

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VILMAR MARCOLINO DE OLIVEIRA JÚNIOR**

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:  
UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2018**

**VILMAR MARCOLINO DE OLIVEIRA JÚNIOR**

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:  
UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da UFCG, com requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador(a):** Me. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.

**Coorientador (a):** Dra. Francisca Bezerra de Oliveira

**CAJAZEIRAS – PB**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

- O483u Oliveira Júnior, Vilmar Marcolino de.  
Urgência e emergência no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão narrativa de literatura / Vilmar Marcolino de Oliveira Júnior. - Cajazeiras, 2018.  
60f. : il.  
Bibliografia.
- Orientadora: Profa. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento.  
Coorientadora: Profa. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.
1. Urgência 2. Emergência. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Assistência à saúde. I. Nascimento, Maria Berenice Gomes. II. Oliveira, Francisca Bezerrade. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título.

VILMAR MARCOLINO DE OLIVEIRA JÚNIOR

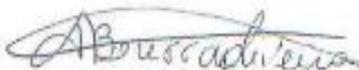
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:  
UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da UFCG, com requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

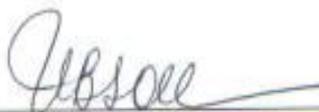
Cajazeiras – PB, 12 de dezembro de 2018.



Profª. Me. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro  
Professora Assistente II da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UFCG  
**Orientadora**



Profª. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira  
Professora Titular da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UFCG  
**Examinador**



Prof. Me. Wellington Bezerra de Sousa  
Professor Efetivo do Ensino Básico, Técnico e Tecnólogo - ETSC/UFCG  
**Examinador**

"Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível." (Charles Chaplin)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

Aos meus pais, Raimunda Gomes de Oliveira e Vilmar Marcolino de Oliveira (in memoriam), exemplos de humildade, coragem e simplicidade que me fizeram uma pessoa desceite, respeitosa e corajosa para buscar meus sonhos de forma digna com perseverança e muito trabalho. Obrigado por tudo o que fizeram por mim, sem que eu ao menos soubesse. Obrigado pela lição de amor que me ensinaram durante toda minha vida.

À minha esposa Nadylane Coura de Moraes pela admiração, carinho, apoio e paciência sempre.

Aos meus irmãos Ana Cleide, Cleiton e Klébio pelo companheirismo e por serem meus melhores amigos.

A minha professora orientadora Me. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, e a minha Co-orientadora Dr. Francisca Bezerra, pelo direcionamento, acompanhamento e intervenções sempre que preciso.

Ao professor Dr. Francisco Fábio Marques da Silva, pela sua motivação, seus ensinamentos e encorajamento durante essa caminhada.

À todos os professores do Curso de Enfermagem da UFCG Campus Cajazeiras, por toda troca de conhecimentos durante a longa caminhada acadêmica.

Agradeço aos meus colegas de sala e a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, seja de forma direta ou indireta, fica registrado aqui, o meu muito obrigado!

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 TIPO DE ESTUDO .....</b>	<b>13</b>
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	13
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	13
3.4 COLETA DE DADOS.....	14
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	14
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO I: AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....</b>	<b>15</b>
4.1 CONCEITUANDO O SUS .....	15
4.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS .....	19
4.3 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE .....	24
<b>CAPÍTULO II: A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CRITÉRIOS E LIMITAÇÕES ....</b>	<b>26</b>
4.4 CONCEITUANDO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	26
4.5 O ATENDIMENTO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	29
4.5.1 Acolhimento com Classificação de Risco.....	33
4.6 ESTRUTURA FÍSICA DO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	35
4.7 A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SEU COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR FIXO.....	37
4.8 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS (PNAU) .....	39
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>6 DISCUSSÕES.....</b>	<b>49</b>

**6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 52**

**REFERÊNCIAS..... 54**

OLIVEIRA JÚNIOR, Vilmar Marcolino. **Urgência e Emergência no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão narrativa de literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso – UFCG. Cajazeiras, PB. 2018. 60p.

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por instituições que ofertam diversos serviços, nos quais seguem um nível hierárquico de assistência e é estabelecido de acordo com a necessidade de cada situação. O setor de Urgência e Emergência faz parte do atendimento de saúde com finalidades específicas, mas ao mesmo tempo acaba sendo uma porta de entrada fácil aos serviços de saúde que buscam atendimento e soluções rápidas para eventuais problemas de saúde, sejam eles simples ou de alta complexidade. O presente estudo objetivou averiguar, de acordo com a literatura científica, o serviço de Urgência e Emergência na Rede de Atenção à Saúde do SUS. Foi realizada uma revisão de literatura do tipo narrativa, descritiva de caráter qualitativo acerca do tema em estudo. Os artigos foram selecionados na base de dados do *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) no período de agosto a novembro de 2018, fazendo-se uso dos seguintes descritores: “Urgência” *and* “Emergência”, “Sistema Único de Saúde” *and* “Assistência à Saúde”. Observou-se que os serviços de Urgência e Emergência ofertados pelo SUS atendem diversas condições, sejam elas clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental entre outros, é composta por diferentes esferas de atenção, de maneira a fornecer ações necessárias ao atendimento clínico de urgência. Dessa forma, é de suma importância que seus componentes devam agir de forma integrada, organizada e sinérgica. Ressalta-se ainda que o atendimento seja transversal a todos os componentes, devendo estar presente o acolher, profissionais qualificados, oferta de informações e conseqüentemente a regulação de acesso a esses serviços. A assistência ao paciente crítico está diretamente correlacionada às políticas públicas de saúde de organização do processo de trabalho da equipe, a humanização da prática do cuidar, na qualidade da organização do ambiente hospitalar e na ampliação da acessibilidade e infraestrutura adequada ao atendimento. É importante destacar que estudos dessa natureza, são fundamentais, pois atuam de maneira a promover a criação de novos conhecimentos sobre o tema pesquisado e complementam outros estudos.

**Palavras-Chave:** Urgência. Emergência. Sistema Único de Saúde. Assistência à saúde.

OLIVEIRA JÚNIOR, Vilmar Marcolino. **Urgency and Emergency in the Unified Health System context: a narrative review of literature**. Course Conclusion Work - UFCG. Cajazeiras, PB. 2018. 60p.

### **ABSTRACT**

The Unified Health System (SUS) is composed of institutions that offer various services, in which they follow a hierarchical level of care and are established according to the need of each situation. The emergency and Urgency sector is part of health care for specific purposes, but at the same time it is an easy gateway to health services that seek care and quick solutions to any health problems, whether simple or highly complex. The present study aimed to ascertain, according to the scientific literature, the Emergency and Emergency service in the Health Attention Network of SUS. A literature review was carried out of the narrative type, descriptive of a qualitative character about the topic being studied. The articles were selected in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) database from August to November 2018, using the following descriptors: "Emergency" and "Emergency", "Sistema Único de Saúde" and "Assistência the health". It was observed that the Emergency and Emergency services offered by the SUS meet several conditions, be they clinical, surgical, trauma, mental health among others, is composed of different spheres of attention, in order to provide actions necessary for urgent clinical care. In this way, it is of the utmost importance that its components must act in an integrated, organized and synergistic way. It should be emphasized that the attendance is transversal to all the components, and should be present the welcome, qualified professionals, offer of information and consequently the regulation of access to these services. Critical patient care is directly correlated to the public health policies of the organization of the team work process, the humanization of the practice of caring, the quality of the organization of the hospital environment, and the expansion of accessibility and adequate infrastructure for care. It is important to highlight that studies of this nature are fundamental, since they act in a way that promotes the creation of new knowledge about the researched topic and complements other studies.

**Keywords:** Urgency. Emergency. Unified Health System. Health care.

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, podemos relatar que a preocupação com as atividades que visem a assistência de Urgência e Emergência permearam durante muito tempo as ideias dos diversos órgãos que atuam na organização de serviços hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (LIMA et al., 2010).

O SUS é composto por instituições que ofertam tipos de serviços, nos quais seguem a um nível hierárquico de assistência, e é estabelecido de acordo com os níveis de necessidade de cada situação. Esse tipo de sistema exige um certo grau de organização para que sua efetividade e atuação seja no intuito da promoção da saúde daqueles que são assistencializados pelos serviços oferecidos (CAVALCANTE, 2011).

Exibe também a real necessidade de uma criteriosa categorização dos serviços de saúde: Unidades básicas de saúde (UBS), Ambulatórios de Especialidades, Unidade de Atendimentos Pré Hospitalares e Hospitais. Apesar de toda essa organização, reconhece-se que há uma falha bastante visível nesse sistema, e um dos efeitos negativos dessa falha é o uso de forma incorreta dos setores de Urgência e Emergência hospitalares (ALMOYNA; NITSCHKE, 1999; CAVALCANTE, 2011).

O setor de Urgência e Emergência são partes do atendimento de saúde com finalidades específicas, mas ao mesmo tempo acabam sendo veículos de entrada fácil aos serviços de saúde que buscam atendimento e soluções rápidas para eventuais problemas de saúde sejam eles simples ou de alta complexidade. A organização desse tipo de serviço e os meios pelos quais os mesmos possam ser acessados devem ser monitorados a nível regional, aliando-se a isso o aperfeiçoamento da assistência a idade primária, sendo também atribuições de gestores e políticas à organização dentro dos conceitos do SUS aos que são vitimados por agravos e precisam de serviços de Urgência e Emergência de saúde (BRASIL, 2013; ROMANI et al, 2009).

Para a reestruturação e normatização desses serviços no âmbito do SUS, por meio da portaria nº 1.863/GM em 29 de setembro de 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi reformulada, sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a estratégia primária de efetivação dessa política. A Política Nacional de Atenção às Urgências preconizou a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, dirigida pelos princípios do SUS. Essa política estruturou-se em cinco eixos:

promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção (MACHADO, 2011).

De acordo com os preceitos normativos do SUS e os conceitos que o alicerçam, a atenção aos serviços de Urgência e Emergência devem estar estruturados em Redes de Atenção à Saúde, dispostos em formas organizacionais de atividades e serviços de saúde, de diversas formas tecnológicas, organizadas através de mecanismos de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando dessa forma a integração das práticas do cuidar. (Portaria GM/MS nº 4.279/2010).

Nesse contexto, nos surgiu o propósito de escrever sobre a temática supracitada e considerando tudo que já fora explicitado, resolvemos realizar um estudo que atenda a problemática sobre as produções científicas que abordam o serviço de Urgência e Emergência na Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Como discutido até o momento, a atual política de Urgência privilegia uma rede integrada de Urgência e propõe sua franca expansão. Infelizmente, essa política foi implementada de forma fragmentada, começando pelo SAMU e posteriormente regulando a UPA, propondo modificar o padrão de atendimento nos antigos prontos-socorros. Por esses argumentos, objetiva-se realizar, neste estudo, as produções científicas que abordam os serviços de Urgência e Emergência a Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Este estudo se justifica pela afinidade do pesquisador com a assistência aos cuidados de Urgência e Emergência, bem como pela percepção adquirida durante a vida acadêmica e aos trabalhos realizados como membro integrante da equipe do Serviço Móvel de Urgência.

