
REDE DE ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS:
AVALIAÇÃO DA
IMPLANTAÇÃO E DO
DESEMPENHO DAS
UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO (UPAS)

28

CONASS documenta



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



© 2015 – 1.ª edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e a autoria.

TIRAGEM: 2 mil exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 28

Brasília, março de 2015.

ISBN 978-85-8071-017-5

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do
Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). – Brasília : CONASS, 2015.
400 p. – (CONASS Documenta, 28)

ISBN 978-85-8071-017-5

Sistema de Saúde I. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implan-
tação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

NLM WA 525

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Francisco Armando Melo	PB	Roberta Abath
AL	Rozangela Wyszomirska	PE	José Iran Costa Júnior
AM	Wilson Duarte Alecrim	PI	Francisco Costa
AP	Pedro Rodrigues Gonçalves Leite	PR	Michele Caputo Neto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Felipe Peixoto
CE	Carlile Lavor	RN	José Ricardo Lagreca
DF	João Batista de Sousa	RO	Williames Pimentel
ES	Ricardo Oliveira	RR	Kalil Gibran Linhares Coelho
GO	Leonardo Vilela	RS	João Gabbardo
MA	Marcos Pacheco	SC	João Paulo Kleinubing
MG	Fausto Pereira dos Santos	SE	José Macedo Sobral
MS	Nelson Barbosa Tavares	SP	David Uip
MT	Marco Aurélio Bertúlio	TO	Samuel Braga Bonilha
PA	Heloísa Maria Melo e Silva Guimarães		

DIRETORIA DO CONASS 2014/2015

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Halim Antonio Girade (GO)

Região Nordeste

Jorge Villas Boas (AL)

Região Norte

Hélio Franco de Macedo Júnio (PA)

Região Sudeste

Marcus Esner Musafir (RJ)

Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Cupertino

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE NÚCLEOS TÉCNICOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Gilson Cantarino O'Dwyer

Lídia Tonon

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha De Luiz

ELABORAÇÃO

ORGANIZADOR

Nelson Ibañez

REVISÃO TÉCNICA

Rita de Cássia Bertão Cataneli

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Sem Fronteira Idiomas

EDIÇÃO

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda

Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

SOBRE OS AUTORES

_____ **Ana Luiza d'Ávila Viana**

Professora doutora no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) desde 2002, com experiência na área de Análise de Políticas Públicas. Possui doutorado em Economia pela Universidade Estadual de Campinas/SP, mestrado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas/SP e graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Cândido Mendes/RJ. Organizadora (com outros pesquisadores) dos livros: *O SUS em dez anos de desafio* (2002); *Proteção social: dilemas e desafios* (2005); *Saúde, desenvolvimento e território* (2007); *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil* (2001); *Saúde, desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação* (2012); entre outros. É bolsista de produtividade do CNPq. Foi pesquisadora do Nepp/Unicamp, professora do IMS/Uerj e diretora do Decit da SCTIE do Ministério da Saúde.

_____ **Carla Lourenço Tavares de Andrade**

Estatística. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz) carlamv@ensp.fiocruz.br.

_____ **Carmen Cecília de Campos Lavras**

Médica pela Unicamp. Especialista em Medicina do Trabalho pela Unicamp. Especialista em Saúde Pública pela Unicamp. Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde pela PUC Campinas. Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp, atuando nos seguintes temas: política de saúde, sistemas regionais de saúde, avaliação e controle em saúde, recursos humanos em saúde, redes de atenção à saúde e linhas de cuidado.

_____ **Cristiani Vieira Machado**

Médica sanitaria. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), com Pós-Doutorado em Ciência Política na University of North Carolina at Chapel Hill (EUA). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz) e bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). cristiani@ensp.fiocruz.br.

_____ **Denise da Silva Melo Gomes de Sousa**

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestranda do Curso de Saúde Humana e Meio Ambiente pela UFPE. Especialização em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Internacional (Uninter) e em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip). Docente do Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* (Residência Multiprofissional) em Saúde Coletiva do Imip. Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Imip.

_____ **Domenico Feliciello**

Médico pela Unicamp. Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde pela PUC Campinas. Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp. Pesquisador Associado ao NEPP/Unicamp. Apresenta experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em ensino médico, planejamento e gestão em saúde e avaliação de políticas públicas.

