



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO - UNIVS
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU DA UNIVS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

TAYNARA SILVA DE FREITAS

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA SUPERLOTAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

**ICÓ - CEARÁ
2022**

TAYNARA SILVA DE FREITAS

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA SUPERLOTAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Artigo apresentado à coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS), como requisito para obtenção do grau de especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência.

Orientador: Prof. Me. Rafael Bezerra Duarte

TAYNARA SILVA DE FREITAS

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA SUPERLOTAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Artigo apresentado à coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS), como requisito para obtenção do grau de especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência.

Aprovado em: 24 de setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Me. Rafael Bezerra Duarte
Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS)
Orientador



Profa. Ma. Ivanise Freitas da Silva
Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS)
Avaliadora



Prof. Me. Otácio Pereira Gomes
Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS)
Avaliador

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Taynara Silva de Freitas¹
Rafael Bezerra Duarte²

RESUMO

A superlotação nos serviços de urgência e emergência hospitalar consiste em um problema presente mundialmente que aflige os mais diversos países. Portanto, a identificação de suas causas, bem como as estratégias de resolução, configura-se como um desafio para gestores e líderes governamentais. Diante desse contexto, objetivou-se analisar as produções científicas acerca da superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo Revisão Integrativa de Literatura, com abordagem qualitativa, realizado a partir da pergunta norteadora: O que as produções científicas apresentam sobre a superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar? Destaca-se que a formulação da presente pergunta se deu por meio do uso da estratégia PICO. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2022, em meio ao portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para a busca dos artigos, foram usados os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Aglomeração”, “Emergências” e “Serviço Hospitalar de Emergência”. Destaca-se ainda que entre os descritores será utilizado o operador *booleano* “AND”. Como critérios de inclusão foram abordados artigos completos que estivessem dentro da temática, publicados na íntegra, de forma gratuita e no idioma de português, no período de 2008 a 2022. Como critérios de exclusão foram utilizados os seguintes critérios: Artigos repetidos e duplicados e os que não atendessem aos critérios de elegibilidade. A análise dos dados se deu por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Após a primeira etapa de busca nas bases de dados, foram encontrados 85 artigos, sendo 64 do portal da BVS e 21 da SciELO. Desse total, 48 artigos foram selecionados para a leitura na íntegra, no entanto, apenas 16 contemplaram os critérios de elegibilidade da revisão, e foram usados para construção do presente estudo. Posteriormente a análise dos dados, pode-se agrupar os conteúdos similares, emergindo assim duas categorias: 1ª Categoria – Causas, impactos e desafios da superlotação nos serviços de urgência e emergência hospitalar e; 2ª Categoria - Estratégias de intervenções para melhoria da superlotação nos serviços de urgência e emergência hospitalar. Na primeira pode-se evidenciar que a falta de leitos, demora no atendimento, ausência de profissionais capacitados, dificuldades em conseguir vagas de transferência, não adesão a classificação de risco, falta de educação continuada, tempo de internamento muito longo na ala da emergência, falta de interação entre a rede e a sobrecarga de pacientes, estão entre as principais causas e desafios da superlotação dos setores de urgência e emergência hospitalar. Já na segunda categoria, pode-se identificar que, a agilidade nas internações e altas quando necessário, a utilização de educação continuada para melhorias da gestão de atendimentos e dimensionamento são algumas das estratégias para a diminuição do problema de superlotação nas unidades de urgência e emergência hospitalar. Também pode-se utilizar sistemas de informação em saúde. Portanto, se faz necessário, uma gestão em saúde de qualidade e profissionais capacitados, para garantir um melhor direcionamento de pacientes e organização nos setores de urgência e emergência hospitalar, evitando a superlotação e as dificuldades advindas junto com a mesma. Para isto, é necessária uma reestruturação entre os serviços de saúde, para que ambos

¹ Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem em Urgência e Emergência – Centro Universitário Vale Do Salgado (UniVS);

² Enfermeiro. Docente. Mestre em Saúde Coletiva – Universidade Estadual do Ceará (UECE).

funcionem atendendo situações que lhes competem. Além disso, conscientização por parte dos usuários, pela busca do serviço adequado, capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam nestes setores são de extrema relevância.

Descritores: Aglomeração. Emergências. Serviço Hospitalar de Emergência.

ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTION ABOUT OVERCROWDING IN HOSPITAL EMERGENCY AND EMERGENCY SERVICES

ABSTRACT

Overcrowding in hospital urgency and emergency services is a worldwide problem that afflicts the most diverse countries. Therefore, the identification of its causes, as well as the strategies of resolution, is configured as a challenge for managers and government leaders. In view of this context, the objective was to analyze the scientific productions about the overcrowding of hospital urgency and emergency services. This is a descriptive study, of the Integrative Literature Review type, with a qualitative approach, carried out from the guiding question: What do scientific productions present about the overcrowding of emergency and hospital emergency services? It is noteworthy that the formulation of this question took place through the use of the PICO strategy. Data collection was carried out from April to June 2022, through the Virtual Health Library (BVS) portal, in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database. To search for articles, the Descriptors in Health Science (DeCS) were used: “Agglomeration”, “Emergencies” and “Hospital Emergency Service”. It is also worth noting that the Boolean operator “AND” will be used among the descriptors. As inclusion criteria, complete articles that were within the theme, published in full, free of charge and in the Portuguese language, from 2008 to 2022 were approached. As exclusion criteria, the following criteria were used: Repeated and duplicated articles and the that did not meet the eligibility criteria. Data analysis was carried out using the content analysis technique proposed by Bardin. After the first step of searching the databases, 85 articles were found, 64 from the VHL portal and 21 from SciELO. Of this total, 48 articles were selected for full reading, however, only 16 met the review eligibility criteria, and were used for the construction of the present study. After analyzing the data, similar contents can be grouped, thus emerging two categories: 1st Category – Causes, impacts and challenges of overcrowding in urgent and emergency hospital services and; 2nd Category - Intervention strategies to improve overcrowding in urgent and emergency hospital services. In the first one, it can be seen that the lack of beds, delay in care, lack of trained professionals, difficulties in getting transfer vacancies, non-adherence to risk classification, lack of continuing education, very long hospitalization time in the emergency ward, lack of interaction between the network and the overload of patients are among the main causes and challenges of overcrowding in the emergency and hospital sectors. In the second category, it can be identified that, agility in hospitalizations and discharges when necessary, the use of continuing education to improve care management and dimensioning are some of the strategies to reduce the problem of overcrowding in urgency and emergency units. hospital. Health information systems can also be used. Therefore, it is necessary, a quality health management and trained professionals, to ensure a better targeting of patients and organization in the hospital urgency and emergency sectors, avoiding overcrowding and the difficulties that arise along with it. For this, it is necessary to restructure the health services, so that both can work in situations that are their responsibility. In addition, awareness on the part of users, by the search for the appropriate service, training and permanent education of professionals who work in these sectors are extremely relevant.

Keywords: Crowd. Emergencies. Emergency Hospital Service.

INTRODUÇÃO

Durante várias décadas o serviço pré-hospitalar foi assumido por centros urbanos que atendiam às demandas de urgências e emergências com unidades abertas e demanda livre, porém estes serviços estavam estruturados com equipamentos de baixa complexidade e falta de estrutura física ideal. Antes da criação da política nacional de urgência e emergência não havia na maioria das unidades serviços de classificação de risco, observando-se unidades com atendimento insatisfatório, principalmente nos hospitais de cidades interioranas (O'DWYER; *et al.*, 2015).

Em meados dos anos 2000, foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) uma política nacional de atenção às urgências, com a fundação de novos serviços voltados aos atendimentos de urgência. Prontamente, a rede de atenção à urgência e emergência é formada pela promoção, prevenção e vigilância em saúde, as quais são oferecidas pela Atenção Básica (AB), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Força nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Domiciliar (AD). Destaca-se que essa rede visa assegurar aos usuários serviços em situações emergenciais com resolutividade e em tempo hábil (GIGLIO, 2015).

Os Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) são citados como sendo os mais críticos no que diz respeito à qualidade de atendimento, podendo ser apontado como fatores a desordem de fluxos internos devido a demanda aumentada de clientes, falta de profissionais suficientes para quantidade de atendimentos e gerenciamento da unidade (JUNIOR; MATSUDA, 2018).

Segundo Silva *et al.* (2020) os SHE são considerados uma das principais portas de entrada dos indivíduos nos sistemas de saúde em todo o mundo. Logo, as unidades de saúde que oferecem esse tipo de serviço passam a receber uma grande demanda de pacientes, com os mais variados tipos de problemas de saúde. No entanto, as estruturas de muitas unidades hospitalares podem apresentar o número de leitos reduzido, acarretando em superlotação.

