

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENSINO À DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO LATO-SENSU
GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**A SUPERLOTAÇÃO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
HOSPITALAR**

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Anne Karine Fritsch Petter

**Três de Maio, RS, Brasil
2012**

A SUPERLOTAÇÃO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Anne Karine Fritsch Petter

Artigo apresentado ao Curso de Pós- Graduação do Programa Nacional de Formação em Administração Pública da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Neida Luiza Pellenz

**Três de Maio, RS, Brasil
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENSINO À DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO LATO-SENSU
GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o artigo de
especialização**

A SUPERLOTAÇÃO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

elaborado por:
Anne Karine Fritsch Petter

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Neida Luiza Kaspary Pellenz, Msc.
(Presidente/Orientadora)

Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr. (UFSM)

Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a. (UFSM)

Susane Flores Consentino, Msc. (UFSM)

Três de Maio, 14 dezembro de 2012.

SUMÁRIO

Introdução.....	5
Metodologia.....	6
Apresentação e Discussão dos resultados.....	8
Conclusão.....	12
Referências.....	13

A SUPERLOTAÇÃO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

The overpopulation of the hospital emergency service

Anne Karine Fritsch Petter¹, Neida Luiza Pellenz²

¹ Enfermeira, Pós Graduanda em Gestão Pública de Saúde. Endereço: Rua Luiz Bonamigo, 70, Planalto, CEP 98910-000, Três de Maio, RS, Brasil. E-mail: anyk_718@hotmail.com;

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS

Resumo

O serviço de emergência hospitalar deve estar comprometido em atender condições de agravo á saúde do indivíduo, que impliquem em risco iminente de vida, porém, a população procura o serviço de emergência hospitalar em busca de atendimento primário, causando superlotação e conseqüente deficiência do serviço nos casos que realmente exigem atendimento emergencial. Frente a essas observações, realizou-se um estudo bibliográfico sobre o tema, buscando conhecer os motivos e conseqüências da superlotação do serviço de emergência hospitalar. A pesquisa permitiu concluir que a atenção primária de um modo geral não está conseguindo suprir as necessidades básicas de saúde da população, e a superlotação do serviço de emergência hospitalar é um fenômeno mundial, revelando a saturação do limite operacional, físico e assistencial, com conseqüente perda de desempenho das atividades envolvidas. Sendo assim, é necessário aprofundar o conhecimento sobre o assunto para colaborar na tomada de decisão dos envolvidos e mudar o quadro atual, auxiliando na busca de soluções baseados em evidências.

Palavras-chave: Emergência hospitalar; Superlotação; qualidade de atendimento.

Abstract

The hospital emergency service should be engaged to comply with all the serious health problem of the person, which can make them have life-threatening, however, the population look for the hospital emergency service trying to find the primary care, causing overpopulation and consequent deficiency in the real emergency cases. Having these observations going on, a reflexive bibliographic study on this subject was done, trying to discover all the reasons and consequences of the overpopulation of hospital emergency service. The research had as conclusion that the treatment in a general way is not being possible to supply the basic necessity health of people, and the overpopulation of the hospital emergency service is a global phenomenon, revealing the operational limit saturation, physical and assistential, having as a consequence the developing loss of the involved activities. This form, it is necessary to deepen the knowledge about this subject to collaborate in the final decision of the involved people and change the current frame, giving auxiliary in the search of solution based in evidences.

Key words: Hospital Emergency; overpopulation; Quality of care.

Introdução

Atualmente o maior desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) é o de garantir o direito à saúde conforme dispõe a constituição brasileira de 1988. Dentre os princípios organizativos do SUS está a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde, que recentemente definiu-se como eixo estruturante do processo de construção de redes (BRASIL, 2006).

A construção de redes hierarquizadas e regionalizadas tendem a conseguir uma melhor cobertura e acesso da população aos diversos serviços de saúde. É baseada na divisão de níveis de atenção. Segundo Bittencourt e Hortale (2007), este modelo é caracterizado por uma maior integração entre os serviços, pela constatação que os serviços, isoladamente, não dispõe de recursos humanos, financeiros, competência e tecnologia para fazer frente à atenção integral a saúde da população.