_____ **Edson Mamoru Tamaki**

Administrador pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Doutor em Economia da Saúde pela Universidade de Paris IX. Pós-doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Professor Associado IV da Universidade Federal de Mato Gros-

so do Sul. Área de atuação: Saúde Coletiva. Linha de pesquisa: Avaliação da Gestão em Saúde. Docente do curso de graduação em Medicina. Docente e pesquisador do Mestrado e do Doutorado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste e do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

_____ **Eronildo Felisberto**

Médico pela Universidade de Pernambuco (UPE). Doutorado e mestrado em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz). Especialização (Residência Médica) em Medicina Preventiva e Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente do Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* (Residência Multiprofissional e Especialização) em Saúde Coletiva do Imip. Docente e Pesquisador do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Avaliação em Saúde do Imip. Pesquisador do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Imip.

_____ **Gabriela Ferreira Granja**

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Marília (2004), com especialização e mestrado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2008) na área de saúde coletiva. Atualmente, é doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e atua como Gestora Educacional na Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Atuou como gerente de apoio técnico na Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), como técnica do Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo e do Programa TecSaúde. Tem experiência na área de enfermagem, pesquisa e gestão em saúde, nos seguintes temas: políticas de saúde, redes de atenção à saúde, atenção primária e bioética.

_____ **Gisele O'Dwyer**

Médica sanitária. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento

em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz). odwyer@ensp.fiocruz.br.

_____ **Greciane Soares da Silva**

Odontóloga pela Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES). Doutoranda do Curso de Saúde Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa, Portugal (IHMT/UNL). Mestrado em Avaliação em Saúde pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip). Especialização em Saúde Pública pela ASCES e em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip). Docente do Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* (Especialização) em Saúde Coletiva do Imip. Docente e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Avaliação em Saúde do Imip. Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Imip.

_____ **Guilherme Arantes Mello**

Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos. Doutor em Medicina Preventiva pela USP. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Unicamp. Médico com especialização em Medicina Geral e Comunitária pelo SUS-SP/Hospital Santa Marcelina.

_____ **Hudson Pacifico da Silva**

Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas (1996), mestre em Desenvolvimento Econômico pela Universidade Estadual de Campinas (2003) e doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (2007). Fez estágio de pós-doutoramento na área de inovações em saúde no Departamento de Administração de Saúde da Université de Montréal, Canadá. Foi consultor técnico do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde no período 2011-2012. Professor da FCA-Unicamp, onde atua como docente do curso de Administração Pública e do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. Tem

experiência na área de economia, saúde e ciência e tecnologia, com foco em gestão de políticas públicas.

_____ **Isabella Samico**

Médica pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz. Mestrado em Saúde Materno-Infantil pelo Institute of Child Health/University of London. Especialização e Residência Médica em Pediatria pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Docente e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Avaliação em Saúde do IMIP. Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do IMIP.

_____ **Juliana Gagno Lima**

Nutricionista. Especialista em Saúde da Família e Gestão da Atenção Básica pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). julianagagno@yahoo.com.br

_____ **Liza Yurie Teruya Uchimura**

Médica de família e comunidade. Preceptora da Residência Médica de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mestrado em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora e integrante da unidade gestora da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”, coordenada pela Profa. Dra. Ana Luiza D´Avila Viana. E-mail: lytuchimura@gmail.com.

_____ **Luciana Dias de Lima**

Médica sanitarista. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento

em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz) e bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). luciana@ensp.fiocruz.br.

_____ **Luciana Santos Dubeux**

Odontóloga pela Universidade de Pernambuco (UPE). Doutorado e Mestrado em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz). Especialização em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip). Docente do Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* (Residência Multiprofissional) em Saúde Coletiva do Imip. Docente e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Avaliação em Saúde do Imip. Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Imip.

_____ **Luis Henrique Leandro Ribeiro**

Bacharel e licenciado em Geografia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Doutorando em Geografia Humana pelo Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas (IG/Unicamp). Atualmente é membro da equipe do Projeto Saúde Amanhã da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). E-mail: luis.ribeiro@yahoo.com.br.

_____ **Luiza Helena de Oliveira Cazola**

Enfermeira pela Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas (Efoa). Doutorado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Enfermeira cedida pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Docente do Programa de Pós-Graduação no Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFMS). Professora colaboradora no Internato de Saúde da Comunidade I (5.º ano) da Faculdade de Medicina (UFMS).

_____ **Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro**

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (1991), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universida-

de de São Paulo (2000) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2005). Atualmente, é professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: inquéritos populacionais, condições de vida e saúde, Aids, cobertura vacinal e desigualdades sociais em saúde.