A superlotação dos SHE consiste em um fenômeno recorrente, podendo ser citado como situações comuns ocupação total de leitos do SHE, clientes enfermos acomodados em áreas indevidas, como corredores e utilização de macas como leitos, aumento no tempo de espera, tensão na equipe assistencial e pressão para realização de novos atendimentos (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

No Brasil esse cenário é semelhante, visto as dificuldades enfrentadas nos serviços públicos de saúde, percebe-se que nos SHE são onde se observam uma maior intensidade

deste problema, atrelando-se alguns fatores como: Gerenciamento inadequado de recursos, estrutura e financeiro insuficientes. Dessa forma, podem-se classificar as causas da superlotação em extrínsecas quando ocorrem antes da chegada do paciente à emergência ou intrínsecas associado aos recursos ou gestão hospitalar (SILVA; *et al.*, 2020).

Ainda associado às casualidades extrínsecas referentes à superlotação, são mencionados além do caráter financeiro, aspectos culturais, o encaminhamento inadequado de clientes para estas unidades, o acesso que este serviço propicia diferente de outras unidades de serviços hospitalares (MARQUES; LIMA, 2008).

Quanto aos fatores intrínsecos, pode-se afirmar que a principal causa está relacionada a falta de leitos para internamento ou a insuficiência de sua gestão, gerando consequências imediatas como ocupação de espaços indevidos no pronto atendimento, pacientes ocupando macas em internamentos em corredores, resultando em perda na assistência hospitalar (BITTENCOURT, 2010).

Profissionais de saúde que trabalham em unidades de urgência e emergência desenvolvem assistência em meio à alta pressão, interrupções inesperadas e restrição de tempo, havendo uma probabilidade maior de cometerem erros, além da sobrecarga de trabalho e situações de alta complexidade (DIZ; LUCAS, 2021).

Santos *et al.* (2019), apontam que os profissionais enfermeiros são mencionados como fundamentais para promoção de cuidados de qualidade, com eficácia e qualidade, sendo considerados hábeis para desenvolver atividades de gestão e monitorização dos trabalhos da equipe de enfermagem. Por outro lado, são os mesmos que acabam sendo psicologicamente mais afetados, por toda pressão imposta pelo trabalho bem como, de suas responsabilidades.

No ano de 2020 evidenciou-se a preocupação por parte de gestores e profissionais para lidar com uma pandemia e a superlotação de leitos e unidades que o novo coronavírus ocasionou. Neste mesmo ano, os profissionais de enfermagem ganharam visibilidade sobre a importância de sua assistência, além da autonomia, a habilidade e compromisso em participar de uma saúde pública de qualidade (COSTA; SANTOS; COSTA, 2021).

Diante desse cenário, é importante salientarmos a importância de uma boa gestão nas unidades de saúde, sobretudo, naquelas que oferecem serviços de urgência e emergência como estratégia, objetivando combater as questões que resultam na ocorrência da superlotação no SHE. Sendo assim, o presente estudo parte da seguinte questão norteadora: O que as produções científicas apresentam sobre a superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar?

O interesse pela temática surgiu através da experiência de compor a equipe assistencial em duas UPA, onde pode-se observar de perto a superlotação dessas unidades, onde foi evidenciado que tal acontecimento acaba de certo modo prejudicando a assistência como um todo. Além disso, a escolha pela temática nasce a partir da importância de tratar sobre os impactos desta superlotação nos serviços de saúde, sobretudo, nos serviços de urgência e emergência hospitalar. Destaca-se ainda, a importância de tratar sobre os impactos da superlotação tanto em aspectos relacionados à qualidade dos atendimentos, quanto na saúde física e mental destes profissionais, bem como para a assistência de qualidade prestada à população.

A pesquisa torna-se relevante para o meio acadêmico e social, por trazer à tona novos conhecimentos sobre o assunto pesquisado, assim como por poder despertar o interesse por novos estudos, sobretudo, pesquisas primárias, tanto com os profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência hospitalar, quanto com os pacientes atendidos por esses serviços. Para os profissionais da área, trará uma reflexão das atuais práticas desenvolvidas, bem como poderá servir como base para formulação de novas estratégias, com vista a diminuir a superlotação nos serviços de urgência e emergência hospitalar, acarretando em uma assistência mais qualificada e eficiente.

Diante desse contexto, o presente estudo teve por objetivo analisar as produções científicas acerca da superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar.

REVISÃO DE LITERATURA

DEFINIÇÕES E ORGANIZAÇÃO DA REDE ATENÇÃO DE URGÊNCIA

A rede de atenção à saúde de urgência tem por objetivo, a melhoria da eficiência da gestão do sistema de saúde com fins a buscar a produção de serviços de saúde, cooperando para o processo de efetivação do SUS, objetivando a organização na assistência, a garantia da integralidade do cuidado, definindo fluxos e referências adequadas (BRASIL, 2022).

Quanto aos componentes hospitalares devem-se ser articulados e integrados de forma a abranger toda a rede pertencente a rede de urgência e emergência, sendo estes: Promoção, prevenção e vigilância em saúde, SAMU 192, sala de estabilização, força nacional de saúde do SUS; UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24 horas e atenção domiciliar (BRASIL, 2020).

No Brasil o sistema de saúde é composto por três níveis de atenção à saúde, sendo eles: Atenção primária, atenção secundária e terciária. A atenção primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do Serviço de Atendimento Móvel as Urgência (SAMU) - 192, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), do Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e do atendimento de média e alta complexidade feito nos hospitais (BRASIL, 2022).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ocupam o nível intermediário de complexidade entre a atenção primária e média e alta complexidade. Funcionando 24 horas por dia, atendendo pacientes de baixo e alto risco, utilizando de um sistema classificatório de riscos. Assim, visa uma melhor organização da assistência e fluxo dentro da unidade (OLIVEIRA; *et al.*, 2015).

Estas unidades estão divididas em partes I, II, e III, que vai determinar quantidade de profissionais atuantes no serviço, de acordo com o cálculo anual de pacientes atendidos. Dentre os profissionais que compõem este serviço estão: Técnicos de enfermagem, técnico de radiologia, médicos, assistente social e enfermeiros. Estes que ganham destaque por participarem assiduamente de todo o processo de atendimento, desde admissão até transferência para outros serviços (HERNANDEZ, 2016).

Sendo composta pelos seguintes ambientes: Área externa coberta para entrada de ambulâncias; Sala de recepção e espera, com banheiros para usuários; Sala para arquivo de Prontuários ou Fichas de Atendimento do paciente; Sala de classificação de risco; Área para higienização; Consultórios; Sala para assistente social; Sala de procedimentos com área para sutura, recuperação, hidratação, e administração de medicamentos; Área para nebulização; Sala para reanimação e estabilização; Salas para observação e isolamento; Posto de enfermagem; Banheiro completo; Depósito para resíduos sólidos; Depósito para material de limpeza; Vestiários e banheiros para profissionais; Farmácia; Almoxarifado (BRASIL, 2014).

De acordo com a resolução nº 2.077 de meados de 2014, entende-se por SHU os denominados prontos-socorros hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações, excetuando-se os serviços de atenção às urgências não hospitalares, como as UPA's. Esta resolução se aplica a todos os serviços hospitalares de urgência e emergência, públicos e privados, civis e militares (BRASIL, 2014).

O pronto-socorro é uma unidade onde é prestada assistência ao paciente 24 horas por dia, sendo porta aberta para atender aos usuários com ou sem risco de morte, dispondo de

leitos de observação. O mesmo deve está estruturado para possibilidade de atender a demandas de urgência e emergência, além de assegurar atendimento para pacientes com queixas crônicas e sociais, mesmo que por vezes estes acabam sobrecarregando unidade e equipe de enfermagem, esta que deve ser capacitada para este tipo de situação (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

O atendimento de urgência e emergência deve ocorrer em todas as unidades de atendimento, seja a mais simples ou a mais complexa, formando uma rede articulada e integrada, onde estão incluídas as referências pré-estabelecidas, SAMU e central de Regulação. (ALMEIDA *et al.*, 2016).

A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálises, doenças otológicas e exames mais complexos e invasivos (MENDES, 2010).

Pacientes quando acometidos por agravos clínicos agudos ou crônico agudizados além dos serviços de pronto atendimento, por vezes necessitam de um atendimento pré-hospitalar móvel, onde devem ser atendidos prontamente após serem acionados através de ligação para o 192, que irá dispor de ambulância com equipe capacitada para cada tipo de ocorrência, o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) (HORA *et al.*, 2019).