A atenção primária, também conhecida como rede básica, tem como prioridade atender a maioria dos casos de menor complexidade, devendo ser a porta de entrada para o correto ordenamento do sistema, para que o usuário desenvolva valores ligados ao pertencimento, que se sinta acolhido por uma equipe multiprofissional, que será capaz de inseri-lo nos princípios organizativos do SUS, estruturando o fluxo para serviços de maior complexidade, se julgar necessário.

Porém, no momento em que a atenção primária não consegue atender esta demanda no processo de trabalho, deixando lacunas para a busca dos serviços de emergência, além da demora no atendimento do usuário e sua insatisfação, exibindo um cenário de desconforto pela superlotação dificultando a triagem para os atendimentos emergenciais, com conseqüente redução da qualidade no atendimento, o qual deveria ser imediato e eficiente.

Os usuários procuram os serviços hospitalares de urgência como uma das alternativas de acesso, pois entendem que eles reúnem um somatório de recursos, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, que os tornam mais resolutivos (GARLET et al., 2009, p. 267).

A superlotação das emergências é um fenômeno mundial que caracteriza-se por todos os leitos ocupados; usuários acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos (BITTENCORT, HORTALE, 2009).

Metodologia

A partir desta pesquisa, se buscou conhecer a demanda dos serviços de emergência hospitalar do Brasil e os motivos e conseqüências da superlotação, por meio de um estudo bibliográfico, que colabore na articulação do atendimento à população na tentativa de garantir resolutividade, principalmente na atenção primária à saúde, buscando respostas para a problemática: porque os usuários do SUS procuram as emergências como porta de entrada para a rede de serviços de saúde?

Este trabalho é um estudo bibliográfico, de natureza exploratória sobre os serviços de emergência hospitalar do Brasil. Para Berto & Nakano (1998) as pesquisas classificadas como revisão bibliográficas são produtos de reflexões

críticas sobre um fenômeno ou questão observada na literatura, compilando-se, contrapondo argumentos e teorias de diferentes autores sobre um determinado tema. Para Gil (2008) a pesquisa de natureza exploratória:

[...] têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições (GIL, 2008, p.41).

Usou-se de um referencial bibliográfico, baseando os dados em evidências científicas, a fim de obter o conhecimento e elucidar questões relacionadas ao SUS, a formação de redes de atenção à saúde e a superlotação dos serviços de emergência hospitalar do Brasil.

Os artigos que compuseram a amostra foram publicados em periódicos nacionais, escritos em português, nos últimos cinco anos, foi utilizado a base de dados Scielo, considerando as seguintes palavras-chave: Emergência hospitalar; Superlotação; qualidade de atendimento.

Foram encontrados 7 artigos que contemplavam os critérios pré-estabelecidos e que atendiam aos objetivos propostos. Os dados coletados foram analisados através da proposta de análise de conteúdo de Minayo *et al.* (2002), que se divide em pré-análise, exploração do material coletado, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, tem como função confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes da investigação e descobrir o que está por traz dos conteúdos manifestos.

Quadro 1: Artigos que compuseram a amostra.

Título	Autor	Ano
A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro.	BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A.	2007
Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar.	BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A.	2009
Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro.	DUBEUX, L. S. <i>et al.</i>	2010
Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência.	GARLET, E. R. <i>et al.</i>	2009
Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação.	GAWRYSZEWSKI, A. R. B. <i>et al.</i>	2010
Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro.	OHARA, R. <i>et al.</i>	2010
Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada.	OLIVEIRA, G. N. <i>et al.</i>	2011

Apresentação e discussão dos resultados

A partir da década 1980, com a redemocratização do país, refletida na promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil foi recuperando as bases próprias de autonomia política para todas as esferas de governo, repercutindo na descentralização de políticas e promovendo novas conformações entre as instâncias governamentais. Diante deste contexto, desencadeou-se no país a publicação de aparatos normativos e legais, com ênfase para o Pacto pela Saúde, que na definição da atribuição de políticas públicas para as esferas locais, direcionou esforços para o fortalecimento da regionalização (DUBEUX *et al.*, 2010).