Espera-se que este trabalho auxilie na compreensão sobre a rede de atenção as Urgências e Emergências do SUS, assim como as principais produções científicas na área e dessa forma, forneça informações da literatura sobre o tema, tanto para os profissionais que trabalham nesse setor como também para a população acadêmica ou demais que têm afinidades com os serviços de Urgência e Emergência, e assim percebam a importância e reflitam sobre o assunto proposto.

## **2 OBJETIVO**

Averiguar, de acordo com a literatura científica, o serviço de Urgência e Emergência na Rede de Atenção à Saúde do SUS.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura, do tipo descritiva, de caráter qualitativo, para a identificação e leitura de estudos e produções científicas que envolvam o tema: “Urgência e Emergência na Rede de Atenção à Saúde do SUS”.

Essa revisão narrativa visa realizar uma busca de produções literárias e analisar produções científicas na literatura indexada sobre os conceitos e ideias do presente tema, buscando para isso diversas fontes literárias, tais como artigos, revistas, periódicos e outras fontes que pudessem dar veracidade às informações aqui expressas.

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informações utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (BERNARDO, 2004).

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

Para atingir o objetivo proposto, foi utilizado uma pesquisa no Banco de Dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), buscando todas as produções científicas publicadas no período de 2008 a 2018, utilizando os seguintes descritores: “*URGÊNCIA*” AND “*EMERGÊNCIA*”, “*SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE*” AND “*ASSISTÊNCIA À SAÚDE*”.

#### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão para a presente pesquisa foram considerados artigos publicados e indexados na base citada e referida no período compreendido entre os anos de 2008 a 2018, que estivesse disponível o texto na íntegra, na versão português.

Como critérios utilizados para a remoção dos artigos, não utilizamos artigos que não estivessem de acordo com o período cronológico estabelecido para a busca de publicações que

seriam analisadas, ou seja, que antecedessem o ano de 2008 e que estivessem fugindo da proposta do estudo em questão.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2018, sendo definidos os materiais que apresentassem relação com a pesquisa em questão e que estivessem acessíveis ao pesquisador. Foram utilizadas pesquisas cadastradas na base de dados da Scielo, por utilizarem critérios formais para publicação.

A busca resultou em um total de 11 artigos. Destes, 5 artigos foram referências selecionadas que atendiam aos critérios de inclusão, das quais somente 03 artigos atenderem ao objetivo deste estudo.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

A avaliação e análise dos dados teve como objetivo organizar os dados coletados através da revisão de literatura, que compreendeu: dados da identificação do artigo (idioma, período de publicação, descritores/palavras chaves), sintetizando as informações obtidas e apresentando os resultados em tabelas. Em seguida os dados foram confrontados com a literatura pertinente e discutidos pelo pesquisador.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### CAPÍTULO I: AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

#### 4.1 CONCEITUANDO O SUS

No ano de 1988, por andamento da promulgação da Constituição da República Federativa brasileira, foi implementado no país o SUS, que passou a ofertar a todos os brasileiros acesso gratuito e de forma integral aos serviços de saúde. Atualmente o SUS é considerado um dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo, beneficiando milhões de indivíduos em todo o Brasil, realizando atendimentos ambulatoriais desde os mais simples aos mais complexos, como transplantes e tratamentos para o câncer. O SUS também oferta serviços de vacinação e atividades preventivas de assistência sanitária, como registros de medicações e controle de alimentos (FIOCRUZ, 2018). Observe o trecho a seguir acerca da implementação do SUS:

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o *impeachment* do presidente Collor (PAIM et al, 2011).

De acordo com a Secretaria Executiva de Saúde Pública (2005) o SUS é o conjunto de ações e de serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais ou por entidades a eles vinculadas. Esse sistema único surgiu diante da necessidade da reestruturação do quadro da saúde no Brasil, não sendo, portanto o sucessor do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) ou do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), mas um novo sistema em construção.

Além do acesso aos serviços de saúde (antes apenas para alguns grupos sociais) a inserção do SUS na sociedade brasileira representou uma modificação no conceito sobre como a saúde brasileira estava sendo encarada até então. Antigamente a saúde era encarada apenas como um condição de “não está doente”, isso fazia com que as políticas públicas de saúde visassem apenas a redução do surgimento de enfermidades. Com o surgimento do SUS, a saúde do Brasil passou a ser trabalhada de maneira a atuar na prevenção dos agravos das doenças, e a

organização das políticas de saúde passou a fazer parte do cenário da saúde brasileira (FIOCRUZ, 2018).

Para implantar a Rede de Atenção à Saúde, além do conceito ampliado adotado pelo ministério se faz necessária a decisão política do conjunto dos gestores do SUS para estímulo à organização e à implantação destas, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema, visando garantir os investimentos e recursos necessários a esta nova forma de atuar (BRASIL, 2011).

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal, O título VIII, capítulo II, seção II (Da saúde), o SUS possui as seguintes funções:

1. Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
2. Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
3. Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
4. Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
5. Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
6. Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
7. Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
8. Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Cabe ressaltar, que as propostas levantadas pelo Conselho necessitam da homologação do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo e para dar andamento ao processo, a cada quatro anos é convocada a Conferência Nacional de Saúde que tem como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde no âmbito Nacional, Estadual e Municipal. As conferências são as instâncias máximas de deliberação. Contudo, vale salientar que o Estado tem a obrigação de proporcionar condições básicas de vida à população que ultrapassam a problemática da saúde, entendendo a mesma enquanto uma complexa rede multicausal.

O SUS é norteado por alguns princípios de valores. A exemplos podemos citar a Universalidade, a integralidade, a preservação da autonomia, a igualdade da assistência à saúde,

o direito e divulgação de informações, etc. Alguns de seus conceitos podem ser destacados: descentralização político administrativa, o atendimento integral e a participação das comunidades (LIMA; RIVERA, 2010).

O SUS é fruto de uma extensa demanda de construção política e institucional, e teve início com a inserção da Reforma Sanitária, objetivando com isso as transformações das condições de vida da saúde da população brasileira. O tamanho dos números e os progressos conseguidos através do SUS, relatam o desenvolvimento dos processos de criação de serviços, dos resultados sanitários e da visão dos brasileiros acerca da aplicabilidade que esse sistema tem desenvolvido na saúde do Brasil (SOUZA, 2012).

Para tanto, é necessário ressaltar as conferências que foram peça chave para a criação do SUS. Segundo Brasil (2009):

**I Conferência (1941):**

- Campanhas sanitárias e combates as grandes endemias (lepras e tuberculose);
- Estudo para construção de um programa nacional de saúde;
- Forte influência da concepção higienista;

**II Conferência (1950):**

- Campanhas sanitárias;
- Combate à malária;
- Divulgação para a esfera governamental das ideias dos grandes sanitaristas;
- Forte influência da concepção higienista;

**III Conferência (1963):**

- Municipalização dos serviços de saúde;
- Fixação do Plano Nacional de Saúde;
- Modelo descentralizado de saúde;

**IV Conferência (1967):**

- Política permanente de recursos humanos na saúde;
- Sugestão de adoção de centros médico-sanitários;
- Estímulo à formação de centros de treinamento para pessoal auxiliar;

**V Conferência (1975):**

- Sistema nacional de saúde;
- Programa nacional de saúde materno-infantil;
- Racionalidade na distribuição da força de trabalho em saúde;

**VI Conferência (1977):**

- Retrocesso em relação às ações de saúde;
- Agravamento do déficit previdenciário;
- Destaque aos hospitais universitários;
- Equipes de saúde compostas por outros profissionais, além dos médicos;
- Ações preventivas e educacionais perdendo espaço para as formas privatistas e curativas na saúde;

#### **VII Conferência (1980):**

- Implantação do Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE);
  - Reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, incluindo as áreas de saneamento e habilitação;
  - Ampliação das ações preventivas e ênfase nos problemas de saúde coletiva;
  - Reafirmação da necessidade de formação profissional para os trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde;

#### **VIII Conferência (1986):**

- Marco na história das CNS;
- Ampliação do conceito de saúde;
- Preocupação com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS);
- Papel central na construção dos princípios do SUS;
- Ênfase em questões sobre a força de trabalho em saúde tendo como desdobramento as conferências nacionais de recursos humanos para a saúde.

#### **IX Conferência (1992):**

- Ratifica as propostas da VIII;
- Atenção para a força de trabalho em saúde, apontando para a necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS.

#### **X Conferência (1996):**

- Gestão e organização dos serviços de saúde;
- Enfoque sobre qualidade de vida;
- Controle social na saúde, em questões relacionadas à consolidação e ampliação do poder da autonomia dos conselhos de saúde;
- Financiamento da saúde, dispendo sobre a origem, a utilização, o controle e a fiscalização dos recursos do SUS;

- Recursos Humanos para a saúde, abordando a administração e a formação da força trabalho em saúde;
- Atenção integral à saúde, com deliberações sobre a atenção qualificada à saúde no âmbito do SUS;

**XI Conferência (2000):**

- Efetivação do SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social;
- Determinação de Programa de Agentes Comunitários da Saúde (Pacs) e o Programa da Saúde da Família (PSF).

#### 4.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

O SUS é entendido como um grupo de atividades e serviços voltados para a promoção da saúde, serviços esses prestados por entidades e instituições públicas, Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e também das entidades mantidas pelo poder público. Ressalta-se que a iniciativa particular poderá fazer parte dos serviços do SUS, mediante caráter complementar (POLIGNANO, 2001). Foram delimitados como princípios que regem os serviços oferecidos pelo SUS:

**UNIVERSALIDADE** - o acesso às ações e serviços devem ser garantidos a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

**EQUIDADE** - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

**INTEGRALIDADE** - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades (POLIGNANO, 2001, p.23).

Nos últimos tempos, o andamento de implementação e concretização do SUS, desde a época de seu surgimento na Constituição Federal, no ano de 1988, vem sendo elementos de vários instrumentos normativos, como uma maneira de fazer a regularização desse sistema e colocar na praticidade os objetivos, diretrizes e princípios do mesmo. O SUS tem sua gênese no marco jurídico inicial que é a Constituição Federal (CF), e traz em seus artigos 196 até 200,

o Registro do SUS, as diretrizes e alguns princípios que estão dispostos no artigo 198 da CF. Em concordância ao que foi exposto, podemos analisar abaixo (SOUSA, 2017):

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. ”

Uma vez criado o SUS, era imprescindível que houvesse uma regulamentação, essa ocorreu em 1990 com a publicação de duas Legislações Orgânicas da Saúde (LOS):

I. Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

II. Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Todos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, estão promulgados na Constituição Federal de 1988, regidos e reafirmados no capítulo II, do artigo 7º de Lei 8.080/90.

Os seguintes componentes foram considerados para a organização da rede de atenção integral às urgências: pré-hospitalar fixo (unidades básicas de saúde e de saúde da família, equipes de agentes comunitários, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências); pré-hospitalar móvel (SAMU); hospitalar; e pós-hospitalar (atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral) (SANTOS, 2003).

