

Organization of health services attention to emergencies: narrative review.**Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa.**

Alísia Helena Weis Pelegriani¹, José Luís Guedes dos Santos¹, Giselda Quintana Marques¹, Rosane Mortari Ciconet¹, Maria Alice Dias da Silva Lima¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil

Abstract: The attention to emergency is a complex matter and symbolic in the implementation of the Brazilian National Health Care System – [*SUS-Sistema Único de Saúde*]. This paper aims to present a review on the organization of health services for emergency attention in Brazil, considering the presuppositions of the National Urgent Care Policy and SUS. This is a review of the narrative kind, in databases BVS and SciELO between 1999 and 2009 that totalized 12 productions. Despite advances in the policy guidelines' urgent care, the organization and structuring of services has presented fragilities and contradictions regarding the concept that all patients will be guaranteed the host on a network of care in a regionalized, hierarchical and regulated in accordance with technological complexity. This scenario creates trouble and problems, both for the services and professionals and users, who suffer, respectively due to the overload of work and the fact of not having their health needs fulfilled. The study signals some critical nodes that need to be discussed and implemented by the health and nursing team for the effectiveness of policies to emergency attention in the health services.

Key-words: Health Services; Emergency Medical Services; Health Care Levels; Emergency Nursing; Health Services Accessibility.

Resumo: A atenção às urgências é uma questão complexa e emblemática no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo teve como objetivo apresentar uma revisão sobre a organização dos serviços de saúde para atenção às urgências no Brasil, considerando os pressupostos da Política Nacional de Atenção às Urgências e do SUS. Trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo narrativa, nas bases de dados SciELO e BVS entre 1999 e 2009 que totalizou 12 produções. Apesar dos avanços nas diretrizes políticas de atenção às urgências, a organização e estruturação dos serviços apresentam fragilidades e contradições em relação ao conceito de que a todos os pacientes será garantido o acolhimento em uma rede de atendimento de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, de acordo com a complexidade tecnológica. Esse cenário gera transtornos e problemas, tanto aos serviços e profissionais, como aos usuários, que sofrem, respectivamente, pela sobrecarga de trabalho e por não terem, muitas vezes, suas necessidades de saúde atendidas. O estudo sinaliza alguns nós críticos que precisam ser discutidos e transpostos pelos profissionais das equipes de saúde e enfermagem visando à efetivação das políticas de atenção às urgências nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência; Níveis de Atenção à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

Introdução

As concepções e os sinais identificadores das urgências são múltiplos e podem ser diferentes conforme o contexto de atendimento e os indivíduos que lhes conferem sentido. Os profissionais de saúde, por exemplo, pautam-se, habitualmente, nos parâmetros anatomofisiológicos para definirem o que é urgente; em contrapartida, os usuários procuram expressar por meio das suas urgências os transtornos e sofrimentos presentes no seu inseguro viver e sobreviver cotidiano⁽¹⁾. Essa diversidade de percepções torna a atenção às urgências uma questão complexa e emblemática no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em relação aos modos como os serviços de saúde estão organizados e estruturados para os atendimentos dessa natureza.

A organização e estruturação dos serviços de saúde para a atenção às urgências adquire uma

importância ainda maior ao se considerar que a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), publicada pelo Ministério da Saúde em 2003, preconiza que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, seja nas unidades de atenção básica e serviços especializados até os cuidados hospitalares e pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. Esses serviços têm como prerrogativa atender as situações de urgências de qualquer natureza e de diferentes níveis de gravidade. Para tanto, a PNAU pauta-se nos pressupostos de humanização, organização das redes assistenciais, estratégias promocionais, regionalização médica de urgências, qualificação e educação permanente, em consonância com os preceitos do SUS⁽²⁾.

No entanto, estudos têm mostrado a existência de distorções no fluxo de usuários da rede de serviços básicos de saúde para os serviços de urgência hospitalares e de pronto-atendimento, resultando em superlotação^(2,3,4). O hospital continua sendo o local para onde confluem problemas não resolvidos e não diagnosticados em outros níveis de atenção, que poderiam ser evitados se houvesse uma rede integrada e articulada, com atendimento humanizado e resolutivo em cada estrutura específica^(4,5,6).