_____ **Marcelo Cardoso Pinheiro**

Graduado em Engenharia Química pela Escola de Engenharia Mauá (1985), com mestrado (2003) e doutorado (2009) em Saúde Pública, na área de concentração Serviços de Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Participou de diversas pesquisas, entre elas: Avaliação das AMAs e Integração da Rede Assistencial com Base nos Atributos da Atenção Primária (2011-2012), Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG); Monitoramento e Avaliação da Implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009 – 2010) e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), para Desenvolvimento de Estudos Avaliativos (2005), Departamento Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

_____ **Maria Cristina Restitutti**

Médica pela Unicamp. Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde pela PUC Campinas e em Saúde Pública pela Unicamp. Pesquisadora Associada ao NEPP/Unicamp. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia; Planejamento; Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde; Sistemas de Informações Geográficas.

_____ **Maria José Comparini Nogueira de Sá**

Psicóloga pela PUC Campinas. Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde pela PUC Campinas. Pesquisadora Associada ao NEPP/Unicamp. Atua nos seguintes temas: política de saúde, saúde mental, avaliação e planejamento.

_____ **Maria Paula Ferreira**

Bacharel em estatística, mestre em epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública (USP) e doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina (USP). Atualmente, exerce o cargo de Gerente de Metodologia e Estatística da Fundação Seade, sendo responsável pela elaboração, pela implantação e pelo acompanhamento dos planos amostrais das pesquisas domiciliares e econômicas, entre elas a Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) e a Pesquisa Conjuntural de Micro e Pequena Empresa (Pecompe) e pela construção dos indicadores: Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).

_____ **Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira Porto**

Enfermeira pela PUC Campinas. Advogada pela Universidade Paulista. Especialista em Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS pela UnB. Mestre em Demografia pela Unicamp. Pesquisadora Associada ao NEPP/Unicamp. Possui experiência na área de Saúde Coletiva, atuando e pesquisando os temas: políticas de saúde, sistemas regionais de saúde, direito sanitário, gestão e desenvolvimento de recursos humanos.

_____ **Mariana Teixeira Konder**

Médica do Departamento de Emergência do Hospital Federal de Bonsucesso. Especialista em Clínica Médica – Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/Uerj). Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Doutoranda do Programa de Saúde Pública da Ensp/Fiocruz. marianakonder@gmail.com

_____ **Marina Ferreira de Medeiros Mendes**

Odontóloga pela Universidade de Pernambuco (UPE). Doutoranda do Curso de Saúde Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical/ Universidade Nova de Lisboa, Portugal (IHMT/UNL). Mestrado e Especialização em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz). Docente e pesquisadora do Programa de

Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Avaliação em Saúde do Imip. Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Imip.

_____ **Nelson Ibañez**

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Sorocaba, mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Livre Docência em Políticas de Gestão pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente, é professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e coordenador do Laboratório de História da Ciência do Instituto Butantan.

_____ **Oziris Simões**

Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, mestre em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo e doutor na área de Epidemiologia em serviços de saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Atualmente, é professor assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Tem experiência em gestão, ensino e pesquisa na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia em Serviços, Avaliação em Saúde, Condições de Vida e Saúde, Atenção Primária em Saúde.

_____ **Rachel Guimarães Vieira Pitthan**

Fisioterapeuta e Administradora Hospitalar. Especialista em Administração Pública pela Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (Ceperj/Uerj) e Gestão em Saúde pela Faculdade Cândido Mendes (IAVM/Ucam). Especializanda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Assistente de pesquisa no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (Daps/Ensp/Fiocruz). rachelvieira@ensp.fiocruz.br.

_____ **Renan Paes Alves**

Aluno do 6.º ano de medicina da Faculdade Souza Marques e bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no período de 2011 a 2013. renalvesp@gmail.com.

_____ **Renata Palópoli Pícoli**

Fonoaudióloga pela Universidade Católica Dom Bosco. Doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo. Mestrado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu/Universidade Estadual Paulista. Docente do Curso de Medicina da Universidade Anhanguera/Uniderp.

_____ **Stefânia Santos Soares**

Psicóloga. Especialista em Saúde da Família e Gestão da Atenção Básica pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). stefaniasoares@gmail.com .

_____ **Tania Alencar de Caldas**

Professora Doutora Visitante do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pedagoga e advogada. Especialista em Economia do Trabalho e Sindicalismo pelo Instituto de Economia (Unicamp), em Direito Tributário e em Direito Empresarial. Mestre pelo Centro Salesiano. Doutora pela FE (Unicamp). Doutoranda em Clínica Médica pela Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp). Pesquisadora do Grupo Nacional de Estudos e Pesquisas em Educação Superior (FE/Unicamp), do Laboratório de Estudos do Setor Público (FCA/Unicamp), do Departamento de Sistemas da Computação (IC/Unicamp) e Pesquisadora de Regiões e Redes (resbr.net.br).