Os princípios e diretrizes do SUS estão na Constituição Federal de 1988, regulamentados e “reafirmados” no capítulo II, artigo 7º da lei 8.080/90 (SOUSA, 2017). Dos Princípios e Diretrizes se pode mencionar que:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios.

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.”

A Universalidade é um princípio conhecido como finalístico, é um dos pilares do SUS no qual prioriza um ideal a ser alcançado. Logo, esse é um dos caracteres desse sistema que se almeja criar e uma trilha que se deve seguir. Para que essa característica de Universalidade possa fazer do SUS algo condizente, há a necessidade de se realizar um processo de Universalização, ou seja, atividades de ampliação da cobertura dos serviços de maneira a vir progressivamente a tornar-se acessível a todas as populações. Já a integralidade acaba sendo considerada como uma pequena parte do modelo de atenção, subentendendo-se que esse modelo vise o conjunto de atividades e ações que promovam a saúde, previnam os riscos e complicações, assistência e restauração do estado doença (SILVA, 2013).

Os conceitos de integralidade fazem referência ao leque de possibilidades que atuam de maneira a promover a saúde da população, implicando a sistematização do grupo de atividades

que possa vir a ser desenvolvidas para o enfrentamento das dificuldades e a assistencialidade à saúde. E se tratando de mais um princípio finalístico, esse acaba sendo ainda muito discutido em reformas de saúde no Ocidente (BRASIL, 2000).

O conceito de equidade nos propõe um olhar sobre tratar de forma igualitária os desiguais, e dessa maneira atuar na busca pela oportunidade de qualidade de vida e desenvolvimento sociocultural entre a sociedade, para todos de forma igualitária (BRASIL, 2012).

Segundo os estudos de Costa e Carbone (2009), a estruturação do SUS, diretrizes organizativas objetivam o planejamento e a organização da funcionalidade do sistema de saúde, e está pautado em:

- A) Regionalização (FIGUEIREDO et al., 2008);
- B) Hierarquização: Os serviços do sistema de saúde devem ser organizados por níveis de atenção, sendo essa organizada de forma crescente conforme sua complexidade:
  - 1) Nível primário: Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família (ESF);
  - 2) Nível Secundário: Especialidades médicas, policlínicas, hospitais locais e laboratórios;
  - 3) Nível terciário: Policlínicas especializadas, hospitais gerais e hospitais de base, centro de diagnóstico e imagem;
  - 4) Nível Quaternário: Hospitais Universitários e engenharia genética (COSTA; CARBONE, 2009);
- C) Resolutividade
- D) Descentralização, e Participação dos cidadãos (VASCONCELOS PASCHE, 2006).

A Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências Estaduais, Regionais e Municipais, norteadas pelos princípios do SUS. Essa política estruturou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção (SANTOS, 2003).

O Ministério da Saúde adota como direito social e de cidadania e como resultante das condições de vida da população, a garantia de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, sendo que a necessidade de se trabalhar dentro deste conceito amplo de saúde deve direcionar a intervenção e a resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção e

prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento (BRASIL, 2011).

Neste sentido foram definidas três dimensões pretenciosas no Pacto pela Saúde em 2006, o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela vida e o Pacto de Gestão. Vejamos abaixo as principais considerações de acordo com o CONASS (2006).

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde;

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas;

Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

As prioridades do Pacto pela vida:

Compromisso entre os gestores em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Definição de uma agenda comum, enxuta, com metas pactuadas e revisão anual;

Prioridades estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais;

O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica/Primária.

As prioridades do Pacto em gestão:

Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação;

Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Além disso, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às Urgências, enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, visando reduzir o alto custo socioeconômico, além dos sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências, doenças cardiovasculares e outros agravos que necessitam de intervenção oportuna, organizada e efetiva (BRASIL, 2011).

Portanto, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. É importante ressaltar que o SUS segue as mesmas doutrinas e princípios organizativos em todo o território nacional (CONSAUDE, 2005).

#### 4.3 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Segundo Alves (2011) o departamento de Urgência e Emergência tem sido o responsável pela acessibilidade aos diversos atendimentos que ocorrem e ao elevado fluxo de prestação de serviços de saúde de forma desorganizada, o que tem sobrecarregado esse tipo de atendimento. Diante desse quadro, verifica-se a importância de uma reorganização nas atividades que visam a assistencialidade à saúde da população.

O SUS estabelece que as atividades que objetivem a promoção da saúde sejam descentralizadas, regionalizadas ou hierarquizadas, entretanto essa deverá ser feita de maneira a agrupar serviços complexos, baseando-se nos níveis de assistência a saúde. Podemos relatar que a atenção básica de saúde é caracterizada por ações no âmbito coletivo e individual, que visam a promoção e a proteção de atividades voltadas para o reestabelecimento e manutenção da saúde (BRASIL, 2006; SANTOS, 2003).

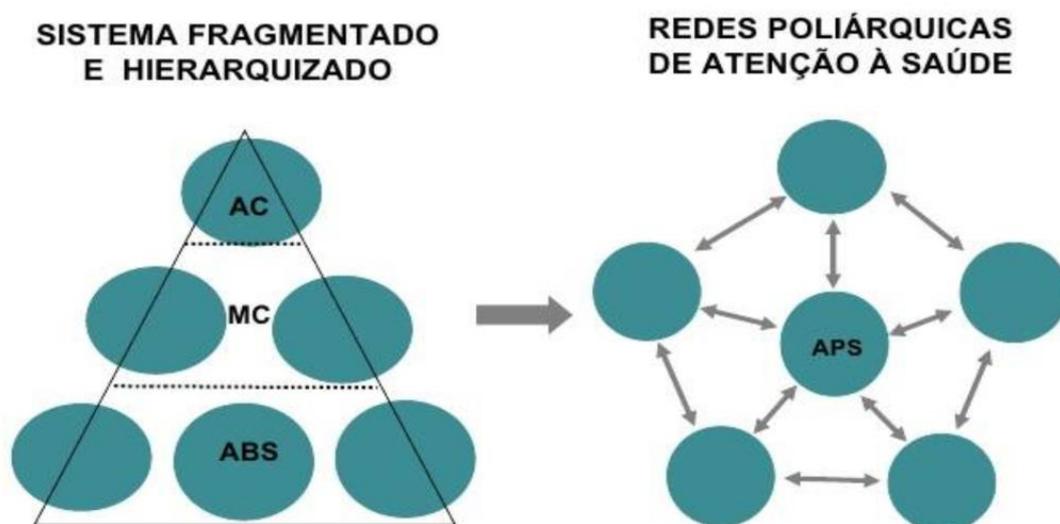
O estabelecimento de critérios para o atendimento as Urgências e Emergências deve ser feito em todos os lugares da atenção a saúde, com a criação de atividades que ofereçam assistência a demanda de atendimentos da região, logo, se deve perceber a diferença entre atendimentos ofertados em unidades básicas de saúde (UBS) e unidades que prestam serviços de urgência, pois na prestação de serviços na atenção básica a equipe formulada para prestar os atendimentos locais devem ter conhecimentos da população, sendo essas informações anotadas em documentos chamados prontuários (BRASIL, 2012).

Dessa forma é de suma importância que reflitamos sobre o papel da população no acesso aos serviços voltados para a atenção básica e os fatores que possam por ventura dificultar ou favorecer a inserção de indivíduos que fazem uso do SUS, a exemplo podemos citar: quantidades de usuários por equipe, a falta de organização, inadequação na infraestrutura oferecida, local do estabelecimento, ausência de acolhimento, falta de funcionários capa citados, horários inviáveis e outros (BRASIL, 2012).

A prestação de serviços aos usuários desse sistema é de extrema importância, responsabilizando a equipe pela prestação de serviços clínicos, acolhimento de pacientes em situação crítica ou crônicas, analisando dessa forma a maneira como será encaminhado a outros serviços da saúde ou não esses indivíduos (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2013) uma estrutura piramidal representa de forma bem didática a rede de assistência a saúde, onde podemos visualizar importantes componentes do SUS. Esse tipo de estrutura objetiva a solução das dificuldades da população de acordo com a dependência e gravidade do acesso aos serviços médicos, essa organização se dá através de regulação médica, sistema esse de acolhimento e triagem.

Dessa maneira, se faz imperioso um atendimento de forma prática e resolutiva, atuações para a promoção a saúde, prevenção de enfermidades, diagnósticos, tratamento, cuidados paliativos e reabilitação, tudo isso no intuito de reorganizar os serviços de atenção a saúde em momentos de urgência e emergência de maneira que venha a ser disposta pela atenção básica. Veja na imagem abaixo:



FONTE: MENDES (2011)

Imagem 1: Mudança do Sistema Fragmentado e Hierarquizado do SUS para uma Rede de Atenção a Saúde  
FONTE: (MENDES, 2010).

## CAPÍTULO II: A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CRITÉRIOS E LIMITAÇÕES

### 4.4 CONCEITUANDO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Na abordagem de temas como Urgência e Emergência é necessário a compreensão acerca do que esses termos representam na saúde. O conselho Federal de Medicina (1995) na Resolução CFM nº 1451/95, relata a conceituação dos termos mencionados anteriormente:

Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CFM, 1995).

Após a análise desses conceitos é possível definir Urgência como sendo um atendimento prioritário, no qual o paciente necessita de atendimento imediato, pois aí não se encontra perigo eminente de morte. E emergência seria um atendimento, cuja paciente precise urgentemente de assistência médica, pois encontra-se em risco de vir a óbito (SANTOS, 2008).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência/emergência aos serviços de saúde de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011).

Segundo GIGLIO, J. et al Aranha (1969) e Lopez (1979), e de acordo com as ideias defendidas por Jairnilson Silva Paim, docente adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), as denominações Urgência/Emergência representam similaridades com outras ideias. No artigo intitulado “Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência” o mesmo redigiu:

Uma emergência corresponde a um ‘processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação’. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico etc. Já a urgência significa ‘um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente’. Representa situações como fraturas, feridas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc.

Nas suas definições, o autor citado anteriormente ainda adiciona mais exemplos de situações, ou enfermidades, que denominou como sendo “rotineiras” porque não representavam

risco de vida para o paciente. Entre essas situações é possível fazer uma distinção das quais seriam justificativas para um pronto atendimento.

(...) 85% dos atendimentos podem ser considerados de rotina, isto é, sem risco de vida. Como muitos desses problemas, considerados de rotina, implicam sofrimentos ou preocupações nos pacientes, criam-se situações específicas que não deveriam aguardar uma consulta agendada. É o caso de uma criança com vômito ou febre superior a 38,5 °C a requerer algum cuidado, ainda que não seja de urgência/emergência.

Nestas e em outras situações similares justificaria o serviço denominado de 'pronto-atendimento'. Neste serviço, podem ser atendidas situações que não deveriam aguardar consulta marcada e, até mesmo, atendimento de urgência mais simples como suturas, nebulizações, etc.

No momento do diagnóstico, o médico precisa realizar uma avaliação baseada em um quadro de saúde muito mais complexo, compreendendo a combinação de várias sintomatologias/doenças que possivelmente não poderão ser individualizadas e aceitas como independentes. Portanto, se conclui que dependendo da situação, simples problemas de saúde podem evoluir para quadros mais graves e irão requerer tratamentos e condutas tidas segundo o autor já citado, de "urgências", mas como sendo "emergências".