Diante desse cenário, acredita-se que as discussões acerca das questões políticas e organizacionais dos serviços de atenção às urgências e suas implicações sobre as práticas dos profissionais necessitam ser aprofundadas e assumidas, tanto pelos gestores da saúde quanto pela equipe de saúde que atuam nesses serviços. Apesar das condições de atendimento ainda não estarem em conformidade com as políticas públicas, os profissionais necessitam atender os usuários visando à beneficência e buscando reduzir o risco de danos⁽⁷⁾.

Neste contexto, as práticas e os saberes da enfermagem são importantes para que o atendimento às urgências seja eficiente e resolutivo. Compete aos enfermeiros, em especial, como responsáveis pela coordenação da equipe de enfermagem e pelo gerenciamento do cuidado, buscar meios para garantir a disponibilidade e a qualidade de recursos materiais e de infra-estrutura que permitam à equipe atuar no atendimento emergencial, visualizando as necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais e os objetivos da equipe de enfermagem⁽⁸⁾.

Assim, tem-se como objetivo apresentar uma revisão narrativa sobre a organização dos serviços de saúde para atenção às urgências, considerando os pressupostos da PNAU e os princípios que norteiam o SUS.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, que permite a análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas sobre um determinado assunto, com o objetivo de descrevê-lo e discuti-lo, sob ponto de vista teórico ou contextual. Essa categoria de artigos tem um papel fundamental para a educação continuada, pois possibilitam aos leitores adquirirem e atualizarem o conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo⁽⁹⁾.

A partir da consulta às bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram selecionados 12 produções^(2,10-20) entre artigos, resoluções e portarias sobre a atenção às urgências no Brasil publicados entre 1999 e 2009. Por meio da leitura e síntese qualitativa do material selecionado, realizou-se um paralelo entre as leis e a produção científica consultada, sendo constituídos dois eixos de análise e reflexão, conforme os aspectos relevantes que se repetiam ou se destacavam entre as obras consultadas: panorama histórico e operacional da Política Nacional de Atenção às Urgências; e, o atendimento às urgências nos serviços de saúde.

Panorama histórico e operacional da Política Nacional de Atenção às Urgências

Em virtude do reconhecimento da necessidade de organização e qualificação da atenção às situações de urgências, o Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, regulamenta a atenção às urgências no SUS a partir da implementação de Portarias. O Quadro 1 apresenta as portarias que integram essa legislação e uma síntese das suas principais deliberações.

Quadro 1 – Portarias que regulamentam a atenção às urgências no Brasil.

Portaria

Portaria	Deliberações
Portaria nº 824/GM, de 24 de Junho de 1999	Define as atribuições dos profissionais de saúde envolvidos na Atenção Pré-Hospitalar.
Portaria GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002	- Estabelece as atribuições da Regulação Médica das Urgências e Emergências. - Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. - Cria os Núcleos de Educação em Urgências. - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003	- Estabelece as competências/atribuições dos níveis de atendimento visando à organização de redes loco regionais de atenção às urgências, que atuem como elos da cadeia de manutenção da vida, envolvendo todos os componentes da rede assistencial do SUS.
Portaria GM nº 1.864, de 29 de setembro de 2003	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.
Portaria GM nº 2.072, de 30 de outubro de 2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria GM nº 1.828, de 2 de setembro de 2004	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.
Portaria GM nº 2.420, de 9 de novembro de 2004	Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria GM nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192.

Essas portarias retratam o percurso evolutivo das políticas de atenção às urgências no Brasil. Entre elas, destaca-se o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de 2002, que prevê a necessidade de ordenar o acesso ao atendimento às urgências com garantia de acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para os casos de baixa e de média complexidade, estabilização das situações de urgência quando necessário e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, por meio de acionamento e intervenção das centrais de Regulação Médica (RM)⁽²⁾.

Desse modo, foram estabelecidos os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, a classificação e os critérios para a habilitação de serviços que devem participar dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, a saber: Regulação Médica de Urgência e Emergência, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-Hospitalar e, ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgência, com a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área⁽²⁾.

O componente pré-hospitalar fixo é composto pelas Unidades Básicas de Saúde, do Programa de Saúde da Família e equipes de Agentes Comunitários de Saúde, os quais devem estar estruturados e capacitados para o atendimento das urgências de menor complexidade, principalmente as que ocorrerem entre os usuários sob sua adstrição, além de dar o primeiro atendimento ou suporte de vida a casos graves. Também integra esse componente a Rede de Atenção Especializada que deve responsabilizar-se pelos pacientes em acompanhamento especializado, dando-lhes retaguarda qualificada em quadros de agudização, bem como acolher prontamente para investigação e/ou seguimento os pacientes que sejam atendidos em serviços de urgência; Rede de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências, que necessitam ser amplamente

reestruturadas e qualificadas⁽²⁾.