_____ **Tatiana Wargas de Faria Baptista**

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz). twargas@ensp.fiocruz.br.

_____ **Tereza Mizue Nakagawa**

Graduada em Ciências Sociais pela FFLEHC-USP (1972), Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP (1980), mestre em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1985), pós-graduação em demografia pela Faculdade de Economia e Administração da USP (1980). Pesquisadora no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP/Unicamp (1998-2002); professora do Centro Universitário São Camilo (1998-2000); consultora da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo no projeto de regionalização da Saúde (2006); pesquisadora na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva (2004-2010); e pesquisadora na Faculdade de Saúde Pública (USP), Departamento de Prática de Ensino (2011-2014).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

do CONASS 21

da Secretaria de Atenção à Saúde / MS 23

INTRODUÇÃO 27

CAPÍTULO 1
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO BRASIL: PERIODIZAÇÃO E
MARCOS LEGAIS 39

CAPÍTULO 2
REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO NACIONAL 55

CAPÍTULO 3
DESEMPENHO DAS UPAS E INTEGRAÇÃO ÀS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 73

CAPÍTULO 4
AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 127

CAPÍTULO 5
A IMPLANTAÇÃO DAS UPAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS 161

CAPÍTULO 6
AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DE SÃO PAULO 201

CAPÍTULO 7
IMPLANTAÇÃO DAS UPAS E INSERÇÃO DAS REDES NO ESTADO DE PERNAMBUCO 241

CAPÍTULO 8
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DAS UNIDADES DE
PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DE SERGIPE 275

CAPÍTULO 9
A UPA 24 HORAS NA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA DO PARANÁ 315

CAPÍTULO 10
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO
E DO DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) NO MATO
GROSSO DO SUL 363

APRESENTAÇÃO

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), componente da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, constitui-se em um equipamento de saúde de complexidade intermediária, situado entre a Atenção Primária à Saúde e a rede hospitalar. Funciona de modo ininterrupto nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos os feriados.

Sua implantação deve atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS n. 2.648, de 7 de novembro de 2011, que estabelece como competência das UPAs: (i) atendimento à urgência e emergência traumáticas e não traumáticas; (ii) realização de exames laboratoriais, eletrocardiográficos e radiológicos para diagnosticar situações de urgência e emergência; (iii) distribuição de medicamentos para que o paciente realize o tratamento domiciliar em situações de urgência; (iv) realização do transporte de enfermos que lá tenham recebido seu primeiro atendimento; entre outras.

Com o propósito de conhecer efetivamente o papel desempenhado por esse novo componente da Rede de Atenção às Urgências e assim poder avaliar o seu desempenho no sistema de saúde, o CONASS, com apoio do Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde (Opas), promoveu o estudo denominado: *Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)*, coordenado pelo Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag), do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

Colaboraram no desenvolvimento desse trabalho pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/Unicamp); da Escola Paulista de Medicina (Unifesp); do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip); do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; da Facul-

dade de Ciências Aplicadas da Unicamp; e do Departamento de Medicina Social da FCMSCSP.

Concebido em meados de 2011, o estudo se concretizou a partir do segundo semestre de 2012, sendo a pesquisa de campo finalizada em 2013. Ao todo, foram realizadas 483 entrevistas com gestores estaduais e municipais de saúde e profissionais das áreas de planejamento e de coordenação de serviços pré-hospitalares e hospitalares, no intuito de identificar e qualificar a participação das instâncias gestoras nesse processo.

Pelo fato de concentrarem o maior número de UPAs em funcionamento à época em que o estudo foi proposto, fizeram parte da amostra os estados de Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Sergipe. O estudo buscou ainda identificar os fatores que favorecem e que dificultam o processo de implantação, o desempenho e a resolubilidade das UPAs.

Ao longo deste trabalho três desafios foram colocados por diferentes atores e instâncias gestoras para o fortalecimento da implantação das redes, em especial a de urgência e emergência e a governança regional do sistema: (i) financiamento; (ii) fortalecimento da gestão estadual; e (iii) profissionalização dos recursos humanos para a gestão e operação das redes.

Esses e outros desafios e resultados foram compartilhados com as secretarias de saúde envolvidas na pesquisa e o relatório final entregue aos respectivos secretários. O panorama geral foi apresentado pelo coordenador do estudo, Professor Dr. Nelson Ibañez, na primeira assembleia do CONASS de 2014, realizada no dia 19 de fevereiro.