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

sistema de saúde, ou seja, tanto a atenção básica quanto os serviços especializados deverão estar preparados para o acolhimento e encaminhamento de usuários para os demais níveis do sistema. No entanto, a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas (GARLET *et al.*, 2009).

Esses serviços respondem por situações que vão desde àquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade. Essas situações podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e, têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população (GARLET *et al.*, 2009, p. 267).

Os serviços de urgência e emergência podem ter como definição “[...] condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato [...]” e as urgências como “[...] a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco iminente de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata [...]” (CFM, 1995).

As emergências em saúde são situações nas quais o atendimento não pode ser protelado, devendo ser imediato. Já as urgências são situações em que o atendimento pode ser prestado em tempo não superior a duas horas. Ou seja, as situações não urgentes são definidas como aquelas que podem ser encaminhadas a um pronto atendimento ambulatorial (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Pode-se afirmar que de um modo geral a população não respeita ou não conhece essas definições. Pois o que se percebe nos SEH de todo o Brasil é a superlotação devido à busca dos usuários por atendimento primário não urgente, o qual deveria ser fornecido nas unidades básicas de saúde.

Diante disso, é importante salientar que os significados de urgência para os profissionais e para a população são distintos, como também são diferentes os conceitos de doença e saúde em suas definições biomédicas e nas representações e práticas, que variam segundo segmentos e culturas da sociedade. Para os profissionais, as urgências estão relacionadas às patologias que comprometem a vida ou função vital importante. Para a população, relacionam-se a necessidades variadas (aflição, angústia, abandono e miséria), que requerem ajuda e/ou assistência, com solução imediata a uma dificuldade passageira (GARLET *et al.*, 2009, p. 270).

Partindo do princípio de que a formação de redes hierarquizadas e regionalizadas é a melhor forma de cobertura e acesso da população aos diversos serviços de saúde, é também mais simples compreender que a atenção primária precisa funcionar corretamente para o correto fluxo da assistência.

Idealmente, os diferentes níveis de atenção devem formar 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 resolutiva (GARLET *et al.*, 2009, p. 271).

O primeiro nível da assistência deve ser capaz de acolher a população, lhes transferindo confiança e o senso de acolhimento e pertencimento, através de ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento, servindo assim de porta de entrada para o sistema, pois quando o primeiro nível não é capaz de cumprir tais funções, a alternativa restante para a população é a busca pelo SEH.

Portanto, as unidades e os serviços de saúde devem estar habilitados tecnicamente e possuir condições de infra-estrutura física, de pessoal, recursos materiais e equipamentos para prestarem o primeiro atendimento ou a estabilização dos quadros de urgência, e, posteriormente, encaminhar o paciente para unidades de maior porte (GARLET *et al.*, 2009, p. 271).

A estrutura organizacional das unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência, muitas vezes apresentam deficiências em relação à estrutura física, equipamentos, materiais e medicamentos. Esse fato pode se tornar tarefa complexa se o tratamento dos pacientes e o auxílio à atenção primária não forem resolvidos, tornando essas unidades de baixa resolubilidade e levando os usuários a procurarem os hospitais diretamente na busca de solução para seus problemas de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A facilidade ao acesso da medicalização e a resolução dos pequenos problemas de saúde, nas unidades de emergências, faz com que muitas pessoas, mesmo sem a necessidade de atendimento de urgência e emergência, busquem-nas. Talvez seja devido às diferentes concepções dos usuários e profissionais de saúde em relação aos termos urgência e emergência (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 7).