O SAMU e suas centrais de regulação médicas de urgência tem como objetivo chegar ao paciente brevemente após algum agravo à saúde independente da origem do problema, que possam levar este usuário a algum risco de morte, garantindo atendimento e/ou transporte de qualidade e adequado ao mesmo. Podendo ser acionado por qualquer cidadão para um atendimento primário ou em outros casos para que seja encaminhado o paciente para um serviço de maior complexidade (BRASIL, 2015).

De acordo com a Portaria N° 2048/02 o acolhimento com classificação de risco, deve ser realizada por um profissional do nível superior e com treinamento adequado sendo este o membro da equipe o profissional enfermeiro o mais ideal para a realização desta função. Durante a triagem deve-se respeitar os protocolos de identificação de casos mais graves, para priorização de atendimento (OLIVEIRA; *et al.*, 2015).

A Portaria n° 354, de 10 de março de 2014 que trata sobre Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência" aponta que a infraestrutura física dos serviços de saúde deve ser realizada de acordo com a demanda,

complexidade e perfil assistencial de cada unidade, sempre garantindo a continuidade e assistência de qualidade ao paciente e acesso independente para pediatria (BRASIL, 2014).

Já a RDC, Nº 36/2013 instituiu-se ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Aplicando-se as unidades públicas e privadas e estendendo-se a unidades de ensino e pesquisa. Ainda de acordo com esta resolução se faz necessário que os serviços de saúde possuam um núcleo de segurança do paciente (NPS) que objetiva promover e desenvolver ações voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013).

A palavra emergência está relacionada ao atendimento imediato, situações de emergência representam um processo com risco iminente de vida, sendo necessário atendimento imediato. Já a urgência representa situações onde há uma necessidade de atendimento com prioridade, mas não imediatamente, nestes casos são pacientes que não apresentam risco iminente de morte (GIGLIO, 2015).

A classificação de risco ou triagem define-se como um processo que identifica o problema e direciona o paciente ao ambiente adequado, com condição de tempo ideal para atendimento. Visando que nas redes de urgência, os pacientes mais graves sejam atendidos com prioridades (SACOMAN *et al.*, 2019).

Os protocolos que norteiam e definem a classificação de gravidade de cada paciente, são definidos de acordo com parâmetros objetivos e subjetivos de cada instituição. Algumas instituições utilizam seus próprios protocolos de classificação de risco, no Brasil o protocolo mais utilizado é o sistema Manchester de classificação de risco e versões baseadas no mesmo. Tendo como profissional responsável pela realização da classificação o enfermeiro (HERMIDA *et al.*, 2018).

Para protocolo de Manchester é aderido cores indicando o tempo máximo de espera para o atendimento médico. A cor vermelha indica uma emergência, que deve ser atendido imediatamente, a cor laranja, muito urgente, podendo esperar atendimento por até dez minutos, já a cor amarela é utilizada para casos urgentes que se pode aguardar até uma hora, nos casos pouco urgentes usa-se a cor verde, estes que podem aguardar até 2 horas e para os casos não urgentes os pacientes podem aguardar por um período de até 4 horas (ANZILIERO *et al.*, 2016).

Para um atendimento humanizado é necessária uma ligação entre o enfermeiro classificador e o paciente, sempre respeitando a individualidade de cada usuário do serviço, buscando compreender a essência do ser humano. Sendo necessário respeitar as necessidades

dos usuários e profissionais de forma ética. Esta relação de humanização deve limitar-se apenas ao classificador, mas que se estenda a toda a equipe (SEONALE, 2014).

O enfermeiro é capaz de organizar o andamento do serviço de acordo com as prioridades e demandas, sendo o profissional que executa com excelência o processo de classificação de risco nos serviços de urgência. O enfermeiro coleta as informações, priorizando a queixa atual, identifica sinais e sintomas, interpretando os sinais psicológicos, visuais e comunicativos do paciente para assim realizar a tomada da decisão de classificação (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

De acordo com Santos *et al.* (2013) para maior parte da população os serviços hospitalares de emergência representam a primeira e principal escolha quando à necessidade de atendimento, isto devido estes serviços fornecerem atendimento médico, possibilidade de realização de exames laboratoriais e de imagem, medicações gratuitas, além da possibilidade de internação, contribuindo para a superlotação dessas unidades.

Já para Puccini e Cornetta (2008), apontam como fatores responsáveis pela busca das RUE: Temor sobre a gravidade do problema, anseio por exames e medicações, falta de médicos nas unidades básicas de saúde, incertezas quanto à disponibilidade de vagas ofertadas, dificuldades para agendar consulta.

A superlotação dos serviços de urgência é um problema que afeta tanto os serviços públicos quanto privados. Um fator observado nos serviços de saúde do SUS, é a relação entre oferta e demanda de oferta insuficiente para atender a quantidade de usuários que buscam os serviços de urgência, conseqüentemente lotando os SHE (BRASIL, 2020).

Devido a essa superlotação, os profissionais têm que trabalhar cada vez mais rápido e atender a mais demanda, o que pode acabar ocasionando algum erro de conduta. Além de expor os profissionais a riscos biológicos e acidentes de trabalho inerentes a esta prática (PEREIRA; PENA; FERNANDES, 2017).

Podendo ser apontado como conseqüências geradas devido à superlotação hospitalar: Aumento do risco de erros médicos, aumento da mortalidade de pacientes, atraso nos transportes, maior gasto financeiro, má utilização e insatisfação dos profissionais, podendo ocasionar fadiga e comprometer a segurança dos pacientes (WANG *et al.*, 2018).

Tem-se como fatores que levam a superlotação: Excesso de demanda, leitos hospitalares ocupados, tempo de espera para realização de acolhimento com classificação de

risco superior ao preconizado, equipe insuficiente para demanda, cansaço, mobiliário sem manutenção ou quebrados, laboratórios inoperantes durante período noturno, falta de ambulâncias (SOUZA *et al.*, 2020).

Além disso, há dificuldades no acesso integral à saúde, o que pode ser percebido pelas demora de acesso á hospitalizações e consultas com especialistas, precariedade na realização de exames de maior complexidade, demora de vagas em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), escassez de profissionais, principalmente médicos (KONDER; O'DWYER, 2016).

O uso inapropriado do serviço é um dos principais problemas enfrentados nas unidades de pronto atendimento. Visto que as pessoas procuram corriqueiramente aos SHE, mesmo quando há indicação da procura de outros serviços, como a atenção primária. Trazendo como consequências; superlotação dos serviços, custos para o serviço, impactando diretamente na organização do mesmo (BARATIERI *et al.*, 2021).

Para Puccini e colaboradores (2012), essa procura inadequada ocorre devido à falta de unidades, de médicos e de facilidade no acesso nas unidades básicas de saúde, além da falta de acesso às consultas sem agendamento, outro fator apontado é a falta de informação da população.

É apontado por sua vez que nas unidades de atenção primária, falta conhecimento por parte dos profissionais quanto à identificação de urgência de média e alta complexidade, falta de recursos e estrutura necessária para atendimento, onde deveriam ser acolhidos e resolvidos os casos mais simples, estabilização e só em seguida encaminhar apenas os casos de urgências e emergências para os SHE (FARIAS *et al.*, 2014).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL) com abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2016) a pesquisa descritiva tem por objetivo a descrição das características de determinada população ou acontecimento, exige do autor uma sequência de informações relacionada a análise e construção de uma ideia a partir dos resultados da investigação, pretendendo descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, permitindo abranger com exatidão as características de um indivíduo, uma situação ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos. Uma de suas características mais significativas é a utilização de técnicas padronizadas para coleta de dados.

O método de pesquisa de RIL proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação de estudos e aplicabilidade de resultados na prática. Sendo a forma mais ampla e abrangente da literatura, de forma organizada visa facilitar o entendimento e discussões sobre os métodos e resultados de uma pesquisa, além de ser propícia para pesquisas futuras. Este método tem como objetivo principal alcançar um entendimento mais aprofundado de um determinado acontecimento baseando-se em estudos precedentes. Para isso se faz necessário seguir os critérios de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados para que sejam identificadas pelos leitores as características dos estudos utilizados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

De acordo com Pompeo, Rossi e Galvão (2009), uma RIL trata-se de um tipo de pesquisa mais completa, sendo necessário ao pesquisador um resumo e análise do conhecimento científico obtido sobre um assunto já pesquisado. Para os autores, antes de um estudo ser incluído se faz necessário a análise conforme objetivos, materiais e métodos, fazendo com que o leitor analise o conhecimento existente sobre a temática pesquisada.

Segundo Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo. A pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e elementos envolvidos. Aborda aspectos subjetivos de fenômenos sociais e do comportamento humano, abrangendo temas que não podem ser quantificados em estatísticas.