Segundo o Ministério da Saúde, os procedimentos de serviços médicos de Urgência e Emergência são categorizados em três modalidades, considerando para isso a gravidade e a complexidade dos casos que receberão tratamento (MS apud VALENTIN; SANTOS, 2009). Observe as modalidades listadas a seguir:

- a) Atendimento urgentes de baixa e média complexidade: não há risco de morte.
- b) Urgências médicas de alta complexidade: apesar de o paciente apresentar quadros críticos ou agudos, não há risco de morte.
- c) Emergência: o paciente corre risco de morte.

Segundo Brunner e Suddarth (2011) emergência é classificada como uma parte da triagem, na qual o atendimento é ministrado em situações de danos à saúde, com risco de vida a qualquer tipo de alteração que precise urgentemente de tratamento.

Da mesma maneira que a emergência, a urgência é uma parte da triagem, mas nesse casos os cuidados que se tem ao paciente é fornecido em momento e situações de gravidade que não conduza um risco para o óbito. Essa ideias corroboram com os conceitos descritos abaixo:

A emergência é caracterizada como sendo a situação onde não pode haver uma

protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato. Nas urgências o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, é considerado como não superior a duas horas. As situações não urgentes podem ser referidas para o pronto atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional, pois não tem a premência que as já descritas anteriormente (LOPES, 2009).

Se uma pessoa sofrer algum tipo de acidente, de cunho agravado ou agudo à sua saúde, este deverá ser atendido em um serviço único de saúde, o SUS, de uma localidade próxima da ocorrência do acidente. E se ainda houver uma necessidade de o paciente ser tratado de forma mais complexa, as centrais de regulação deverão ter a culpabilidade de habituar, acerca dos recursos disponíveis no território de circunscrição, aquele que possa responder de forma mais abrasiva à ação e assim desviar o atendimento.

Cabe, assim, ao Poder Público, dispor o atendimento às Urgências e Emergências, liberando resguardo, atenção classificada e resolutiva aos pacientes que possuem algum tipo de gravidade. Os elementos pré-hospitalares fixos, móveis e pós-hospitalares, fazem parte da composição de prevenção às urgências. Em 2003 foi implantada, no Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências, a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006). A Atenção às Urgências proposta nesta política enfatiza em primeira instância a humanização a que todo cidadão tem direito, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, são explicitadas em 7 (sete) portarias:

Portarias	Finalidade
GM nº 2.048, de 5/10/02	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência
GM nº 1.863, de 29/09/03	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências
GM nº 1.864, de 29/09/03	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192.
GM nº 2.072, de 30/10/03	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
GM nº 1.828, de 2/09/04	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
GM nº 2.420, de 9/11/04	Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
GM nº 2.657, de 16/12/04	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu – 192.

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007; Ministério da Saúde, 2012.

Segundo algumas pesquisas ainda existem muitas falhas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, vários relatórios, pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários, mostram que a escuta ainda é pouca, desqualificada e as relações de solidariedade são pouco exercidas (BRASIL, 2009).

#### 4.5 O ATENDIMENTO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O SUS estabelece que deve haver um atendimento gratuito e obrigatório para as populações, esse atendimento deve visar assistência integral. Em 1893, os serviços de Urgência e Emergência surgem no Brasil. Esses surgiram a partir de um acontecimento chamado Socorro Médico de Urgência e também de ações do poder público e instituições particulares objetivando a organização da assistência prestada aos doentes, afogados e feridos que se encontravam na rua (COSTA, 2009; GOULART, 2010).

De acordo com o Artigo 2º da Portaria, constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

- I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das 28 redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

Relata-se que os primeiros pontos de atendimentos de urgência, foram administrados a indivíduos carentes, onde era possível observar que os cuidados eram práticas realizadas por comissários e subcomissários de assistência e higiene pública, este acolhimento era feitos 24h diariamente. Após esta maneira de prestação de serviços foi expandida para hospitais estruturais, objetivando com isso a realização de atendimentos de Urgência e Emergência (ANDRADE, 2009; NASCIMENTO, 2014).

Atualmente observa-se um aumento na procura desses serviços de saúde, e isso ocorre devido a diversos fatores, entre eles envelhecimento populacional, o surgimento de novas patologias, tratamentos novos e aumento da expectativa de vida. Essas características ocorrem devido as melhores condições em diversas áreas do conhecimento que possibilitaram condições melhores para a sobrevivência da população humana (GOMIDE et al, 2012).

A assistência nos setores da saúde com características de urgências e emergências, acabaram sendo usadas de forma exagerada. Nos últimos tempos, é possível analisar que situações de simples atendimentos, acabam sendo direcionadas a esses setores fazendo-os se superlotarem ao atender a população que realmente esteja precisando. Isso ocorre também

muitas vezes devido ao aumento de acidentes, a violência urbana e a precariedade da rede de assistência voltada para o atendimento em saúde (TOMASI E; FACCHINI, LA et al., 2011).

O principal atendimento de Urgência e Emergência até hoje ainda é o Pronto-Atendimento (PS), esse é considerado porta fundamental das atividades do sistema de saúde voltadas ao atendimento, devendo manter-se em funcionalidade durante 24h por dia, estarem estruturados e paramentados de forma a receber os pacientes desprovidos da atenção primária e especializada, por esse motivo acabam fazendo com que esses serviços fiquem superlotados e acabam trazendo comprometimento a assistência oferecida (BARAKAT, 2009; RATI, A, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde um dos fatores que impulsionam os retornos repetitivos aos serviços de urgência, seria a falta de organização com o resto da parte responsável pela prestação de assistência, e dessa forma há uma intensa insatisfação em relação a atenção primária, atendimento ruim e menor resolução nos problemas (OLIVAT FN, BRANDÃO GAM; VAZQUEZ FL et al., 2010).

O sistema de Urgência e Emergência necessita promover ações que visem a saúde do paciente. Posteriormente à resolução de situações exasperadas, os pacientes devem ser encaminhados a lugares próprios para darem andamento ao tratamento de maneira a oferecer um atendimento integral e interligada (OLIVAT FN, BRANDÃO GAM, VAZQUEZ FL et al., 2010).

Assim, tem-se as diretrizes do artigo 3º, no âmbito do SUS, que a Rede de Atenção às Urgências:

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de Urgência e Emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

O socorro prestado nesse setor, não estão limitados a pacientes locais, mas sim a oferta de serviços gratuitos sem exceções ao tipo de clientes, fazendo com isso um caminho para as demais atividades que visem a prestação de serviços de saúde. Diante disso a população opta

pela busca desses, como uma alternativa para acesso rápido ao atendimento, no intuito de que seus problemas sejam resolvidos e haja o alívio de suas angústias.

Dessa forma, o serviço vem sendo utilizado de maneira errônea por situações que poderiam ser solucionadas em setores de níveis de menor complexidade, provocando aumento de custo e alterando de forma negativa a qualidade das ações que são desempenhadas nesses serviços (PIRES MRGM, GÖTTEMS LBD et al., 2013).

O Ministério da saúde em conjunto com secretariados estaduais de Urgência e Emergência estabelece a inclusão de sistemas regionalizados e que seguem um hierarquia de atendimento, tendo em vista que há a permissão de melhores organizações da assistência, com isso articulando as atividades e definindo as melhores sorções tendo como ponto de partida um item indispensável na geração da integralidade nos serviços de saúde prestados (BRASIL, 2012; SOUSA, 2017).

No Brasil, serviços que se destinam ao atendimento de Urgência e Emergência estão sendo cada vez mais procurados pela população. No convívio com essa realidade, é possível perceber a deficiência desses serviços: aglomerações de pacientes nos corredores hospitalares, em condições precárias, sem conforto ou privacidade, a espera de possíveis atendimentos e ainda susceptíveis aos diferentes tipos de infecções cruzadas. Nesses locais há familiares sem informações relacionadas as condutas do paciente e até mesmo a situação destes (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

No que se refere as atividades de prestação de serviços de Urgência e Emergência, se tratando especificadamente de implementação da Política Nacional de Atenção as Urgências, esse tem como objetivo principal o alcance de todos os níveis de assistência do SUS, preparando desde as ações voltadas ao atendimento primário até aos mais complexos, tais como pós-hospitalares na convalescência, reabilitação ou recuperação.

É importante estar atento as diretrizes do artigo 4º que se refere especificadamente a Rede de Atenção às Urgências, e dispõe que esta deve ser constituída pelos seguintes componentes:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

Agindo de forma a tornar amplo a acessibilidade e os meios para atuar na promoção de saúde partindo de planejamentos ágeis, direcionados justamente a suprir a necessidade populacional e de acordo com o panorama brasileiro de morbimortalidade (ASSIS; JESUS, 2012; ALVES, 2011).

É fundamental que saibamos a importância da organização do serviço a ser prestado ao paciente, pois os profissionais atuantes nesses tipos situacionais precisam estar aptos a prestação de serviços de Urgência e Emergência de qualquer natureza. Às vezes é possível ver o despreparo insuficiente para o seu enfrentamento, e isso acaba atrapalhado o atendimento, pois há o encaminhamento dos pacientes para outras unidades de maior complexidade, sem mesmo fazer-se uma triagem adequada, estabiliza-lo por incerteza no procedimento a ser tomado frente a situação e desconhecimento no como proceder no atendimento. Tudo isso contribui de maneira significativa no direcionamento dado a saúde do paciente que recebeu ou receberá um possível atendimento (ANDRADE, 2009; GOULART, 2010).

#### 4.5.1 Acolhimento com Classificação de Risco

Ohara, Melo e Laus (2007) asseguram que “No Brasil, o fluxo de pacientes nos serviços de saúde de alta complexidade resulta frequentemente em situações de superlotação dos pronto-socorro e cansaço excessivo dos enfermeiros, bem como quadros delicados que despertam sentimentos depressivos aos enfermeiros, é constante casos de morte e assim, sobrecarregando a equipe multidisciplinar de tais serviços.”

De acordo com Rossaneis et al. (2011, p. 651):

“Humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova ações, campanhas, programas e políticas assistenciais.”.

Dentre as diretrizes de maior relevância no Humaniza SUS está o acolhimento que o Ministério da Saúde define como ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de

solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (Brasil, 2004).

Os serviços de Urgência e Emergência tem atendimento em livre demanda, onde independente do tempo de espera os pacientes têm seus problemas resolvidos, resultando em superlotação e inúmeros desentendimentos entre população e equipe, geralmente devido ao grande número de horas para atendimento (ROSSANEIS et al. 2011). Assim, o Ministério da Saúde desde 2002 vem falando da triagem classificatória nas portas de entrada das emergências hospitalares.

A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência, desde a atenção básica, até os cuidados pós-hospitalares, assim como na convalescença, recuperação e reabilitação, conforme a portaria GM/MS 2048, de 5 de novembro de 2002.

Segundo o Ministério da Saúde “O acolhimento não um espaço ou um local, mas uma postura ética. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde” (BRASIL, 2004 p.9).