O Componente Pré-Hospitalar Móvel é representado pelos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – SAMU192, escolhido pelo governo como primeira ação no enfrentamento às urgências por seu alto potencial de impacto de preservação da vida, sua capacidade de “observatório do sistema e da saúde da população” e sua capacidade de intervenção nos fluxos de pacientes urgentes em todos os níveis do sistema, por meio da regulação médica⁽²⁾.

O Componente Hospitalar é composto pelas Portas de Urgências de Hospitais Gerais ou Especializados, de qualquer porte ou nível de complexidade, aí incluindo todos os leitos do Sistema – os gerais, os especializados, os de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva ⁽²⁾.

O Componente Pós-Hospitalar é composto pelas várias modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais Dia e Projetos de Reabilitação⁽²⁾.

Além desses componentes fundamentais, os Planos de Atenção às Urgências também contemplam outros quatro eixos operacionais: 1) adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências, enfrentando-as por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública e da participação e responsabilização de toda a sociedade; 2) instalação e operação das Centrais de Regulação Médica de Urgências, que deverão atuar em íntima relação e integração com as demais Unidades de Trabalho do Complexo Regulador da Assistência no SUS, promovendo fluxos qualificados de entrada e saída dos pacientes na Rede de Atenção às Urgências; 3) capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos de atenção, envolvendo todos os trabalhadores do setor; e, 4) orientação segundo os princípios de Humanização da Atenção⁽²⁾.

A PNAU deve, portanto, exercer forte papel indutor na organização do Sistema Único de Saúde, prevendo um conjunto de ações que pressupõe uma leitura detalhada das necessidades sociais em saúde, a fim de identificar déficits de atenção perpetuadores de iniquidades nos diferentes territórios sociais brasileiros. Além disso, ela tem por mérito estimular o exercício do comando único e da pactuação entre as esferas de governo para a manutenção de ações, que possam atender às diretrizes de universalidade, equidade e integralidade do sistema, assim como uma hierarquização e regionalização efetivas da atenção.

O atendimento às urgências nos serviços de saúde

Apesar dos avanços nas diretrizes para a formação de uma rede de atendimento, predomina na maioria das cidades brasileiras a desorganização da atenção às urgências. No âmbito da atenção primária, as urgências de menor gravidade, na maioria das vezes, não são acolhidas; e quando são, ficam subsumidas no processo de trabalho das equipes de saúde, misturando-se às outras práticas, não sendo reconhecidas como práticas importantes. Desse modo, os problemas de acesso dos usuários e a organização do trabalho em atenção primária contribuem para o aumento da procura por atendimento nos serviços de urgência, aliado a concepção de usuários de que nas emergências hospitalares existem as melhores condições tecnológicas para a resolução de seus problemas de saúde.

A população possui critérios próprios, de acordo com seus interesses e conveniências, para caracterizar a urgência, sendo que a visão do usuário é divergente da daqueles que o assistem e está diretamente relacionada a uma auto-avaliação que ele faz de seu estado de saúde. A escolha do serviço de saúde se dará de acordo com a sua percepção do que é simples ou grave, resultando, quase sempre, em uma procura espontânea pelos serviços. Alguns motivos que levam os usuários a não utilizarem a atenção básica de saúde e seguirem trajetórias próprias na busca por outros serviços da rede são a desconfiança em relação à atenção recebida nas unidades de saúde, a busca frenética por exames e medicações, a falta de médicos, a dificuldade de conseguir vaga para a consulta médica no dia que a julga necessária, a dificuldade para agendar consulta com especialistas⁽¹⁰⁾.

Além disso, as percepções de profissionais e população em relação aos conceitos de saúde e doença são diferentes. Para os profissionais, as urgências estão relacionadas às patologias que comprometem a vida ou função vital importante; para a população, a necessidades variadas (aflição,

angústia, abandono e a miséria) que requerem ajuda e assistência, com solução imediata a uma dificuldade passageira^(1,11).