Já para Minayo (2013) a pesquisa qualitativa é baseada em aprofundamento de compreensão de um grupo de pessoas. Pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos não podem fazer julgamentos, nem deixar que religião ou preconceitos influenciem na pesquisa. Este tipo de pesquisa busca explicar o porquê das coisas sem quantificar os valores, independe de amostra grande ou pequena, importando na amostra a capacidade de produzir novas informações centradas na compreensão e relações sociais.

Para Souza, Silva e Carvalho (2010) a RIL determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, construída de maneira que possa identificar, analisar e sintetizar trabalhos, conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independente da temática. Assim, é possível que por meio deste tipo de metodologia seja possível impactar em aspectos como desenvolvimentos de políticas, protocolos e pensamento crítico.

Destaca-se ainda que o presente estudo seguiu as seis etapas recomendadas para a elaboração de uma RIL. Estas por sua vez seguem o modelo proposto de Botelho, Cunha e Macedo (2011), e podem ser observadas de forma detalhada na Tabela 01.

Tabela 01 – Descrição das seis etapas para a realização da RIL.

ETAPAS	DESCRIÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA
1ª Etapa	Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa.	Escolha e definição do tema; Definição dos objetivos; Definição dos descritores e Definição das bases de dados.
2ª Etapa	Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão.	Uso das bases de dados; Busca dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão e Seleção dos estudos.
3ª Etapa	Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados.	Leitura dos títulos e resumos das publicações; Organização dos estudos pré-selecionados e Identificação dos estudos selecionados.
4ª Etapa	Categorização dos estudos selecionados.	Categorização e análise das informações e Análise crítica dos estudos selecionados.
5ª Etapa	Análise e interpretação dos resultados.	Discussão dos resultados; Proposta de recomendações e Sugestões para futuras pesquisas.
6ª Etapa	Apresentação da revisão integrativa.	Criação de um documento que descreva detalhadamente a revisão e Propostas para estudos futuros.

Fonte: Elaboração dos autores segundo o modelo de Botelho, Cunha e Macedo (2011).

O presente estudo tem como base a seguinte pergunta norteadora: O que as produções científicas apresentam sobre a superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar?

Destaca-se que a formulação da pergunta norteadora se deu por meio do uso da estratégia PICO, que é considerada uma adaptação para uso em pesquisa não-clínicas, seguindo-se o acrônimo: P - população/pacientes; I - Interesse; Co - Contexto; (ARAÚJO, 2020). Assim sendo, o acrônimo do presente estudo é: P – profissionais de saúde/pacientes; I – superlotação e; Co – serviços de urgência e emergência hospitalar.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2022, em meio ao portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para a busca dos artigos, foram usados os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Aglomeração”, “Emergências” e “Serviço Hospitalar de Emergência”. Destaca-se ainda que entre os descritores será utilizado o operador *booleano* “AND”.

Como critérios de inclusão foram abordados artigos completos que estivessem dentro da temática e que fossem pertinentes para o artigo, publicados na íntegra, de forma gratuita e no idioma de português. Como critérios de exclusão foram utilizados os seguintes critérios: Artigos repetidos e duplicados e os que não atendessem aos critérios de elegibilidade.

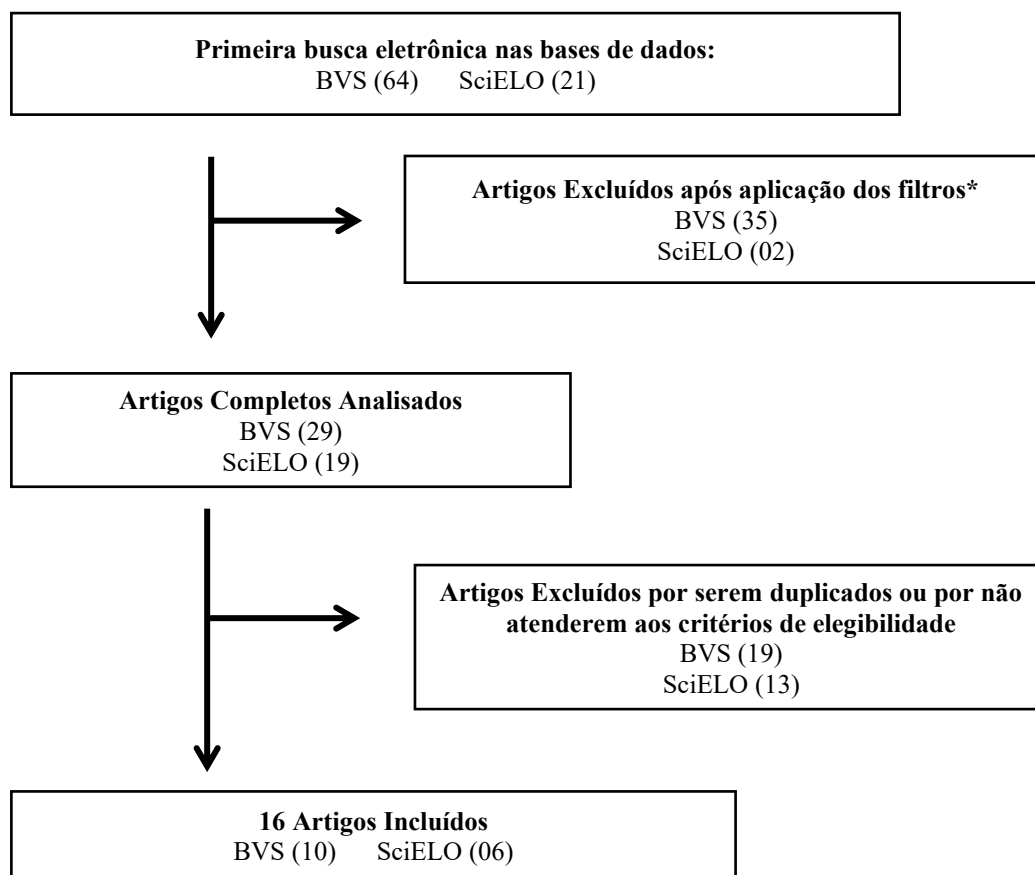
Para a organização dos dados, primeiro, foi realizada a leitura e releitura de todo o material selecionado. Em seguida, a seleção dos dados relevantes de cada artigo foi executada de forma sistemática, fazendo-se o uso de um instrumento elaborado pelos pesquisadores: um quadro sinóptico. Este instrumento facilitou a síntese e a comparação entre os dados

encontrados, além de possibilitar a interpretação mais objetiva da amostra. No presente instrumento encontra-se disposto em sua estruturação, o ano de publicação dos artigos, os autores, os títulos, os objetivos propostos pelas pesquisas, os principais resultados e a base de dados onde os mesmos foram encontrados.

A análise dos dados se deu por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, onde a mesma se constitui em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A pré-análise é onde se faz a leitura de todos os artigos dentro da temática, separando os que serão utilizados. A fase de exploração do material se refere à organização do material coletado. E a fase de tratamento dos resultados referenciam os índices e construção dos indicadores através de recortes de textos dos artigos, servindo como fonte de justificativa dos argumentos científicos tanto como para base de novos estudos e análises (BARDIN, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a primeira etapa de busca nas bases de dados, foram encontrados 85 artigos, distribuídos da seguinte forma, segundo o portal de busca: a BVS obteve a maior parte dos estudos (n=64), seguido da SciELO (n=21), Desse total, 48 artigos foram selecionados para a leitura na íntegra, no entanto, apenas 16 contemplaram os critérios de elegibilidade da revisão (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a RIL.

Fonte: Resultados da pesquisa.

* Filtros: 1 - Textos completos; 2 - Idioma - Português; 3 - Ano de publicação (2008-2022); 4 - Tipo de documentos (Artigos).

A seguir é apresentado um quadro que traz a matriz de síntese dos artigos encontrados e selecionado para compor o presente estudo.

Quadro 1 – Síntese dos artigos encontrados de acordo com ano, título, autor (es), objetivos, principais resultados da pesquisa e base de dados.