Segundo Garlet *et al.* (2009): “Essa demanda prejudica a assistência aos casos graves e agudos, pois acarreta acúmulo de tarefas, contribui para o aumento

dos custos de atendimento e gera sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde”.

A qualidade da assistência não é garantida somente com o uso de tecnologias, pois é influenciada decisivamente por aspectos relacionados ao objeto e à força de trabalho envolvidos no processo (OHARA et al., 2010, p. 750).

O SEH possui uma demanda espontânea, muitas vezes maior que a prevista, resultando em condições de trabalho inadequadas, decorrentes de uma dinâmica intensa de atendimentos, necessitando obrigatoriamente de uma equipe de enfermagem estruturada e capacitada, tanto quantitativamente quanto qualitativamente. Devido todos esses fatores, se fazem necessários um bom dimensionamento e a provisão adequada do pessoal de enfermagem para uma assistência que vise a segurança do usuário e dos colaboradores e a excelência na qualidade (OHARA *et al.*, 2010).

Esse grande número de atendimentos no SEH acaba por sobrecarregar a unidade e a equipe multiprofissional que atua nesse serviço, incluindo a equipe de enfermagem pela existência de um grande número de usuários que mesmo não internados, requerem assistência de enfermagem.

Na maioria das instituições é função desta equipe atender os usuários que são atendidos nas salas de sutura, procedimentos ambulatoriais, sala de administração de medicações, sala de inalação, encaminhamentos e orientações nas dependências da unidade para a realização de exames laboratoriais e de imagens (OHARA *et al.*, 2010).

O percentual excedente de atendimentos e internações, acima da previsão dos leitos oficiais disponíveis, representa a operacionalização dos leitos extras por meio de macas pelos corredores, o que torna a planta física inadequada para os pacientes que ficam submetidos a condições insatisfatórias, uma vez que ficam acomodados em locais de grande circulação de pessoas, altos índices de ruídos e luminosidade constante e, para a equipe multiprofissional, que necessita desenvolver seu processo de trabalho em locais inapropriados para a realização de técnicas específicas (visitas, coleta de informações, procedimentos, exame físico, etc) (OHARA et al., 2010, p. 751).

Diante do exposto, delinea-se a necessidade de uma revisão do processo de trabalho das equipes de enfermagem para a adequação a essa realidade vivenciada, uma vez que a necessidade assistencial dos usuários e a qualidade da

oferta dos serviços para suprir essas demandas são reais. Também se fazem necessários a avaliação e consequente readequação das plantas físicas das unidades de urgência e emergência, pois é um fator imprescindível para uma assistência adequada ao usuário, a fim de proporcionar maior conforto e dignidade aqueles que precisam de assistência, além de melhorar a produtividade dos profissionais envolvidos (OHARA *et al.*, 2010).

Para a equipe de enfermagem, as condições inadequadas de trabalho se traduzem pela necessidade de realização de deslocamentos maiores. Isso em razão de os corredores não terem sido projetados para alojar pacientes e muito menos para a realização de procedimentos, porque ficam afastados de locais como salas de procedimentos, pontos de oxigênio para inalação, vácuo para aspiração, posto de enfermagem para o preparo de medicamentos, entre tantas outras atividades de enfermagem que necessitam de materiais e equipamentos (OHARA *et al.*, 2010, p. 751).

Vivemos, hoje, um cenário de consolidação do SUS, no qual a organização da atenção e da assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem os principais desafios para os gestores nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Esses desafios expressam a inclusão assistencial de um grande contingente populacional, antes desassistido ou assistido restritamente, a fusão das redes assistenciais e as ações de gestão necessárias para que essa inclusão se concretize (GAWRYSZESKI *et al.*, 2010).

Enfim, a superlotação do SEH é um fenômeno mundial, revela a saturação do limite operacional, físico e assistencial, com consequente perda de desempenho das atividades envolvidas, é necessário aprofundar o conhecimento no assunto para colaborar na tomada de decisão dos envolvidos em mudar o quadro atual, para que busquem soluções baseados em evidências.