Mesmo entre os profissionais de saúde existe divergência sobre o perfil da urgência. A organização dos processos de trabalho, nas diferentes unidades de saúde, seja no hospital ou na atenção básica, faz com que os profissionais priorizem os problemas a serem trabalhados, segundo um conjunto de conhecimentos que determinam uma dada organização dos saberes e dos serviços. Assim, para as unidades hospitalares, as queixas que deixam de ser urgentes, ditas eletivas são caracterizadas como do perfil das unidades básicas ou especializadas ambulatoriais, sendo então, os pacientes para lá encaminhados. Por sua vez, nas unidades básicas ou especializadas, a queixa aguda pode não ser reconhecida como uma prioridade, porque o perfil dessa é entendido como sendo da urgência⁽¹²⁾.

O serviço de pronto-atendimento, por sua vez, além de atender usuários em situação de urgência, recebe as demandas reprimidas e é utilizado pela população de maneira a complementar a atenção recebida nas unidades básicas de saúde e nas unidades de saúde com equipes de saúde da família. A manutenção do enfoque biomédico, voltado para queixa-conduta e centrado no procedimento, não acolhe o usuário que não se "encaixa" nos padrões da urgência percebida pelo serviço. Assim, o usuário não obtém resposta às suas necessidades. Mesmo que não seja possível solucionar todos os problemas dos usuários que chegam ao serviço é preciso que ele seja escutado e atendido com respeito e não penalizado pelo uso indevido do serviço⁽¹³⁾.

Estudo realizado em um pronto-atendimento constatou que a atenção oferecida ao usuário resolvia as necessidades imediatas e que havendo necessidade de continuidade do atendimento, ele era orientado verbalmente para a utilização da atenção básica ou unidades especializadas para a continuidade do atendimento⁽¹²⁾. Com as dificuldades de acesso aos serviços básicos encontradas pelos usuários nessa trajetória de busca pela resolução de suas necessidades, eles vislumbram nas portas de urgência a possibilidade concreta de ser atendido.

As situações de urgência que ultrapassam a capacidade resolutive dos pronto-atendimentos são encaminhadas para os serviços hospitalares. Entretanto, o que se observa é a dificuldade de articulação entre esses serviços, pois as transferências dos usuários aos serviços de maior complexidade ocorrem, muitas vezes, sem comunicação prévia entre eles⁽¹²⁾.

A desarticulação entre os serviços que compõem a rede de atenção à saúde no SUS colabora para as distorções de acesso dos usuários aos serviços e para a diminuição da qualidade da oferta. Dessa forma, reitera-se, no imaginário da população, que na atenção básica de saúde os atendimentos são para problemas simples, com uso de tecnologia menos avançada e a qualificação simplificada dos profissionais⁽¹³⁾ e que nos hospitais, pronto-socorros e pronto-atendimentos o atendimento é rápido, as tecnologias são complexas e os profissionais são mais qualificados.

Somando-se a isso, as unidades hospitalares de atenção às urgências também recebem situações extremamente graves, que extrapolam a sua capacidade resolutive. Esbarram nas dificuldades para referenciar seus pacientes para hospitalização, fazendo com que as salas de observação 24 horas se transformem em verdadeiras áreas de internação, sem, no entanto, possuírem as devidas condições para tratamento de caráter continuado.

Os serviços de urgência não foram planejados para acompanhar as mudanças sócio-demográficas da população brasileira, que vem se modificando ao longo das últimas décadas do século XX. A maior expectativa de vida, somada ao aumento da morbimortalidade por doenças coronarianas e cerebrovasculares, que acometem adultos e idosos, induz à necessidade de novos modelos de atenção com maiores possibilidades terapêuticas. Tradicionalmente, esses serviços foram organizados num enfoque voltado para situações limite como a "medicina de guerra", assim como para agravos por causas externas, especialmente os acidentes de trânsito e a violência urbana⁽¹⁴⁾.

Os profissionais de saúde inseridos nesses contextos sentem-se impotentes e desgastados diante da sobrecarga de trabalho superior a sua capacidade de resposta, em virtude da escassez de pessoal e limitação do espaço físico para o atendimento⁽¹⁵⁾. Tal insatisfação com o trabalho relacionada ao volume de atendimentos e percepção da diminuição da qualidade do cuidado prestado foi uma das queixas manifestadas por médicos pediatras de um ambulatório de urgências de um hospital público de

pediatria, os quais se ressentem de assistir crianças que deveriam estar sendo atendidas no cuidado primário, expressando uma preocupação com as mais graves que também chegam necessitando de cuidados que não estão disponíveis em outros níveis do sistema⁽¹⁶⁾.