Ano	Título	Autores	Objetivo (s)	Principais Resultados	Base de dados
2008	Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro	O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E.	Identificar as causas da superlotação das unidades hospitalares de urgência.	Um dos principais problemas que ocasiona a superlotação das unidades de emergência se dá por atendimentos de pacientes ambulatoriais, tem prolongado de internação, falta de gerenciamento e confiabilidade na equipe.	SciELO
2009	Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa	O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H.	Entender o funcionamento e a experiência dos profissionais da rede assistencial	Fatores interferentes na resolutividade da assistência nas RUE's: Baixa efetividade por parte da atenção primária;	SciELO

	QualiSUS		das unidades de emergência do Programa QualiSUS	não realização da classificação de risco.	
2013	Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros	SANTOS, J. L. G. <i>et al.</i>	Analisar os desafios para a gerência do cuidado em um serviço hospitalar de emergência, com base na perspectiva de enfermeiros	Enfermeiros sugerem que para contornar a superlotação, os pacientes com problemas de baixa complexidade, sejam atendidos na atenção primária; mudanças estruturais e de fluxos de atendimento.	SciELO
2013	O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência	CAMPOS, M. C. G.; SENGGER, M. H.	Avaliar a inserção do médico recém-formado nos serviços de urgência	Os serviços de emergência têm alta taxa de adesão à médicos recém-formados, o que pode gerar prejuízo dos fluxos de atendimento nas RUE's	BVS
2017	Possibilidades profissionais e materiais em serviço intra-hospitalar de urgência e emergência: relato de experiência	RUBIM, M. T. <i>et al.</i>	Identificar as possibilidades profissionais e materiais para a assistência à saúde em serviço intra-hospitalar de urgência e emergência	O enfermeiro foi identificado como principal responsável por gerenciar o serviço de urgência e emergência. A utilização de tecnologias de saúde contribui para o controle de custos e qualidade do serviço	BVS
2018	O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros	DUARTE, M. L. C.; GLANZNER; C. H.; PEREIRA, L. P.	Analisar fatores de sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros que atuam em uma emergência de um hospital universitário.	A superlotação acaba acarretando nos profissionais sentimento de impotência e insatisfação com a assistência prestada.	SciELO
2019	As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: Fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências	KONDER, M.; O'DWYER, G.	Analisar a organização e o funcionamento dos fluxos assistenciais estabelecidos na RUE, a partir do acesso ao leito hospitalar	Maior rejeição das solicitações de transferência, principalmente para leitos de enfermaria clínica médica, no que diz respeito a vagas de UTI, ocorre com maior facilidade	BVS
2020	Conflitos entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar	INDRUCZAKIL, N. S. <i>et al.</i>	compreender as causas dos conflitos entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar sob a perspectiva dos profissionais	As causas atribuídas aos conflitos foram: A superlotação dos hospitais e a pouca receptividade da equipe. Profissionais do SAMU se sentem culpabilizados pela superlotação dos serviços.	BVS
2020	Enfermeiros na operacionalização do Kanban: novos sentidos para a prática	CECÍLIO, L. C. O. <i>et al.</i>	Compreender como arranjos de gestão do cuidado em SHE são operacionalizados	O uso de tecnologia Kanban possibilita acesso às informações atualizadas sobre o paciente, em tempo real, podendo ser	BVS

	profissional em contexto hospitalar?		pelos profissionais	compartilhada entre equipe multiprofissional, garantindo que sejam realizadas as condutas de maneira mais rápida.	
2020	Fast tracks: estratégia de enfrentamento da pandemia de covid-19 em um hospital privado	SOUZA, K. O. C. <i>et al.</i>	Descrever as etapas de elaboração e execução de um plano de contingência para a pandemia de coronavírus em um hospital privado com uso de sistema <i>Fast Tracks</i>	A utilização de sistema Fast Tracks pode contribuir para uma classificação de risco adequada, possibilitando um encaminhamento rápido para as unidades necessárias, além de auxiliar na organização e evitando contaminação cruzada por doenças como a Covid.	BVS
2021	Usabilidade de um sistema de monitoramento das internações em pronto-socorro	ROCHA, H. M. N. <i>et al.</i>	Desenvolver e avaliar a usabilidade de um sistema de monitoramento das internações em pronto-socorro	A internação prolongada pode trazer desvantagens e a utilização de sistemas de saúde para auxiliar na melhoria da organização e segurança do paciente.	SciELO
2021	A visão da enfermagem sobre o atendimento humanizado no setor de urgência e emergência	CÉZAR, S. V.; SOUZA, J. S. M.	Analisar a visão da enfermagem sobre o atendimento humanizado no setor de urgência e emergência e identificar fatores que dificultem esse processo	A equipe tem compreensão sobre o atendimento humanizado e desejo em adquirir mais conhecimento, porém há insatisfação devido à sobrecarga de trabalho ocasionada com a superlotação do serviço	BVS
2021	As causas locais de superlotação em um serviço hospitalar de emergência de Sergipe	ALCÂNTARA, R. T.; CAMPOS, A. L. B.; RAMOS, J. V. M.	Descrever as principais causas locais de superlotação em um serviço de emergência do estado de Sergipe.	Grande influxo de pacientes ao serviço, bem como uma média de permanência elevada devido à escassez de recursos para atender a demanda do serviço	BVS
2021	Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso	COIFMAN, A. H. M. <i>et al.</i>	Mapear fatores internos e externos em uma unidade de pronto atendimento que interfere com prática comunicativa interprofissional	A superlotação interfere nos processos de comunicação interprofissional	BVS
2021	Efetividade do sistema de triagem em serviço de emergência privado: estudo coorte	BREVIDELLI, M. B. <i>et al.</i>	Identificar a efetividade do sistema de triagem em serviço de emergência privado, baseado	Predominância de atendimentos não urgentes, os casos de internamento vão de encontro à classificação de risco.	BVS

			na Escala de Triagem Canadense		
2022	Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento	HERMIDA. P. M. V <i>et al.</i>	Descrever, na perspectiva de enfermeiros e médicos, as facilidades e os entraves da referência em uma Unidade de Pronto Atendimento	Facilidades de transferência de pacientes críticos instituídos como protocolo de vaga zero. E dificuldades de transferência de pacientes menos graves.	SciELO

Fonte: Resultados da pesquisa.

Em uma última etapa do processo de análise, as informações trazidas nos resultados dos artigos que compuseram a amostra do presente estudo, foram agrupadas em duas categorias temáticas por apresentarem semelhanças de conteúdo: 1ª Categoria – Causas, impactos e desafios da superlotação nos serviços de urgência e emergência hospitalar e; 2ª Categoria - Estratégias de intervenções para melhoria da superlotação nos serviços de urgência e emergência hospitalar. Prontamente, foi elaborada uma sinopse com as informações mais relevantes evidenciadas nesses estudos.

1ª Categoria – Causas, impactos e desafios da superlotação nos serviços de urgência e emergência hospitalar

De acordo com O'Diewr, Matta e Pepe (2008), mais de 80% dos hospitais apresentam superlotação em atendimentos e leitos. A maioria dos atendimentos se configuram em casos que não são consideradas emergências e que facilmente poderiam ser resolvidos em atendimento em unidades básicas de saúde. Os autores supracitados apontam como fatores de superlotação o tempo de internamento muito longo e a falta de mecanismos de gerência de leitos. Além disso, os participantes dessa pesquisa levantaram hipóteses de que exista confiança na equipe que trabalha nas urgências e que o tamanho da equipe, vista como pequena, pode prejudicar o tempo de atendimento dos pacientes.

Corroborando com os achados, não há recursos suficientes para atender a demanda, contribuindo para pior rendimento, mesmo com o grande fluxo de pacientes, a maioria deste fluxo não permanece no serviço, ou seja, casos não urgentes, sendo um fator causal deste componente. A permanência elevada além de um indicador de desempenho é uma das consequências da falta de recursos do serviço (ALCÂNTARA; CAMPOS; RAMOS, 2021).

Visto todas essas demandas, fica a equipe de enfermagem e médica impossibilitada de atender a todos os pacientes com a qualidade que deveriam, impactando no conforto e segurança do paciente. Ressalta-se ainda que, está superlotação compromete todo o atendimento ao paciente e faz com que os cuidados básicos sejam despercebidos e acabem ficando sem realização.

Estes fatores impactam de forma negativa no maior tempo de permanência na unidade, fazendo com que médicos e profissionais de enfermagem sejam incapazes de atender dentro do tempo estimado, prejudicando a qualidade deste atendimento, tornando este serviço inoperante e aumentando a insatisfação dos usuários do serviço (BRASIL, 2020).

Para Acosta e Lima (2015), o principal fator para a busca dos serviços de urgência, se caracteriza pelo atendimento com maior resolutividade, maior facilidade de acesso, e várias tecnologias agrupadas em um só ambiente, com maior predomínio de utilização por idosos com doenças crônicas, com predominância do sexo feminino com média de idade de 53 anos.

Na pesquisa de O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009), foram apontadas como fatores contribuintes das dificuldades vivenciadas pelos profissionais que trabalham nas RUE's para a superlotação dos serviços de urgência e emergência: Falta de resolutividade por parte da atenção básica; Demora e dificuldade para conseguir vagas para idosos; Pessoas em situações vulneráveis e sociais para hospitais terceirizados; Dificuldades em conseguir transferências via SAMU; Falta de profissionais especialistas na área atuante; Não adesão da classificação de risco e falta de realização de educação continuada.

Souza, Teles e Oliveira (2019) também apontam como principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais o estresse ocupacional, as solicitações para ocorrências desnecessárias, a desvalorização social, a falta de interação entre as redes, a sobrecarga de pacientes que não deveriam procurar este tipo de atendimento e, o despreparo dos médicos que atuam nos serviços de urgências.