Na classificação de risco os pacientes são avaliados e recebem cores para identificar o risco da situação e o imediatismo da necessidade da atenção. As cores indicam: vermelho – precisa de um atendimento imediato, não pode esperar; amarelo – não corre risco imediato de vida, mas deve ser atendido em até quinze minutos; verde – não é urgente, pode esperar até trinta minutos; azul – consulta simples, que é organizada pela hora de chegada e pode esperar até três horas (BRASIL, 2004<sup>a</sup>). Essa classificação visa à melhoria do atendimento ao usuário, facilitando a organização do acolhimento.

Segundo Souza, Silva e Nori (2007, p.244) “os profissionais de saúde encontram-se divididos entre aqueles que realmente precisam de um cuidado imediato e os demais pacientes que não caracterizam emergência ou urgência”.

Isso comprova a importância do acolhimento para priorizar e agilizar o atendimento. A classificação de risco muitas vezes limita-se a uma triagem. A triagem é considerada por Smeltzer e Bare “um dos princípios do cuidado de emergência”. Ela é feita através da gravidade da saúde do paciente, tendo prioridade a pessoa que necessitar de cuidados mais críticos (SMELTZER; BARE 2005, p. 2275).

O acolhimento direciona e organiza as demandas dos pacientes, define em que áreas serão atendidos, proporciona as informações para os familiares. Já a triagem, como foi dito

anteriormente só classifica a gravidade do paciente, o classificando conforme a necessidade de atendimento imediato. Ela é a produção de conduta (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma ação de responsabilidade da equipe multiprofissional, na qual todos devem estar preparados, pois acolher na emergência exige o uso de tecnologias leves associadas à agilidade necessária para casos graves. Souza e Lopes (2003), ainda ressaltam que o Enfermeiro é o profissional mais indicado para fazer o acolhimento, uma vez que possui conhecimento que o capacita para tal função e habilidade para cuidar do ser humano.

#### 4.6 ESTRUTURA FÍSICA DO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O indivíduo ao fazer uso dos serviços de saúde oferecidos pelas unidades de Urgência e Emergência, com certeza deve estar passando por um episódio de dor e aflição. Nesse momento, o espaço físico do local de atendimento desse, certamente pode vir a influenciar fortemente de forma positiva ou negativa, pois não seria de bom grado que o indivíduo fosse submetido a desconfortos que por ventura estivessem relacionados ao espaço físico inadequado do local (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

Isso denota a importância da ambientação física para o paciente ao ser submetido a algum tipo de atendimento médico, seja ela de emergência ou não. A composição física do departamento de Urgência e Emergência acaba desempenhando papel primordial no atendimento e compreende influência direta nos serviços oferecidos nesses setores, tendo em vista que estruturas físicas ruins tendem a elevar a dificuldade na prestação do serviço e diminuir a qualidade da assistência oferecida (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

Ressalta-se ainda que ambientes com essa funcionalidade devem ofertar aos seus clientes estrutura física esquematizada e apropriada, que possa em primeiro plano favorecer qualidade no atendimento, acolhimento do paciente de maneira correta e com isso reduzir os possíveis interferentes relacionados a atividades imprevistas (COELHO, 2009).

Vale lembrar que muitas vezes esses setores por estarem com estruturas inadequadas ao atendimento, acabam por trazer transtornos não só para os indivíduos que farão uso dos serviços prestados ali, mas contribuem para atrapalhar o trabalho desempenhado pelos profissionais da saúde e acaba se constituindo com fontes de situações estressantes ao profissional atuante naquele momento.

Os serviços de Urgência e Emergência devem ser prestados em locais adequados, de maneira a oferecer uma livre mobilidade a toda equipe multiprofissional, disponibilizando para

isso espaço físico necessário e adequado para a oferta daquele serviço de saúde, é importante frisar que manter privacidade para o paciente é algo fundamental, para que não haja constrangimento e esse venha a atrapalhar as atividades voltadas ao reestabelecimento da saúde do indivíduo (LIMA, et al 2013).

Dessa maneira, esse setor destinado ao atendimento médico deverá abonar o espaço físico necessário para que as medidas terapêuticas sejam promovidas de forma adequada, sem qualquer acidente de decurso.

É importante advertir que qualquer local destinado ao atendimento médico, tal como hospitais por exemplo muitas vezes são feitos sem a preocupação com as necessidades de ambientes físicos adequados ao atendimento dos usuários, com isso os problemas diante desse fato só veem a ser observados durante a rotina de atendimentos prestados diariamente nos serviços que promovem a saúde da população. O que certamente deverá ser analisado bem antes para que não houvessem tantos transtornos para os profissionais e os usuários dos serviços oferecidos por essas entidades (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

Segundo a RDC de nº50 de fevereiro de 2002, os serviços de Urgência e Emergência devem ter uma estrutura física que segue os seguintes critérios:

- ✓ Lugar externo destinado a ambulâncias.
- ✓ Um local apropriado para a realização da triagem do paciente.
- ✓ Salas de higienização, sala de serviço social; sala de sutura e curativos, sala para a reidratação dos pacientes atendidos, salas para a realização de exames diferenciados e outros.
- ✓ Lugares destinados à espera de resultados de exames, postos de enfermagem e serviços.
- ✓ Banheiros para os pacientes.
- ✓ Lugares destinados para guardar macas, cadeiras de rodas etc.
- ✓ Salas para Recepção.

No que se refere a ambientes hospitalares, repletos de particularizações e complexidades, as atividades desempenhadas pelos setores de Urgência e Emergência são repletos a implementarem a qualidade em suas organizações, objetivando com isso atendimento adequado, em menores espaços de tempo possível, e com isso impedem ou diminuem decorrências e outros efeitos a saúde dos abastecidos pelos serviços acima mencionados (BAGGIO, 2008; BARBOSA, 2009).

Os pacientes buscam os setores de urgência como uma das opções de portabilidade, ao passo que subentendem que estes reúnem uma totalidade de recursos, como procedimentos de curativo, internações e etc., os tornando mais resolutivos. O setor de emergências corresponde ao perfil de atendimento respectivo a demanda ágil e concentrada.

Não obstante aos avanços, o setor de urgências agrupa inúmeras fragilidades, porque, grande parte dos meios urbanos, possuem assistência aguda e a classificação é iniciante. Ao descrever a forma de apresentação de uma doença ou agravo e seus sinais de alerta permite classificar o nível de gravidade e de sofrimento do paciente, e diferenciar emergência de urgência em seus diferentes níveis.

#### 4.7 A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SEU COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR FIXO

Afim de melhor entender o setor de urgências e emergências, abrangemos a Portaria GM/MS nº 2.048 a qual preconiza o acolhimento de clientes que apresentem quadros agudos em unidades de saúde que apresentem baixa complicação, como os estabelecimentos com atenção primária, designados como pré-hospitalar fixado.

No que tange as estruturas físicas, pode-se afirmar que os componentes pré-hospitalar fixo, instalados em unidades básicas de saúde, e, ou Unidades de Saúde da Família, ambulatorial específicos e emprego de diagnósticos, os casos de urgência precisam ser atendidos em ambiente antecipadamente situado e organizado.

É de suma importância que todos os membros do corpo técnico e administrativo, em especial a equipe de enfermagem, tenham ciência da sala destinada ao atendimento de urgência. É pertinência da equipe de enfermagem preparar os materiais médico-hospitalares como: cânula endotraqueal; laringoscópio; material para realização de punção venosa, sondas de aspiração e outros.

O corpo técnico destes setores em estudo, incluindo os enfermeiros e seus auxiliares, devem ser capazes de estabilizar e examinar de forma adequada todos os pacientes que passarem por estes setores, para que posteriormente não haja complicações. Estes atendimentos geram um estresse ocupacional enorme aos enfermeiros, pois estes estão culminados diretamente com os pacientes, entretanto ocasiona diversos reflexos negativos a saúde dos enfermeiros.

Serviços de complexidade média ou intermediária chegam a ter funcionamento 24h, e possuem estrutura suficiente para atender pacientes que possuam quadros crônicos ou agudos,

não obstante possuem funcionamento aos finais de semana também, afim de diminuir os corredores lotados de hospitais que abrangem uma complexidade mais ampla.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), regulamenta a Portaria RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, a qual estabelece normas técnicas para atendimento hospitalar de unidades de saúde de urgências e emergências.

A unidade de Urgência e Emergência é marcada pelo fluxo aturado de pessoas que circundam esta área, no que tange a rotatividade dos pacientes, devido a acidentes ou outros acontecidos de cunho agudo e ou crônico que procuram o serviço, em maioria dos casos, as causas são motivadas por trauma, afecções não traumáticas, alterações de comportamento, dentre outras.

Araújo acredita que:

A variedade dos agravos apresentados por esses pacientes justifica a diversidade de profissionais que atuam nessa unidade, com equipe multidisciplinar composta por profissionais de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, médicos de diferentes especialidades, entre outros, bem como a avançada tecnologia presente com equipamentos de alta precisão (ARAÚJO, 2016 p.04).

Tal complexidade estabelece a capacitação constante dos profissionais que atuam neste setor em estudo. No que diz respeito a estrutura organizacional de serviço, descrevemos que o responsável técnico (RT) deverá se responsabilizar acerca da promoção de parcerias e capacitações no ambiente hospitalar.

Ao efetivar interferências dirigidas pelo tratamento e pela prevenção de outros agravos, é de suma importância que os enfermeiros possuam uma capacidade de observação, desenvolvimento do pensamento crítico na tomada de decisão e de trabalho em equipe. Porém, o atendimento proporcionado com agilidade extrema, pode acometer ao enfermeiro fatores como, fadiga; descumprimento das normas de biossegurança; falta de atenção e exposição do enfermeiro a riscos de acidentes e doenças ocupacionais.

O corpo técnico necessita de preparo psicológico afim de viver e presenciar situações limítrofes acerca dos serviços de Urgência e Emergência, no que se refere ao binômio vida e morte. A estabilização em lidar com essas situações tem repercussão tanto na vida do enfermeiro, como na vida do paciente, onde casos de desbalanceamento emocional do profissional pode acarretar em complicações no quadro do paciente por descuidos do profissional.

A atenção à saúde no Brasil, desde a implantação do SUS, por determinação da Constituição de 1988, e regulamentado por lei (Lei 8.080 e Lei 8.142) em 1990, propõe um modelo de atenção baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação, assim como reconhece, como fatores condicionantes e determinantes para a saúde, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Esta portaria (GM n 2.048 de 5 de novembro de 2002) apresenta uma nova nomenclatura e classificação para a área de assistência hospitalar de Urgência e Emergência, a partir dos pressupostos de regionalização propostos pela NOAS 2001.

Desta forma, as Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência estão classificadas em Unidades Gerais e Unidades de Referência, com as seguintes subdivisões: Unidades Gerais:

- Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, que são as unidades instaladas em hospitais gerais de pequeno porte, aptos a prestarem assistência de Urgência e Emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

- Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II, que são as unidades instaladas em hospitais gerais de médio porte, aptos a prestarem assistência de Urgência e Emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar de média complexidade (M2).