Diante disso, os profissionais reconhecem a dificuldade do usuário em sua trajetória terapêutica, mas expressam insatisfação com a sobrecarga de trabalho causada pelo volume de atendimentos⁽¹⁷⁾. O acesso indiscriminado e a superlotação dos serviços de urgência são alguns dos fatores que contribuem para esta insatisfação, uma vez que os problemas apresentados pelos usuários, na sua maioria, poderiam ser atendidos em atenção básica.

Destacam-se, também, nos serviços de urgências questões éticas importantes relacionadas à organização do trabalho e aos atendimentos aos usuários, salienta-se que a complexidade das relações que se estabelecem nesses locais gera conflitos, dilemas e sofrimento aos trabalhadores, pois o atendimento emergencial pode ser comprometido pelas questões institucionais internas e externas que transcendem os atos, atitudes e desejos dos trabalhadores da saúde que buscam atender aos usuários, visando à beneficência, ainda que danos possam advir de um atendimento realizado em condições desfavoráveis⁽⁷⁾.

Apesar das inúmeras dificuldades encontradas nos serviços de urgência, é relevante considerar que experiências exitosas têm sido relatadas, mostrando que é possível estruturar uma rede de atenção a esses agravos. A partir da aplicação de conceitos contemplados pela PNAU e Política Nacional de Humanização em uma unidade de emergência de um hospital de São Paulo, houve a configuração de uma rede assistencial regional, hierarquizada de atenção às urgências, regulada e por meio da implantação da Regulação Médica e do SAMU.

Concomitantemente, os serviços clínicos, vinculados a departamentos da Universidade de São Paulo e apoiados pelo Centro de Estudos de Emergências ajudaram a redefinir a missão assistencial e educacional da unidade, equacionando a superlotação com a redução significativa do número de consultas e da taxa de ocupação na unidade⁽⁵⁾. Tal experiência mostra que por meio da junção de esforços dos profissionais e serviços de saúde e a articulação das esferas de governo é possível a superação das dicotomias que caracterizam os atendimentos às urgências no Brasil.

No contexto internacional, a contratação de enfermeiros e ampliação da atuação desses profissionais por meio do desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem, que envolvem desde a realização de triagem com classificação de risco até o atendimento clínico aos casos de menor complexidade tecnológica⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, as enfermeiras avaliam as necessidades dos pacientes, a gravidade de seus problemas e os orientam de forma ágil e adequada nos serviços de urgência⁽¹⁹⁾.

Estas são estratégias empregadas pelas unidades hospitalares de atenção às urgências para diminuir a superlotação e a utilização dos serviços de urgência por pacientes não urgentes, qualificar o atendimento e ampliar o acesso dos usuários⁽¹⁸⁾. Além disso, tem-se discutido a importância da organização e estruturação dos serviços de emergência conforme as demandas sociais dos usuários, por meio da adoção de modelos de gestão que permitam melhores tempos de intervenção e uma maior articulação dessas unidades com o restante da estrutura assistencial do hospital⁽²⁰⁾. Assim, pode-se questionar se a ampliação das margens de atuação e autonomia profissional do enfermeiro no atendimento às urgências nos serviços de atenção às urgências não poderia ser uma estratégia para qualificar a atenção prestada aos usuários e diminuir a superlotação que caracteriza, muitas vezes, esses serviços.

Considerações finais

Apesar das mudanças estruturais no modelo de organização do sistema de saúde brasileiro e da formulação de políticas públicas específicas na área de urgências, este trabalho constatou as contradições em relação ao conceito de que a todos os pacientes será garantido o acolhimento nos serviços, de acordo com a complexidade tecnológica, que deverá estar organizada de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, pois existem muitas fragilidades na organização. O panorama encontrado nas portas de entrada do sistema gera transtornos e problemas, tanto para os serviços, quanto para os profissionais e usuários, os quais sofrem, respectivamente, pela sobrecarga de trabalho e por não terem, muitas vezes, suas necessidades de saúde atendidas.

Entraves e desafios a serem superados pelos serviços visando à efetivação da Política Nacional de Atenção às Urgências estão presentes na constituição dos serviços que atendem as situações de urgência. A superlotação, a baixa resolubilidade, a inadequação dos atendimentos realizados nos serviços hospitalares de emergência, a infra-estrutura inadequada das unidades de saúde, o descontentamento dos profissionais de saúde com o sobrecarga de trabalho são os principais problemas encontrados.

