeria de Souza; RAMPELLOTTI, Luís Fernando. Incidência da queixa de dor torácica como sintomas de Infarto Agudo do miocárdio em uma unidade de Pronto atendimento. **BrJp.** São Paulo, janeiro –Março 2(1):44-8, 2019.

MORISHITA, Alessandra; SILVA, Eunice Alves; SOUZA, Michelle Aparecida Moraes de. Concepção de triagem x demanda crescente do atendimento em unidades de urgência e emergência. **Revista Ponto de Encontro.** v. 1. p. 196-209, 2009.

NETO, Gonçalo Vencina; MALIK, Ana Maria. **Tendências da Assistência Hospitalar**, Ciências e Saúde Coletiva Jul -Ago.,vol. 12. Associação Brasileira de Pós-graduação e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007.

OHARA, Renato; MELO Marcia Regina Antonietto da Costa; LAUS, Ana Maria. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto-socorro. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 749-754,2010.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; Seta, Marismary Horsth de Seta. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS.** vol.14 no.5 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2009.

O'DWYER, Gisele; KONDER, Mariana; **As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências.** Physis: Revista Saúde Coletiva. vol 25n.2 Rio de janeiro. Apr-Jun 2015.

REHEM, Tania Cristina Moraes Santa Barbara; CIOSAK, Suely Itsuko; EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto Contexto: Enfermagem.** Florianópolis, v. 21, n. 3, set. 2012.

ROCHA, Andréa Fonseca Silva. Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2005. 97f. **Dissertação 6477(Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.**

SILVA, Kênia Lara ; SENA, Roseni; LEITE, Juliana Carvalho Araújo; SEIXAS, Clarissa Terenzi; GONÇALVES, Alda Martins. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** vol.39 no.3 São Paulo June 2005.

SILVA, Vanessa Ceravolo Gurgel da; HAYASHI, Andrea Mayumi Loureiro; NISHIO, Elizabeth Akemi; FERNANDES, Ivone Regina; MANSUR, Nacime Salomão. **Implantação de Equipes de Referência num pronto socorro municipal**. São Paulo: Faculdade de ciências e Tecnologia do Maranhão, 2016.

SILVA, Amanda Mendes Silva Mendes INVENÇÃO, Andréa Santos. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **UNILUS Ensino e Pesquisa**. v. 15, n. 39, 2018.