Segundo preconizado pela ANVISA, é necessário que haja uma área física de amplitude suficiente ao atendimento de qualidade, que possua salas suficientes para acomodar todos os setores de atendimento necessários a atendimentos de Urgência e Emergência, é necessário que todos os equipamentos sejam instalados de forma estratégica a fim de facilitar o atendimento.

#### 4.8 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS (PNAU)

A conjuntura atual dos sistemas de saúde traduz a dificuldade dos países em constituir um moderno cenário epidemiológico regido por condições crônicas e de violência e um retorno fragmentado, episódico e reativo nas situações de agudas (OPAS, 2011). Tomando por base esse cenário, fica claro que existe urgência de um sistema planejado, estruturado e embasado na colaboração ente gestores, prestadores e usuários (MENDES, 2019).

Com o intuito de solucionar esse problema, o Ministério da Saúde propôs para o SUS a distribuição dos serviços por meio do modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com a Portaria GM/MS nº 4279/2010:

“A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica”.

Acompanhando essa regulamentação e a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde, a atenção às urgências percorre na direção de se instituir como uma rede de fato. A estruturação da rede de serviços e de mecanismo de regulação do acesso às urgências em nível regional, ligados ao aperfeiçoamento da assistência primária, são particularidades essenciais dos gestores na disposição dos fluxos e na procura pela garantia do acesso aos acometidos por agravos de urgência (BRASIL, 2010).

Em 29 de setembro de 2003 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) pela portaria GM/MS 1863, a partir dos seguintes componentes fundamentais:

1. adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
2. organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:
  - 2.a - componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002.
  - 2.b – componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;
  - 2.c – componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;
  - 2.d – componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;
3. instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;
4. capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e

atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;

5. orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

Essa portaria, ao instituir a PNAU, considera como um de seus componentes o atendimento pré-hospitalar móvel, enquanto que a sua reformulação, a GM/MS 1864, oficializa a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) em municípios e regiões de todo o território brasileiro (CABRAL E SOUZA, 2008).

O SAMU foi o primeiro componente da PNAU a ser implantado. É um serviço pré-hospitalar móvel que presta socorro à população nas residências, locais de trabalho e vias públicas. A equipe é composta por condutores-socorristas, técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos, todos capacitados em atendimento de urgência de natureza traumática, clínica, pediátrica, obstétricas e psiquiátricas. É responsável pela regulação de todos os atendimentos de urgência via telefone (192), pelos atendimentos móveis que dispensam as viaturas e pelas transferências de pacientes aos hospitais (CIUENP, 2018).

A partir de 2008, com a Portaria GM/MS 2922, há novo incremento da expansão da rede pela proposta das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Com a UPA, tem-se a proposição de um novo espaço de atenção, além da regionalização e qualificação da atenção, e da interiorização com ampliação do acesso, com vistas à equidade. Para favorecer a regionalização, é exigida a integração da UPA com SAMU e com o desenvolvimento da atenção básica, diferenciando-se dos tradicionais serviços de pronto atendimento ou pronto socorro (BRASIL, 2008 apud O'DWYER; MATTOS, 2010). As UPAS devem funcionar como estruturas intermediárias entre a atenção básica e hospitalar, e Salas de Estabilização (SE) instaladas em unidades de saúde localizadas em zona rural ou em municípios com grande extensão territorial e com isolamento geográfico de comunidades (DOURADO, 2013).

Em 2009, a Portaria GM/MS 1020 propõe novas diretrizes para a UPA, sendo criadas as Salas de Estabilização (SE), como parte do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 e definiu competências das UPAS, porte I, II, e III e os incentivos (Dourado, 2013). A maior precisão sobre financiamento para implantação das unidades e ampliação das fontes de recursos são as diferenças mais significativas entre essa proposta e a Portaria nº 2.922/GM/MS, já revogada (O'DWYER; MATTOS, 2010). Na figura 1 podemos visualizar os principais pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).



Imagem 2: Rede de Atenção às Urgências

## 5 RESULTADOS

Nesse tópico serão apresentados os resultados da pesquisa realizada na Base de dados da *Scielo* sobre o serviço de Urgência e Emergência na rede de Atenção à Saúde do SUS, utilizando os seguintes descritores: “Urgência” *and* “Emergência”, “Sistema Único de Saúde” *and* “Assistência à Saúde”. A pesquisa foi refinada, selecionando referências publicadas entre os anos de 2008 a 2018 e incluindo o idioma português.

A busca resultou em um total de 11 artigos. Destes, 5 artigos foram referências selecionadas que atendiam aos critérios de inclusão, das quais somente 03 artigos atenderam ao objetivo deste estudo, conforme a tabela 1.

**Quadro 1** - Distribuição da quantidade de artigos referente ao ano.

<b>Ano</b>	<b>Artigos localizados</b>	<b>Artigos selecionados</b>	<b>Artigos incluídos</b>
2008	1	1	1
2009	-	-	-
2010	2	1	1
2011	2	1	1
2012	-	-	-
2013	-	-	-
2014	-	-	-
2015	2	1	-
2016	-	-	-
2017	-	-	-
2018	4	1	-
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>05</b>	<b>03</b>

Fonte: JUNIOR, Vilmar Marcolino de Oliveira. **Urgência e Emergência no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão narrativa de literatura**. Cajazeiras. 2018.

Notamos no quadro 1, que a partir do ano de 2012 não ocorreram publicações relacionadas ao tema em estudo na plataforma pesquisada. Essa falta de anais vem confirmar que no campo da enfermagem poucos estudos têm favorecido o referenciado tema e, nessa perspectiva, este trabalho caracteriza-se como uma área pouco explorada em trabalhos científicos.

Para uma melhor análise dos dados e com a finalidade de promover o entendimento dos resultados obtidos, demonstra-se a seguir o quadro sintetizado com os arquivos estudados.

**Quadro 2:** Quadro sintetizado - Apresentação dos artigos selecionados.

ARTIGO	AUTORES	TÍTULO DO TRABALHO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO OBJETIVO
01	VIEIRA, CÉLIA MARIA SALES; MUSSI, FERNANDA CARNEIRO.	A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios.	Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2008, Vol . 42. N. 4.	<p><b>Tipo de estudo:</b> Trata-se de estudo de caso contendo aspectos conceituais e legais, finalidades, justificativas, desafios e descrição de ações e estratégias de intervenção relevantes para o projeto de implantação do SAMU-192, em Salvador/BA, no período de 2002-2004.</p> <p><b>Objetivo:</b> Garantir o atendimento público às situações de Urgência e Emergência, por meio do serviço gratuito SAMU-192 e assegurar os recursos públicos existentes e outros pactuados, regionalizados e hierarquizados.</p>
02	VIEGAS, SELMA MARIA DA FONSECA; HE MMI, ANA PAULA AZEVEDO; SANTOS, REGIANE VELOSO; PENNA, CLÁUDIA MARIA DE MATTOS.	O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte.	Revista de Saúde Coletiva, 2010, Vol. 20. N. 3.	<p><b>Tipo de estudo:</b> Trata-se de um estudo de caso desenvolvido por 31 trabalhadores dos serviços de saúde de Belo Horizonte que interagem com a população assistida, construindo realidades sociais diferenciadas. O cenário de estudo foram instituições de saúde do município, como unidades básicas, pronto-atendimento, policlínicas, hospitais de médio e grande porte.</p> <p><b>Objetivo:</b> Compreender e analisar a integralidade, equidade e resolutividade, nas ações cotidianas de gestores e profissionais de saúde que integram a rede hierarquizada de saúde de Belo Horizonte; identificar ações</p>

				integrativas e resolutivas intersetorialmente na prática cotidiana de gestores e equipes de saúde.
03	ANDRADE, MARIA ANGÉLICA CARVALHO; ARTMANN, ELIZABETH; TRINDADE, ZEIDI ARAUJO.	Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação.	Ciência & Saúde Coletiva. 2011. Vol. 16.	<p><b>Tipo de estudo:</b> Trata-se de um estudo de caso desenvolvido com 272 profissionais de saúde da Unidade de Trabalho de Urgência e Emergência para participar do módulo de alinhamento conceitual da capacitação em acolhimento com classificação de risco. Desses 272 profissionais convocados, apenas 121 concordaram em participar da capacitação, divididos em seis turmas, de acordo com a disponibilidade. Todos os 121 profissionais participantes foram incluídos na pesquisa, embora dez tenham sido excluídos posteriormente.</p> <p><b>Objetivo:</b> Analisar o papel da experiência concreta de humanização em um hospital público, por meio de implantação do acolhimento com classificação de risco, e comparar as representações sociais de SUS, humanização na saúde e acolhimento em profissionais de saúde, antes e depois da capacitação em ACCR, adotando a teoria de representações sociais em sua abordagem estrutural, visando explorar o potencial deste instrumento como agente de mudanças.</p>

Fonte: JUNIOR, Vilmar Marcolino de Oliveira. **Urgência e Emergência no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão narrativa de literatura.** Cajazeiras. 2018.

No Quadro 2, observa-se os artigos selecionados para o estudo dispostos de acordo com os autores, o periódico que foi publicado, o tipo de estudo e os principais objetivos. Observa-se que o tema foi pouco explorado pela comunidade acadêmica, necessitando discutir mais sobre o serviço de Urgência e Emergência na Rede de Atenção à Saúde do SUS. Já que trata-se de um dos eixos prioritários a saúde e de suma importância para a sociedade.

O Quadro 3 apresenta os principais resultados encontrados nesses artigos selecionados, sendo o acolhimento humanizado, a capacitação dos profissionais, a estrutura física da rede e a conscientização da população pontos recorrentes entre eles. O atendimento acolhedor sugere uma efetividade assistencial e não apenas um gesto afetivo, mas, principalmente, efetivo no seu seguimento, ou seja, além do conhecimento que precisamos ter para desenvolver uma ação assistencial, uma conduta profissional fundamentada em diretrizes clínicas, inserir o usuário em um fluxo de atendimento e procedimentos pré-determinados como rotina das unidades; precisamos também cuidar e tratar, ética e tecnicamente, o outro que nos procura.

No entanto, essa caráter acolhedor e resolutivo somente é possível com a qualificação e número suficiente das equipes de profissionais. O manejo clínico dessas condições de Urgência e Emergência deve ser incorporado como uma rotina dessas unidades. Toda a população restrita ao território de abrangência da unidade deve ser por ela atendida (e/ou referenciada) em qualquer situação. Para tanto, as unidades devem dispor de uma estrutura adequada, material e equipamento necessários para esse atendimento, como também de conscientizar a população quanto ao serviço de urgência e emergência, fazendo com que a rede de atenção as Urgências e Emergências diminuam o fluxo de acolhimento, atendendo exclusivamente as demandas da sua área, pois pudemos perceber que a população procura o serviço sem que a sua patologia seja compatível com o mesmo, superlotando-os.