Idealmente, os diferentes níveis de atenção devem relacionar-se, formando uma rede assistencial de modo que cada serviço complemente a ação de outro por meio de mecanismos organizados e pactuados. Isso só ocorrerá se os serviços se reconhecerem como parte integrante desse sistema de urgências, atendendo adequadamente o paciente naquilo que corresponder a sua capacidade resolutive.

Para que isso aconteça, é importante que as unidades e/ou serviços estejam habilitados tecnicamente e possuam condições de infra-estrutura física, de pessoal, recursos materiais e equipamentos para prestarem o primeiro atendimento ou a estabilização dos quadros de urgência, para, posteriormente, encaminhar o paciente para unidades de maior porte. Fortalecer a atenção básica à saúde para o atendimento às situações de urgência também é imprescindível. Para isso, é preciso reorganizar o trabalho, qualificar a atenção e disponibilizar infra-estrutura adequada, além de ser reconhecida por gestores, profissionais da saúde e população como uma das portas de entrada importantes para as urgências.

Para que esses avanços aconteçam, é necessário que os profissionais de saúde, entre eles a equipe de enfermagem, reconheçam sua parcela de responsabilidade para o alcance das mudanças que vem sendo propostas. Os trabalhadores dos serviços de urgência necessitam ampliar sua atuação profissional, expandindo sua visão para além da dimensão biomédica, agregando mais fortemente às suas práticas as dimensões políticas, sociais e subjetivas que envolvem a produção do cuidado em saúde e atenção dos usuários em situação de urgência.

Por fim, há de se considerar que muitas das portarias que compõem a PNAU são recentes, de tal modo que seus reflexos na organização do atendimento às urgências e emergências nos serviços de saúde podem ainda não ter sido observados e descritos na literatura. De qualquer modo, a avaliação contínua da operacionalização das legislações norteadoras da atenção às urgências é uma etapa fundamental à estruturação de uma rede de serviços para esse fim, capaz de ampliar o acesso e possibilitar maior resolubilidade aos usuários com demandas urgentes nos serviços de saúde. Portanto, o presente estudo contribui no sentido de sinalizar alguns nós críticos que precisam ser discutidos e transpostos pelos profissionais das equipes de saúde e enfermagem e gestores/gerentes dos serviços de saúde visando à efetivação da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Referências

1. Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 3. ed. ampl., 2006.
3. Ladeira RM, Barreto SM. Fatores associados ao uso de serviços de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(2):287-94.
4. Marques G, Leal S, Lima M, Bonilha A, Lopes M. Practices and daily routine of professionals in health public services under the light of academic studies. *Online Braz J Nurs* 2006, 6(2). Retrieved 2009-09-30, from <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.660/194>
5. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização do HCFMRP-US, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2003;36(4):498-515.
6. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(8):1877-86.
7. Poll MA, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Acta paul. enferm.* 2008;21(3):509-14.
8. Santos JLG, Gehlen GC, Weis AH, Garlet ER, Lima MADS. Nursing practice in emergency care:

- systematic review. Online Braz J Nurs 2009, 8(3). Retrieved 2009-12-20, from <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1243>
9. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa [editorial]. Acta Paul Enferm. 2007;20(2):v-vi.
 10. Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em Pronto-Socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica à saúde. Cad. Saúde Pública 2008;24(9):2032-42.
 11. Barrier G. Les appels d'urgence au SAMU. Comptes rendus de l'Académie des sciences. Série III, Sciences de la vie 2001,324(7):663-666.
 12. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Lat Am Enfermagem 2007 Jan; 15(1):13-9.
 13. Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2008 Mar;42(1):41-7.
 14. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade dos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. Cien Saude Colet. 2007;12(4):929-34.
 15. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Rev Eletrônica Enferm 2007;9(3):617-29.
 16. Melo EMC, Assunção AA, Ferreira R. A O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. Cad. Saúde Pública 2007;23(12):3000-10.
 17. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. Rev Lat Am Enfermagem 2009;17(4):534-40.
 18. Carter AJ, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. CJEM 2007;9(4):297-99.
 19. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Services Research 2010, 10:66.
 20. Millán EM. Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias 2008;20(4):276-84.