Diante do exposto, as pessoas precisam ter uma melhor concepção do que são atendimentos de urgência, visto que estas são bem divergentes entre os usuários e por parte dos profissionais. O imediatismo para atendimento, não ir até as unidades básicas de saúde vem gerando estresse tanto nos pacientes quanto nos profissionais que precisam acolher a todos sem distinção.

Percebe-se que falta ligação entre as redes de urgência e a atenção primária, o que acaba prejudicando o atendimento nas RUE's, esgotamento dos profissionais e estresse por parte dos usuários. Assim, existe uma necessidade imediata de intervenções que possam contribuir para melhoria de gestão e congestão das unidades.

Como pontos fortes de uma unidade de urgência foi apontado a boa comunicação entre os profissionais, seja ela escrita ou verbal. A superlotação é apontada como fragilizadora deste processo. Outros fatores como sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais e humanos, inexperiência de profissionais e ausência na padronização de condutas também podem contribuir negativamente neste processo, como percebeu-se com o uso do protocolo de classificação de risco por Manchester sem treinamento prévio (COIFMAN *et al.*, 2021).

As equipes da rede de urgência e emergência apresentam boa colaboração entre si, implicando diretamente na assistência conjunta prestada ao usuário, tornando o ambiente de trabalho um local mais ameno, trazendo satisfação para o paciente, melhoria na assistência, sendo um ponto que os gestores sempre impulsionam a melhorar nas suas equipes (CANEPPELE *et al.*, 2020).

Além de prejudicar os atendimentos, a superlotação interfere nos processos de comunicação entre os profissionais, podendo gerar uma má interpretação de informações, trazendo riscos para o paciente. Inserir protocolos sem capacitação resulta em condutas erradas, dessa forma não adianta implantar medidas sem antes treinar os profissionais, pois implicará em um novo problema.

A superlotação na unidade de emergência também estaria relacionada às ações de transferência dos pacientes de um hospital para outro. Nesta perspectiva, Hermida *et al.* (2022) aponta que, as transferências de pacientes crítico para unidades de referência ocorre com facilidade para os casos em que estão instituídos como protocolo 'vaga zero', já para as unidades que precisam serem aceitos via central de regulação com autorização do hospital, este se torna outro problema, pois é difícil conseguir vaga e contato com os hospitais e acaba perdendo o tempo que poderia ser utilizado em outra assistência, o que acarreta em lotação dentro das unidades de emergência.

Diante do exposto, observa-se que quanto maior a gravidade da emergência, mais facilmente ocorre sua transferência, possibilitando um tratamento adequado ao paciente em um centro especializado, reduzindo seu tempo de internação e aumento da sobrevida, diminuindo as possibilidades de agravo e risco de morte.

Konder e O'Dwyer (2019) também retratam acerca das transferências, pois em decorrência da pouca quantidade de leitos de retaguarda às unidades de pronto atendimento tem permanecido com pacientes até sua melhora e alta da unidade. E, quando se trata de solicitações advindas das UPA, há uma maior rejeição das solicitações de transferência, principalmente para leitos de enfermaria clínica médica, já no que diz respeito a vagas de UTI, ocorre com uma maior facilidade.

A sobrecarga e superlotação dos serviços faz com que os profissionais se sintam esgotados e cansados, causando um desgaste físico e emocional, gerando sentimento de impotência e sofrimento. Quanto mais rígida a organização, mais ocorre sofrimento psíquico por parte dos profissionais. Ainda, os profissionais expõem sentimento de insegurança quanto ao serviço prestado, devido à quantidade de pessoas que necessitam de cuidado, ficando à mercê de riscos desenvolvidos pela assistência, estes que podem levar a consequências para paciente e profissional, além de punições para o prestador da assistência inadequada (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

Desta forma, é necessário ações e que os gestores visem uma melhor análise das atividades realizadas por cada profissional visando que nenhuma categoria fique sobrecarregada de responsabilidades. Organizar as tarefas e dividir responsabilidades faz com que os mesmos desenvolvam suas atividades de forma mais satisfatória, humanizada e segura.

A internação prolongada nas unidades de pronto-socorro pode provocar redução de qualidade da assistência e omissão de cuidados, aumento da mortalidade, ocorrência de efeitos adversos, redução da qualidade da assistência, além de contribuir negativamente para experiências psicossociais dos enfermeiros. Ressalta-se que a internação prolongada, também é um fator para a superlotação das unidades de urgência e emergência (ROCHA *et al.*, 2021).

Segundo Borges *et al.* (2019), os enfermeiros são os maiores responsáveis pela gestão de leitos dentro da unidade de saúde, o médico realiza a decisão da internação e alta, porém sua contribuição para gerir leitos é bem baixa. Os enfermeiros são vistos como capacitados e prontos para esta função, ficando à mercê apenas da delimitação de estrutura e equipamentos disponíveis para desempenhar suas atividades.

Para uma gestão de leitos adequada deve-se levar em conta toda a trajetória do paciente dentro da unidade, desenvolver ações claras, que alinhem permanência e cuidado adequado para cada paciente, assim podendo evitar internações e permanências desnecessárias dentro da unidade, além de contribuir com a diminuição de custos e maior resolutividade para o paciente.

A ocorrência de internamentos e permanência prolongada dos pacientes nas unidades de urgência vai contra o que a portaria nº10 de 3 de janeiro de 2017 diz, onde o paciente deve permanecer no máximo 24 horas, não excedendo este tempo. Observa-se uma naturalização das internações nestas unidades, visto que os profissionais ficam de mãos atadas, sem conseguir transferências, então acolhem o paciente e prestam a assistência da melhor forma possível.

No estudo realizado por Cézar e Souza (2021), foi identificado que os profissionais possuem desejo de mais capacitações voltadas à humanização, desejam ter mais conhecimento a respeito para atender da melhor forma possível, mesmo que a carga horária seja extrapolada. Enfermeiros mencionam que a humanização ameniza a dor e o sofrimento, pois o paciente já chega na unidade fragilizado, que a humanização é importante para todos os envolvidos e melhora o ambiente de trabalho.

O objetivo principal da humanização é a busca da qualidade de vida no ambiente profissional, indo muito além do ato humanitário. É uma atividade que precisa ser trabalhada por toda a equipe e não de forma isolada. Resgatando o verdadeiro sentido de sua prática, com ambientes mais acolhedores e reconhecimento para com o trabalhador. De modo que seja valorizada a dimensão humana e subjetiva dos sujeitos humanos (PUSCH, 2010).

A humanização é uma chave importante em qualquer ambiente de saúde, pois propicia ao paciente uma maior satisfação com o atendimento, além de sentimento de acolhimento e segurança, contribuindo para uma relação de confiança entre usuário e profissional. Percebe-se que se os setores de urgências não fossem ambientes tão lotados, a humanização poderia ser melhor aplicada e desenvolvida dentro das unidades.

A RUE é predominante utilizada por usuárias mulheres, quanto à classificação 60% dos casos são classificados como não urgentes e com a maioria dos desfechos sendo a alta do paciente. No Brasil as unidades de emergência estão atendendo principalmente casos de baixa complexidade. A margem de internamentos se dá em largo escorço dos casos classificados como urgentes e das emergências (BREVIDELLI *et al.*, 2021).

A utilização dos serviços de saúde de emergência, ocorre principalmente por aqueles que moram nas proximidades das unidades, nestas unidades atendem demandas livres e espontâneas independentes da gravidade, sem restrição de entrada. Já a atenção básica, é vista de forma inflexível e não inclusiva à sua busca (GARCIA; REIS, 2014).

Observa-se uma falta de integralidade entre os serviços, um fator que pode contribuir para as dificuldades dos atendimentos nas unidades básicas de saúde é o horário de funcionamento, que coincide principalmente em horários comerciais, impossibilitando aos usuários, serem atendidos. Enquanto nos serviços de urgência, atende demandas espontâneas e 24 horas por dia.

Profissionais do pré-hospitalar consideram-se mal recebidos pelos profissionais do intra-hospitalar quando trazem pacientes para as salas de urgência. Por vezes retêm suas macas, para evitar que tragam novos pacientes e acabam prejudicando o fluxo de atendimento do SAMU. A comunicação verbal e escrita escassa é descrita como um dos prejuízos que

afetam uma transferência de qualidade. A falta de estrutura física e disponibilidade de leitos contribuem para a geração de conflitos na transferência entre os serviços. Fica explícito que a interação entre SAMU e profissionais da RUE, ocorre de maneira conflituosa (INDRUCZAKIL *et al.*, 2020).