**Quadro 3:** Quadro sintetizado – Principais resultados encontrados nos artigos selecionados.

ARTIGO	TÍTULO DO TRABALHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
01	A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O serviço deve está baseado nas necessidades locais da comunidade, profissionais adequadamente treinados para o primeiro atendimento das urgências e emergências, recursos materiais imprescindíveis à natureza do tratamento dispensado, integração e compatibilidade operativa e de equipamentos dentro do sistema maior de regulação da prestação de serviços de saúde.</li> <li>• A educação e treinamento do público. O SAMU-192 está nas ruas do município de Salvador, mas cabe questionar como a comunidade está sendo e será preparada para usufruir dos benefícios deste serviço.</li> <li>• O preparo da rede de atenção pública com recursos para receber o paciente caso a complexidade do atendimento não esteja ao</li> </ul>

		<p>alcance do grau de resolutividade do SAMU-192. Isto inclui, minimamente, funcionamento pleno da Central de Regulação de Urgências Médicas, hospitais com leitos disponíveis, profissionais capacitados e recursos materiais e equipamentos adequados ao atendimento incluindo-se recursos diagnósticos e terapêuticos.</p>
02	<p>O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O acolhimento deve partir de uma postura acolhedora e visa a uma compreensão abrangente das necessidades dos usuários;</li> <li>• Os profissionais, responsáveis diretos pelos cuidados, se organizam para atender as pessoas conforme as necessidades de saúde apresentadas. E, segundo Schraiber et al. (1999), a priorização dos casos de Urgência e Emergência relaciona-se com a responsabilização pela defesa da vida das pessoas que procuram os serviços de Saúde em situação de risco. No entanto, quando há escassez de recursos humanos, esses casos podem comprometer a realização de atividades programadas, nos diversos Serviços de saúde.</li> <li>• Pode-se constatar a desproteção dos profissionais de saúde que necessitam abdicar dos pressupostos da assistência, como a equidade, em determinados momentos, para assegurar a própria vida. A violência no local de trabalho, em qualquer de suas manifestações, pode ter efeito devastador e de longa duração nas pessoas afetadas.</li> <li>• Tentativas de maior envolvimento com o trabalho na busca de parcerias, visando a sua qualidade e, conseqüentemente, um trabalho em equipe de forma integral. Nota-se que os profissionais de saúde, ao desenvolverem seu trabalho, podem ou não seguir as diretrizes e princípios que, legalmente, norteiam suas práticas. Isso evidencia a importância de maior investimento e preparo dos profissionais de saúde para atuarem no âmbito do SUS.</li> </ul>
03	<p>Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação da compreensão dos princípios do SUS (equidade e integralidade), sendo identificado um contexto de mudança com ênfase positiva (solução, qualidade, respeito, atendimento bom, melhoria, organização, pode melhorar, qualificação, agilidade, esperança, mudança, prioridade) e inclusão da</li> </ul>

	<p>profissionais antes e após a capacitação.</p>	<p>responsabilização (responsabilidade) como fatores importantes para a identificação do SUS;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O termo humanização na saúde, além das concepções anteriores, ganhou importância (necessário) e concretude, sendo associado à ação (atendimento, empatia, ouvir) e relacionado a resultados positivos (qualidade, resolutividade);</li> <li>• A representação social de humanização na saúde como acolhimento expressa a importância desta ferramenta para lidar com a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde;</li> <li>• Os profissionais atribuem um sentido que traduzem uma progressão do foco humanístico para a qualificação dos processos de atendimento da demanda dos usuários nas urgências e emergências do SUS.</li> </ul>
--	--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: JUNIOR, Vilmar Marcolino de Oliveira. **Urgência e Emergência no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão narrativa de literatura.** Cajazeiras. 2018.

## 6 DISCUSSÕES

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências são os arranjos organizativos que busca atender, através de ações e serviços de saúde, as diversas situações de Urgência e Emergência. Essas situações podem ser de diferentes densidades tecnológicas, que em Rede busca garantir a integralidade do cuidado. Deste modo, qualquer questionamento das Urgências e Emergências deve ser pensado a partir desse conceito ampliado de saúde, que por sua vez, nos faz pensar no conceito também ampliado de integralidade.

Para Almeida (2017), o conceito de emergência é amplo, porém indica sempre uma condição crítica, na qual o indivíduo entra em desequilíbrio homeostático, por enfrentar um problema que se antepõem a seus objetivos de vida, e a urgência é uma situação que necessita de uma intervenção terapêutica em um curto prazo de tempo, porém sem caráter de morte eminente como nas emergências.

Para atender a essas situações, atualmente, torna-se cada vez mais comum o trabalho multiprofissional, em que se agregam os saberes de várias profissões, onde esses são responsáveis pelo cuidado destinado aos usuários que estão sendo atendidos no hospital.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências pode ser entendida como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares.

Na concepção de Assumpção (2017), a integralidade dos profissionais da equipe multiprofissional do serviço de Urgência e Emergência, faz-se de suma importância para o andamento do setor. A autora ainda expõe que é possível identificar que a integralidade é apreendida pelos sujeitos da pesquisa a partir do seu exercício profissional. Para a autora este processo se inicia já na formação acadêmica, a qual é responsável por direcionar o perfil dos profissionais tanto do setor público como no setor privado.

Nesse sentido, concordamos que essa formação precisa estar voltada aos determinantes sociais da saúde e da doença, bem como, para o trabalho em equipe e interdisciplinar, configurando assim um movimento fundamental para o rompimento da hegemonia biomédica.

Em outros momentos, é possível inferir que, especialmente na Emergência, a concepção de integralidade está centrada no paciente/usuário, a partir de uma visão holística. Percebe-se que os profissionais de saúde atuam com objetivo de atender “o ser humano como um todo” e atribuem a essa prática um significado de integral. No entanto, ao centrarmos a integralidade no atendimento direto no paciente/usuário, corremos o risco de ventilarmos a falsa ideia de que isto implica proporcionar a ele um atendimento pleno, ou seja, o acesso à cuidados que vão

além da cura de uma doença, mas que compreendem o atendimento de suas necessidades mais amplas.

Lins (2016) acredita que, quando nos reportamos ao serviço de Urgência e Emergência, esse deve ultrapassar os muros institucionais, portanto exige uma articulação inter setorial. O caráter ideal da integralidade na política de saúde de “promoção, prevenção, tratamento e reabilitação”.

A articulação entre os serviços é importante, mas, para a consolidação da rede, ainda se faz necessário que seja estabelecido um fluxo contínuo no atendimento e que sejam criadas estratégias que viabilizem a comunicação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Assim, é possível repensar sobre o sistema de Urgência e Emergência como potencialmente integrador, o qual se torna capaz de armazenar e veicular informações, prevenir danos secundários e construir junto a outros serviços uma rede de cuidados, com destaque para seu potencial de intervenção mais resolutiva em diferentes situações, principalmente para aquelas de maior vulnerabilidade.

Os serviços de Urgência e Emergência sofrem com a demanda alta por atenderem como “portas abertas”, diminuindo consideravelmente a qualidade da assistência prestada, ocasionado pela sobrecarga de trabalho e quantitativo de recursos humanos inadequados.

O fluxo elevado no setor de Urgência e Emergência traz consequências para o SUS, para os pacientes e para o profissional da área. O processo de trabalho geralmente é intenso e os pacientes buscam o atendimento de Urgência e Emergência para solucionar seus problemas de saúde, seja ele simples ou não, confiando na instituição e nos profissionais que ali atuam, na expectativa de resolução de seu caso. Muitos pacientes que são atendidos no setor de Urgência e Emergência estão insatisfeitos com os serviços oferecidos pelo SUS, de modo que a demanda de pessoas tem sido muito maior que a oferta de atendimento.

Entretanto, a demanda inadequada do setor nem sempre é devido à falta de vínculo do paciente com a unidade básica. A realidade vivenciada pelas Redes de Atenção à Saúde no âmbito da Urgência e Emergência é de problemas potenciais, como a falta de recursos humanos e materiais. Corroborando com o exposto, Potter e Pery (2013) acreditam que a baixa remuneração dos profissionais deste setor, principalmente dos enfermeiros, e a falta de reconhecimento salarial obriga esta categoria a obter mais de um vínculo para manter suas necessidades financeiras, assim o duplo vínculo é apontado pelos profissionais como um fator de prejuízo na qualidade de atendimentos aos usuários deste setor.

Outro estudo realizado por Calderero (2008), com a equipe de enfermagem de um pronto atendimento, revelou preferências semelhantes da equipe em trabalhar nesses serviços. O autor

mostra que a possibilidade de conciliar o trabalho com o estudo ou outro vínculo empregatício, afinidade com a Urgência e importância do serviço para o sistema de saúde entre outros, foram fatores que influenciaram na escolha em trabalhar nas UPAs.

Todos os serviços necessitam de uma boa estrutura física receptiva aos usuários, que atendam aos critérios exigidos para o funcionamento do serviço, como: lugar externo destinado a ambulâncias, local apropriado para a realização da triagem do paciente, salas de higienização, sala de serviço social, sala de sutura e curativos, sala para a reidratação dos pacientes atendidos, salas para a realização de exames diferenciados e outros, lugares destinados à espera de resultados de exames, postos de enfermagem e serviços, banheiros para os pacientes, lugares destinados para guardar macas, cadeiras de rodas etc. e salas para recepção. Deficiências nesses aspectos, acabam por comprometer a qualidade do serviço.

Baseando-se no que foi apontado por Barakat (2009), foi observado que existe de fato um alto fluxo de pessoas à procura do serviço de Urgência e Emergência por vários motivos, desde os mais simples até os mais complexos. Tomando isso por base, percebe-se que os usuários acometidos por enfermidades de grau mais baixo optam por não utilizarem a rede primária de atendimento como as UBS, que por muitas das vezes deixa a desejar pela falta de equipamentos e infraestrutura, como também pela falta de uma equipe qualificada e/ou pela demora no atendimento, e acabam por sobrecarregar os serviços de atendimento às urgências e emergências 24h como as UPAs e os hospitais, por se tratar de um atendimento mais eficiente e rápido; porém os usuários não se atentam que devido ao grande número de atendimentos desse tipo, acabam por deixar a equipe de trabalho sobrecarregada, como também por muitas vezes causa a superlotação desses ambientes hospitalares. Por essa razão, devem ser implantadas regras a fim de diminuir a carga excessiva sobre estes profissionais, o que tem acarretado danos em sua saúde, como também de conscientizar à população a utilizar o serviço de forma correta.

Portanto, deve ser promovido uma integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) busca vincular em sua totalidade os equipamentos de saúde visando expansão e qualificação ao acesso humanizado e completo aos clientes que procuram o serviço de Urgência e Emergência de maneira rápida e eficaz.

A boa articulação e funcionalidade da Rede de Atenção à Saúde nas Urgências e Emergências podem provocar uma mudança radical no SUS, porém exige uma intervenção concomitante sobre os diversos cenários de atendimento dos serviços de Urgência e Emergência.