Conclusão

Após a realização da presente pesquisa, analisados e discutidos os dados, foi possível destacar algumas considerações sobre a superlotação do SEH. Buscando resposta para a problemática foi possível concluir que a atenção primária de um modo geral não está conseguindo suprir as necessidades básicas de saúde da população, como falta de médicos com consequente diminuição do número de consultas, filas imensas, longo período de espera e muitas vezes atendimento

ineficaz, faz com que os usuários prefiram aguardar longos períodos nas filas das unidades de urgência e emergência, mas com a certeza de que serão atendidos.

Percebe-se com isso, a existência de uma cultura do usuário a respeito do que significa ser avaliado de forma eletiva na Unidade Básica de Saúde e posterior encaminhamento quando necessário, o que exige muitas vezes esclarecimentos e orientações a população sobre a capacidade de atendimento nas UBS. Orientar também aos usuários sobre os critérios para os atendimentos nos serviços de emergência, onde a superlotação destes, onde a demanda inapropriada e desnecessária interfere na agilidade e efetividade do atendimento emergencial. O cenário atual vislumbra a superlotação nos serviços de emergência decorrente não pela necessidade urgente do usuário no atendimento, mas pela segurança que este serviço oferece em decorrência das tecnologias avançadas de suporte e maior complexidade.

O número elevado de consultas em relação ao número de internações e o remanejamento de leitos extras nos corredores, reflete a ausência de um serviço de regulação do fluxo do SEH que permite a universalização do acesso ao serviço de saúde. O acolhimento desses pacientes não garante a qualidade do atendimento, pois fica clara a inadequação das condições a que são submetidos usuários e profissionais.

A regulação do fluxo para a diminuição de atendimentos requer mudanças culturais da própria população e uma definição clara de conceitos de urgência e emergência e uma melhora no acesso aos serviços da atenção básica já iniciada com o programa de saúde da família. Desse modo, o SEH cumpriria seu propósito de referência para os serviços de menor complexidade.

Por meio deste estudo percebe-se um SUS frágil, que vem enfrentando diversas barreiras para colocar em prática seus princípios de unificação, regionalização e hierarquização dos serviços de atenção à saúde. O processo de universalização das ações e dos serviços promovidos pelo SUS pode ser caracterizado como excludente, o não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos são frequentes e caracterizam a queima de etapas no processo de cuidado em saúde. Conclui-se que o domínio desses princípios é ainda um grande desafio para o SUS.

Por fim, o índice reduzido de estudos publicados sobre o tema abordado, evidência a necessidade dos profissionais da saúde realizarem na prática intervenções concretas em cima das fragilidades apontadas, na tentativa de evitar situações de maior gravidade, decorrente desta superlotação e assim colaborar na publicação destes resultados.

Referências

BERTO, R. M. V. S.; NAKANO, D. N. Metodologia da pesquisa e a Engenharia de Produção. In: **Anais do XVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção – ENEGEP e IV International Congress of Industrial Engineering – ICIE**, Niterói – RJ, UFF / ABEPRO, outubro de 1998.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 929-934, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400014&lng=en> Acesso em 18 ago. 2012.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439- 1454, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700002&script=sci_arttext> . Acesso em 18 ago. 2012.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 10 de ago. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n.1451, de 10 de março de 1995. Disponível em: <http://www.portal.medico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 17 ago. 2012.

DUBEUX, L. S. *et al.* Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1508-1518, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/05.pdf>>. Acesso em 15 set. 2012.

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

em **Enfermagem**. Florianópolis, p. 266-272, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>> Acesso em 27 ago. 2012.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B. *et al.* Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 119-140, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>> Acesso em: 28 set 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas S. A., 2008.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social**, teoria método e criatividade. 21ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

OHARA, R. *et al.* Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.5, p. 749-754, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500009> Acesso em 28 set de 2012.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 19, n.3, p. 1-9, 2011. Disponível em : <www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf> Acesso em 08 set. 2012.