De acordo com especialistas, a principal dificuldade é a integração entre estes serviços. Como contrapartida acaba havendo prejuízo na dinâmica do atendimento, mostrando resistência entre os profissionais quanto às condutas tomadas por ambos, em alguns casos gerando insatisfação devido ao aumento de trabalho dos profissionais que recebem os pacientes trazidos pelo SAMU (BRAGA *et al.*, 2019).

Utilizar de um problema interno prejudicando outro, não é o caminho adequado para resolver a superlotação e os impasses do cotidiano. Independente da situação, o profissional não tem o direito de interferir na continuidade de outro serviço. Essa discordância entre profissionais pode comprometer o cuidado. A oferta e a demanda de leitos e profissionais disponíveis pode ser um fator contribuinte para esse mau entendimento entre os níveis de atenção.

No estudo de Campos e Senger (2013), pode-se observar que médicos recém formados que atuam em serviços de urgência, prevalecendo o setor privado como campo de atuação e contratações que não exijam experiência prévia, acabam de certa forma atendendo de forma mais lenta, o que acaba tendo uma aglomeração de pacientes nas unidades.

A contratação de médicos recém formados pode ser um contribuinte para superlotação das RUE's devido a pouca experiência no manuseio de pacientes e gestão de pessoas, além de ser mais uma atribuição para profissionais mais experientes ter que auxiliar este profissional a se adequar a demanda e fluxos internos. Pode ocorrer ainda insatisfação dos usuários em não serem atendidos por médicos especialistas e/ou experientes.

2ª Categoria - Estratégias para melhoria da superlotação nos serviços de urgência e emergência hospitalar

Para contornar a situação da superlotação, enfermeiros sugerem que pacientes com problemas de baixo risco, sem caracterização de urgências sejam atendidos nas unidades básicas de saúde, que ocorram mudanças no fluxo de atendimento dos pacientes, além de melhoria em estrutura física, maior disposição de leitos e macas para acomodação de pacientes. Além disso, a agilidade nas internações e altas quando necessário, a utilização de educação continuada para melhorias da gestão de atendimentos e dimensionamento são

algumas das estratégias para a diminuição do problema de superlotação nas unidades de urgência e emergência hospitalar (SANTOS *et al.*, 2013).

Nesta mesma perspectiva, existe uma necessidade por parte dos profissionais para que sejam amenizados os fatores que ocasionam a aglomeração de pessoas, seja nas questões físicas estruturais ou por questões de melhorias internas de fluxos, visto que os mesmos se sentem exaustos com tanta demanda e atribuições. O enfermeiro gerente deve ser criativo e crítico quanto aos protocolos instituídos para a melhoria destes fluxos e no cuidado ao profissional zelando pela saúde física e mental de sua equipe.

Também, como estratégia para melhoria da qualidade da assistência no pronto-socorro a pacientes internos, pode-se utilizar de sistemas de informação em saúde, que auxiliam na melhoria da qualidade dos atendimentos, além de analisar custos e contribuir para redução de erros médicos. Possibilita que os pacientes avaliem a assistência recebida durante a internação, informações essas que podem levar a melhorias no processo de trabalho e cuidados prestados ao paciente (ROCHA *et al.*, 2021).

A implementação de um sistema de informação deve ser vista como um processo de mudança organizacional, colaborando para melhoria na qualidade do atendimento, otimização dos fluxos de trabalho alinhados a coleta de dados, facilitação de organização de registros realizados pelos profissionais cotidianamente, possibilita controle, avaliação e auditoria (ANDRADE; FALK, 2011).

Observa-se que a utilização das tecnologias voltadas para a saúde pode contribuir na identificação dos problemas por vezes despercebidos, auxilia na melhoria da qualidade da assistência e facilita a implementação de fluxos para atendimento, além de proporcionar aos profissionais acesso facilitado e seguro das informações.

Analisando os processos internos à enfermagem, o Kanban acelerou e intensificou a especialização e a fragmentação da prática dos enfermeiros, contribuindo na organização do fluxo hospitalar e de informações utilizadas, padronizando as práticas. Possibilita acesso às informações atualizadas sobre o paciente, em tempo real, podendo ser compartilhada entre equipe multiprofissional, garantindo que sejam realizadas condutas de maneira mais rápida, com o intuito de máximo aproveitamento de leitos e maior rotatividade dos mesmos (CECÍLIO *et al.*, 2020).

O sistema de Fast Track contribui como instrumento de triagem e classificação rápida, utilizado bastante durante a pandemia para casos suspeitos ou confirmados para Covid-19, visando organizar atividades de trabalho de forma a evitar a superlotação na unidade de emergência e diminuição de infecção cruzada causada pelo vírus, classificando os

pacientes de acordo com sua gravidade e os direcionando para unidades de acordo com sua necessidade (SOUZA *et al.*, 2020).

A utilização de sistemas tecnológicos de saúde e implementação de tecnologias tem contribuído para ampliar a equidade e o acesso aos serviços, de maneira a oferecer melhor efetividade, qualidade dos serviços, melhor sustentabilidade dos serviços de gestão financeira, maior seguridade das informações, impactando em todos os processos de operacionalização, desde a coleta de dados (NOVAES; SOARES, 2020).

O enfermeiro foi identificado como principal responsável por gerenciar o serviço de urgência e emergência, viabilizando o diálogo entre profissionais de maneira a ofertar equidade na assistência prestada. Aponta-se que quanto melhor o relacionamento entre profissionais, menores são as chances de diferenças e singularidades dentro da unidade. O investimento em tecnologia de informação auxilia no processo de trabalho. A utilização de softwares contribui para o controle de custos e qualidade do serviço (RUBIM *et al.*, 2017).

Cada vez mais fala-se sobre gerência de plantão e gerenciamento de enfermagem. Logo, o profissional enfermeiro tem papel fundamental nesse sentido, tendo em vista, participar da maioria das decisões organizacionais e impasses durante o trabalho. Assim, se faz necessário profissionais mais habilitados a desenvolverem ações coerentes e desafiadoras, além de ações de intervenções, sendo necessários buscar atualização e aprimoramento, para melhor tomada de decisões e utilização das novas tecnologias.

Tem-se visto que o enfermeiro além de cumprir com suas responsabilidades assistenciais, ainda cumpre um papel de gestão dentro das unidades de urgência. Ligações interpessoais entre os trabalhadores fazem com que o trabalho flua melhor dentro do serviço, fazendo do ambiente um lugar com menos estresses e mais acolhedor. O processo de melhoria da assistência requer a utilização de várias tecnologias em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, pode-se perceber que a má utilização dos serviços de urgência, é o principal fator para a superlotação. Visto que, ao invés de utilizar a atenção primária como primeira escolha, acabam por utilizar a porta aberta da emergência. Sendo prejudicial para o paciente, por conta da demora nos atendimentos e dificultando aos profissionais de saúde, o desenvolvimento de uma assistência de qualidade.

Se faz necessário, uma gestão em saúde de qualidade e profissionais capacitados, para garantir um melhor direcionamento de pacientes e organização do setor, evitando a

superlotação e as dificuldades advindas junto com a mesma. Para isto, é necessária uma reestruturação entre os serviços de saúde, para que ambos funcionem atendendo situações que lhes competem. Além disso, há conscientização por parte dos usuários, pela busca do serviço adequado.

Ações como estas, implicam em uma melhor organização dos fluxos dos usuários, desafogar os serviços de urgência e possibilita que os atendimentos tenham uma melhor eficácia e qualidade. Destaca-se ainda que estas, são medidas que poderiam ser tomadas imediatamente e sem custos.

Outra estratégia que pode ser implantada é o aumento do número de profissionais e leitos nas unidades de urgência, reorganização das equipes e funções estabelecidas, possibilidades de contrafluxos das redes de urgência para unidades da atenção primária. Destaca-se também a utilização das tecnologias em saúde para gerir admissões, internações e altas, além do desenvolvimento das atividades prestadas dentro da unidade.

Ainda, ressalta-se que a presente pesquisa apresentou como limitação a carência de estudos sobre a temática, o que acabou limitando uma maior expansão de informações, assim como dificultando a análise e discussão mais aprofundada dos dados. Assim, recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos, sobretudo, os realizados de forma direta com profissionais e pacientes que estejam envolvidos nos serviços de urgência e emergência, na busca de dados que visem a melhoria dos cuidados e assistência, e processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S. **Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa.** Rev. Gaúcha Enfermagem. v.33,n.4,p.181-190,2012.

ACOSTA, A.M.; LIMA, M.A.D.S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** V.15,n.2,p.73, 2015.

ALCANTARA, R.T.; CAMPOS, A.L.B.C.; RAMOS, J.V.M. **As causas locais de superlotação em um serviço hospitalar de emergência de Sergipe.** v.10,n.15 p.17, 2021.