Considerando que o setor de Urgência e Emergência é uma área de grande procura, se faz necessário uma avaliação criteriosa do usuário de forma acolhedora e sistêmica. Os atendimentos devem passar obrigatoriamente por uma equipe treinada, afastando a probabilidade de que o usuário seja abordado por alguém não habilitado. Dessa forma, o usuário será atendido mediante uma triagem com classificação de risco, e não terá que aguardar de acordo com a ordem de chegada e, sim, pela gravidade ou grau de risco de vida, abreviando, assim, a possibilidade de mortalidade e sequelas aos usuários que procuram atendimento. O acolhimento humanizado principalmente nos setores de Urgência e Emergência ao longo de todo o processo de trabalho é uma prática que se faz necessária para alcançar melhores resultados e qualidade no atendimento.

O principal foco é identificar um modelo de atenção às condições agudas no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de Urgência ou Emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às Urgências e às Emergências.

Com a nova forma dos serviços de Urgência e Emergência, que foi exibida no decorrer da pesquisa, precisamos repensar aquela imagem de que somente os hospitais podem atuar nesse campo. Hoje, vemos cada vez mais a junção entre os níveis assistenciais para efetivar uma rede de Urgência e Emergência sólida.

Concluimos assim que algumas mudanças para um melhor atendimento e distribuição dos usuários devem ser tomadas para melhoria no serviço concomitantemente às funções de cada membro da equipe, como por exemplo, a criação e introdução de protocolos de atendimentos em Urgência e Emergência, a preparação e qualificação da equipe

multiprofissional, a conscientização por parte dos usuários do sistema, a reavaliação do serviço oferecido como também a melhoria da estrutura física no local de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- ALMOYNA, M.M, NITSCHKE, C.S. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência. SAMU, 1999.** Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/samu>>. Acessado em 19 de Março de 2018.
- ANDRADE, L. M. et al. **Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante.** Rev. Eletr. Enfermagem, v.11, p.151-7, 2009.
- ANDRADE, M. A. C; ARTMANN, E; TRINDADE, Z. A. **Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação.** Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 16. Rio de Janeiro. Abr. 2011.
- ALVES, A.C. **Prática assistencial de enfermagem ao acolhimento no pronto atendimento 24hs fundamentada em Wanda de Aguiar Horta, 2011.** TCC (Especialista em assistência de enfermagem em urgência e emergência) – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma/SC.
- ASSIS, M.M.A; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Rev. Ciências e saúde coletiva. Feira de Santana/BA, v.17, n.11, p. 2875-85, 2012.
- BARAKAT SFC. **Caracterização da demanda do Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo.** [Tese de Doutorado]. São Paulo. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2009.
- BAGGIO, M. A; CALLEGARO, G.D; ERDMANN, A. L. **Compreendendo as dimensões do cuidado em uma unidade de emergência hospitalar.** Rev. Bras. Enferm. Brasília/DF, v.61, n.05, p. 552-7, set. /out. 2008.
- BERNARDO, W. M; NOBRE, M. R. C; JATENE, F. B. **A prática clínica baseada em evidências.** Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. Rev Assoc Med Bras. 2004; 50(1):1-9.
- BITTERN COURT, R.J; HORTALE, V.A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública [online] v.25, n.07, p.1439-54, 2009.
- BARBOSA, K.P. et al. **Processo de trabalho em setor de urgência e emergência de um hospital de grande porte: A visão dos trabalhadores de enfermagem.** Rev. Rene. Fortaleza, v.10, n.04, p. 70-76, out./dez.2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da

Saúde; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (cadernos de atenção básica)**, v.2, n.28. Brasília/DF: MS, 2012.p. 10-60.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos (cadernos de atenção primária)**. Brasília/DF, 2011.p. 11-58.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília/DF: MS, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília/DF: MS, 2013.

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12.ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara, 2011, v.2, p.2155-56.

CAVALCANTE, A. P. **Contratualização dos Hospitais Filantrópicos – SUS**. Exposição realizada pela Coordenação da Atenção Hospitalar na Secretaria de Atenção à Saúde em 19 de abril de 2011.

CIUENP. **O que é o SAMU**. Disponível em < <http://www.samunoroestepr.com.br/samu/o-que-e-o-samu>>. Acessado em 16 de novembro de 2018.

CONSAUDE, 2005. Disponível em < <http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm>>. Acessado em 23 setembro de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - **Resolução CFM nº 1451/95**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm). Acessado em 23 março de 2018.

COELHO, M.O., JORGE, M.S.B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1): 1523-1531, 2009.

COSTA, A. F.; ARAUJO, D.V.; BARROS, W. C. T. S. **O trabalho do enfermeiro no setor de urgência e emergência hospitalar.** XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba/PB. Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2009/anais/trabalhos\\_saude.html](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/trabalhos_saude.html)>. Acessado em 25 de junho de 2018.

COSTA, E.M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da família – Uma abordagem multidisciplinar.** 2.ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p. 4-10.

FIGUEIREDO, N.M.A. et al. **Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS.** In: FIGUEIREDO, N.M.A; TONINI, T. (org.). *SUS e PSF para enfermagem – Práticas para o cuidado em Saúde Coletiva.* São Caetano do Sul: Yendis, 2008.p. 15-25.

DIAS, V.A. **Referência e contra – referência: Um importante sistema para complementaridade da integralidade da assistência.** Monografia (Especialista em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.2012.

FIOCRUZ. **O que é o SUS.** Fundação Oswaldo Cruz. 2018. Disponível em <<https://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acessado em 20 de março de 2018.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Definições de urgência e emergência: critérios e limitações.** In: *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection, pp. 15-26. ISBN 978-85-7541-378-4. Available from SciELO Books.

GOULART, B. N. G; **Humanização das Práticas do Profissional de Saúde – Contribuições Para Reflexão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, p. 255-268, 2010.

GOMIDE, M. F; PINTO, I. C; GOMIDE, D. M. P, ZACHARIAS, F. C. M. **Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento.** *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2012; 45(1): 31-8

LIMA, J. C; RIVERA, F. J. U. **Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010 Fev;26 (2):323-336.

LIMA, S. M. **O que é o SUS?** *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 167-171, mar./jun.2018.

LIMA, N. A. V. de et al. **Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros.** Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental [on line], v. 5, n. 4, p. 519-28, 2013.

LOPES, F. S; ANDREOTTI, M. T. **Caracterização da demanda do setor de urgência e emergência sob a ótica dos usuários e profissionais de enfermagem.** Monografia apresentada ao Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UNISALESIANO, Lins-SP, para graduação em Enfermagem, 2014.

MACHADO, C. V. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90.** Cad Saúde Publica, São Paulo, v. 23, n. 9, p. 2113-26, 2007.

\_\_\_\_\_. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira.** Disponível em:< [https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lang=pt](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lang=pt)>. Acessado em 12 de novembro de 2018.

MARIA, M. A; QUADROS, F. A. A; GRASSI, M. F. O. **Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade e implantação.** Rev. Bras. Enferm, Brasília/DF, v. 65, n. 02, p. 297-303, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2010.

NASCIMENTO, F. S. **As ações da enfermagem no atendimento humanizado no setor de urgência e emergência.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis -SC, 2014.

O'DWYER, G; MATTOS, R. A. **Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.20 n.2, p.609-623, 2010.

\_\_\_\_\_. **O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo.** Physis Revista de Saúde Coletiva, 2012; 22 (1): 141-160, 2012.

OLIVAT, F.N; BRANDÃO, G. A. M; VAZQUEZ, F. L; PARANHOS, L. R; PEREIRA, A. C. **Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo.** RFO (Passo Fundo). 2010.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios – Séries. IN: **THE LANCET: Saúde no Brasil – maio 2011.** p.11-31. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista\\_the\\_lancet.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf)> Acesso em 20

de setembro de 2018.

PIRES, M. R. G. M; GÖTTEMS, L. B. D; CUPERTINO, T. V; LEITE, L. S; VALE, L. R. D; CASTRO, M. A. D, et al. **A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços.** Saúde Soc. (São Paulo). 2013.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão.** Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)> Acessado em 20 de março de 2018.

PERNAMBUCO. Hospital Unidade Mista Elisabeth Barbosa. Secretaria Municipal de Saúde. Custódia, 2011. PHIL, Bartle. **O que é monitoramento e avaliação?** Definição e objetivo. Canadá: VCN, 2007. Disponível em: < <http://cec.vcn.bc.ca/mpfc/modules/mon-whtp.htm>>. Acessado em 21 de março de 2018.

POZNER, C. N et al. **International EMS systems: the United States: past, present and, future.** Resuscitation, Rockville Pike, v. 60, n. 3, p. 239-44, mar, 2004

PUCCINI, P. T; CORNETTA, V. K. **Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para monitoramento da atenção básica de saúde.** Cad. Saúde Pública, São Paulo, v. 24, n. 9, p. 2032-42, 2008.

ROMANI, H. M. et al. **Uma visão assistencial da urgência e emergência no Sistema de Saúde.** São Paulo, 2009.

SANTIAGO, R. F.: **A Construção do Instrumento de Avaliação de Satisfação do Usuário como um dos Critérios para Avaliação da Qualidade do Atendimento nos Serviços de Urgência/Emergência.** 2007 Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

SANTOS, J.S. et al. **Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização.** Medicina, Ribeirão Preto, p.498-515, 2003. Artigo online. Disponível em:<[http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/avaliacao\\_modelo\\_organizacao\\_ue.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf)>. Acessado em 22 de março de 2018.

SANTOS, N.C.M. **Urgência e emergência para enfermagem – Do atendimento pré-hospitalar à sala de emergência.** 5. ed. São Paulo/SP: Iátria, 2008.p.17-25

SILVA, B. V. G. **Políticas de saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e**

**implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990.** Aedos. 2013;12(5):133-46.

SOUSA, N. **SUS - Princípios, Diretrizes e Gestão.** Brasília.2017. © 2018 Ponto dos Concursos. Disponível em <<https://www.pontodosconcursos.com.br/artigo/14614/natale-souza/sus-principios-diretrizes-e-gestao> CNPJ: 07.610.468/0001-47>. Acessado em 20 de março de 2018.

RATI RMS, G. L; ALVIM, C. G. **Criança não pode esperar:** a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes, Ciênc. Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2013.

SILVA, L. G. da ; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. **A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade,** 2012, p. 320-328. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200009&script=sci_arttext)>. Acessado em 31 de março de 2018.

SOUZA, R. R. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva 6(2): 451-455, 2001. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v6n2/7015.pdf>>. Acessado em 20 de março de 2018.

TOMASI, E; FACCHINI, L.A; THUMÉ, E; PICCINI, R.X; OSORIO, A; SILVEIRA, D.S.D. et al. **Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção.** Ciênc. Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2011.

VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D.F. **O Sistema Único de Saúde.** In: CAMPOS, G.W.S et al (org). Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo/SP: Hucitec, 2006. p.532-60.

VALENTIM, M.R.S; SANTOS, M.L.S.C. **Políticas de saúde em emergência e a enfermagem.** Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 02, p.285-9, 2009.

VIEGAS, S. M. F; HEMMI, A. P. A; SANTOS, R. V; PENNA, C. M. M. **O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte.** Physis vol.20 no.3. Rio de Janeiro 2010.

VIEIRA, C. S; MUSSI, F. C. **A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios.** Rev. esc. enferm. USP vol.42 no.4. São Paulo. 2008.