ALMEIDA, P.M.V.; *et al.* **Análise dos atendimentos do SAMU 192:** Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Esc. Anna Nery v.20,n.2,p.289-295,2016.

ANDRADE, D.J.; FALK, J.A. Eficácia de Sistemas de Informação e Percepção de Mudança Organizacional: um Estudo de caso. **rev. adm. Contemporânea**, v. 5, n. 3, p.53-84, Set.-Dez, 2011.

ANZILIERO, F.; *et al.* Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**v.4,n,37,p.53-64, 2016.

BARATIERI,T.; *et al.* Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento.**Rev.ciência & saúde coletiva**,v.26,n.66,p.2281-2290, 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BITTENCOURT, R.J. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional. **Rev. Nacional de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010.

BORGES,F. **A atuação do enfermeiro na gestão de leitos**, p.154, Curitiba, 2019.

BRAGA,M.; *et al.* Principais dificuldades do atendimento pré-hospitalar descritas pela produção científica nacional. **Revista eletrônica acervo saúde**,v.10, n,14, p.8, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 13 Out 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Resolução CFM Nº 2.077, de 24 de julho de 2014. Normatiza o funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. **Diário oficial da União**, 27 de jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 31 Dez 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de atenção às urgências e emergências** ,2ª Ed. Brasília: MS:2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências**. Brasília : Ministério da Saúde. P.81, 2020.

BRASIL. Os componentes da RUE. In: Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Editores do Ministério da Saúde**, 2013.

BREVIDELLI, M.M.; *et al.* Efetividade do sistema de triagem em serviço de emergência privado: estudo coorte. **Revista USP**, v.53,n.3,p.3953,2021.

CAMPOS,M.C.G.;SENGER,M.H.O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência.**Rev.Brasileira Clínica Médica**,v.11,n.4,p.8, São Paulo,2013.

CANEPELE,A.H.; *et al.* Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19.**Rev. Escola Anna Nery** ,v.24,n.spe.2020.

CECILIO, L.C.O.; *et al.* Enfermeiros na operacionalização do Kanban: novos sentidos para a prática profissional em contexto hospitalar? **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, p.283-292, 2020.

CEZAR,S,V.; SOUZA,J.S.M. **A visão da enfermagem sobre o atendimento humanizado no setor de urgência e emergência.** v.4, n.1, p. 81-91, 2021.

COIFMAN,A.H.M.; *et al.* Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Rev Escola de enfermagem USP.** v.55, n.3, p.37-51, 2021.

COSTA,R.L.M.; SANTOS, R.M.; COSTA,L.M.C. Autonomia profissional da enfermagem em tempos de pandemia. **Rev.Gaúcha Enfermagem**, v.42, n.20,p. 1-7, 2021

DESLANDES, S.F.; MINAYO, M.C.S.; OLIVEIRA, A.F. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. **Rev. Fiocruz**, v,1,n10,p.139-157, 2017.

DEZIN, N.K.; LINCOLN, Y. **O planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 432p, 2006.

DIZ,A,B,M.; LUCAS,P.R.M.B. Segurança do paciente em hospital serviço de urgência: uma revisão sistemática. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n.5, p.1803-1812, 2021.

DUARTE, M.L.C.; GLANZNER,C.H. PEREIRA L.P. O trabalho em emergência hospitalar: sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.24, p.2032-2042, Rio de Janeiro, 2018.

GARCIA,V.M.; REIS,R.K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, mar-abr; v.67n.2 p.17-27, 2014.

GIGLIO,J.A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. **Rev. Antropologia e Saúde collection**, v.143,p.200-206, 2015.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

HERMIDA ,P.M.V.; *et al.* Acolhimento com classificação de risco: Um estudo avaliativo **.Rev Esc Enferm USP**,v.3,n.31.p.8, 2018.

HERMIDA.P.M.V.; *et al.* Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. **Rev. de enfermagem Anna Nery.** v,26. 2022.

HERNANDES,P.F. Unidade de pronto atendimento e a articulação com os níveis de atenção às urgências e emergências. **Rev.políticas publicas e desenvolvimento**, n.1.v.1.53-67, 2016.

HORA,R.S.; *et al.* Caracterização do atendimento do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) às emergências clínicas. **Reme rev.minuto enfermagem**, v.23.p.12-56, 2019.

INDRUCZANI,N.S.; *et al.* Conflitos entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar. **Rev.enferm UERJ**, v.28,n.50,p.9,Rio de Janeiro, 2020.

JUNIOR, J.A; MATSUDA,L.M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev.Gaúcha Enfermagem**, v.32; n.32; p.797-806, 2018.

JUNIOR, V.S.J.; *et al.* Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. **Rev.Enfermagem Brasileira**, v.19,n.1, p.49-57, 2020.

KONDER,M.T.; O'DWYER.G. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Ciências em saúde coletiva** ,v. 21, n.7, p. 2189-2200, Rio de Janeiro, 2016.)

KONDER.M.; O'DWYER,G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Rev de Saúde Coletiva** v. 29, n. 02 , 2019.

KONDER; MARIANA; O'DWYER, G.As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Revista de Saúde Coletiva**, v.29, n.2, 2019.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 42, n. 1, p. 41-47,São Paulo, 2008.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p. 2297–2305, 2010.

MENDES,D.S.K.; SILVEIRA.C.C.P.; GALVÃO.C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, v.17, p.758-645. Florianópolis, 2008.

MINAYO, M. C de S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13.ed. São Paulo: Hucitec,2013.

NOVAES,H.M.D. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. **Revista de Saúde Pública** , v.40, n.45, p.133-140,2016.

O'DWYER.; *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. V. 51, p. 100-125, 2017.

O'DWYER,G.O.; OLIVEIRA,S.P.; SETA,M.H. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS**. 5.Ed. Ciências da saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2009.

O'DWYER,G.; MATTA,I.E.A.; PEPE,V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008._

- OHARA,R.; MELO,M.R.A.C.; LAUS,A.M..Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**.v.63,n.5,p.749-754, 2010.
- OLIVEIRA,G.S.; *et al.* Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: Uma revisão de literatura. **Rev.Ciências Biológicas e de Saúde Unit.** v.4, n.2, p.115-126, 2015.
- POMPEO,D.A.; ROSSI,L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Rev .Acta Paul Enferm.** v.22, n.4,43-48,2009.
- PUCCINI,P.T.; *et al.* Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**.v.17,n.11,p.2941-2952, 2012.
- PUCCINI,T.P.; CORNETTA,V.K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Rev.Gaúcha de enfermagem**, v.39,p.2017-2055, 2008.
- PUCCINI.P.T.; *et al.* Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, n. 11 ,p.2941-2952, 2012.
- PUSCH, R. Humanização e integralidade. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 210-216,dez.2010.
- ROCHA,H.M.N.; *et al.* Usabilidade de um sistema de monitoramento das internações em pronto-socorro. **Rev.de saúde pública.** p.55-113,2021.
- RUBIM,M.M.; *et al.* Possibilidades profissionais e materiais em serviço intra-hospitalar de urgência e emergência: relato de experiência. **Rev. Enfermagem UFPE**, v.11, n.5, Recife, 2017.
- SACOMAN, T.M.; *et al.* Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de Urgência. **Rev saúde debate**, v. 43, n. 121, p. 354-367, abr-jun, 2019.
- SANTOS, J,L.G.; *et al.* **Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde:** revisão integrativa. **Rev. Brasileira enfermagem**, v.66, n.2, p. 257-63, 2013.
- SANTOS,J.L.G.; *et al.* Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros.**Rev.acta Paulista de Enfermagem.** v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013.
- SANTOS,Q.A.; *et al.* O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. **Rev. Enfermagem atual in derme**, v.87, n.2; p1-12, 2019.
- SEOANE,A.F.; CARVALHO,A.F.F. Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde .**Rev. Saúde e Sociedade**.v.23,n.4,p.1408-1416,2014.

SILVA, D. P.; *et al.* Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 17, p. 64-76, 2020.

SOUSA, B.V.N.; TELES, J.F.; OLIVEIRA, E.F. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Rev. Enfermeria Actual de Costa Rica**, n. 38, p. 245-260, 2019.

SOUZA, K.O.C. *et al.* **Fast tracks: estratégia de enfrentamento da pandemia de covid-19 em um hospital privado.** Rev. Enfermagem em foco; v.11, n.2p. 187 -193, 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisao integrativa: O que é e como fazer. **Rev.Einstein.** v. 8,p. 102-106, 2010.

WANG, Z.; *et al.* **Causas de superlotação do departamento de emergência e bloqueio de acesso a serviços críticos em Pequim:** um estudo de 2 anos. O Jornal de Medicina de Emergência. v. 54, n. 5, p. 665-673, 2018.