A publicação do presente estudo é um convite ao debate em torno do impacto dessa política sobre o sistema público de saúde, bem como do modelo de atenção à saúde que assegure à população acesso universal, oportuno e de qualidade em todos os níveis de atenção.

O desafio está lançado!

Wilson Alecrim
Presidente do CONASS

DA SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE / MS

A reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências está sendo implementada nos termos da Portaria GM/MS n. 1.600 desde o ano de 2011, trazendo inovações na gestão e no cuidado no campo da urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) constitui-se como componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE) intermediário entre a atenção básica e a atenção hospitalar, com os objetivos de dar suporte à atenção básica para os casos agudos que ultrapassem sua capacidade de resolução e de reduzir o fluxo de usuários para as portas de entrada hospitalares.

A atenção à urgência e emergência em tempo oportuno e de forma qualificada reveste-se de grande importância por salvar vidas, evitar sequelas e reduzir o sofrimento das pessoas no momento em que elas mais necessitam dos serviços de saúde.

O desafio do governo federal é implantar 1.000 UPAs no País. Este desafio vai desde a sua estruturação pelos gestores estaduais e municipais, passando pela informação, financiamento, retaguarda de leitos, até a organização do processo de trabalho para que a UPA cumpra seu papel assistencial, resguardando o papel dos demais pontos de uma atenção, especialmente o da atenção básica.

Temos hoje 384 UPAs em funcionamento no País, o que significa atendimento de 36,9 milhões de consultas de urgência ao ano, 43% de cobertura de população e mais de 4.488 leitos de observação.

Está dando certo. Existem muitas experiências exitosas e essas serão cada vez em maior número com o aperfeiçoamento de programa. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pelo CONASS “Avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)” é de grande valia para a reflexão e ações rumo ao incremento quantitativo e qualitativo das UPAs.

Fausto Pereira dos Santos
Secretário de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

CONCEITOS DE REGIONALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS REDES

Uma das características dos sistemas nacionais de corte universalista é que estes são responsáveis pela garantia do direito à saúde e a organização de redes regionalizadas constitui-se em instrumento para ampliação do acesso e da diminuição de desigualdades.

A constituição da rede dá-se por meio de intrincada trama de interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e pela produção dos serviços (gerentes e profissionais) e os cidadãos. Nesse processo, estão envolvidas instituições, projetos e pessoas que se articulam, conectam e constroem vínculos.

A revisão bibliográfica sobre o tema revela que, nas diversas reformas dos sistemas nacionais de saúde, a descentralização e a regionalização, mediante a integração dos serviços de saúde em redes assistenciais, têm sido ativamente estimuladas com base no “modelo ideal” de integração, que teria como pressuposto teórico aumentar a efetividade e a eficiência (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004). Segundo Kuschnir e Chorny (2010), os sistemas nacionais são responsáveis pela garantia do direito à saúde e a organização de redes regionalizadas constitui-se em instrumento para ampliação do acesso e da diminuição de desigualdades.

A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1905, por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região.

No sistema nacional de saúde inglês (NHS), foram desenvolvidas estratégias de coordenação do cuidado clínico, como as *clinical networks*/redes

clínicas para o tratamento de crônicos, articulação funcional de profissionais dos diversos níveis de atenção, organizações de pacientes e sociedades de especialistas, que desenvolvem protocolos clínicos e mecanismos próprios de integração das práticas que perpassam todos os serviços envolvidos (EDWARDS, 2002 *apud* KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Do ponto de vista da gestão do sistema, todos os serviços – tanto curativos quanto preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. A unidade de ideias e propósitos é indispensável, assim como: a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Em 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde considerou que as Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

A diversidade dos processos de atenção à saúde, o seu caráter transversal e o amplo número de atores e serviços envolvidos exigem uma estrutura em rede para dar conta da coordenação das interdependências e, assim, garantir a integralidade. A constituição da rede dá-se por meio de uma intrincada trama de interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e pela produção dos serviços (gerentes e profissionais) e os cidadãos. Nesse processo, estão envolvidas instituições, projetos e pessoas que se articulam, conectam e constroem vínculos (RIVERA e LIMA, 2010).

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e das organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para Mendes (2009), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma

missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, características das relações hierárquicas, uma vez que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010). A constituição de redes envolve disputas de poder e requer decisões de política pública que certamente ferem interesses (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

No Brasil, o tema das redes de atenção à saúde é recente e não há experiências em escala, nem avaliações robustas. Contudo, estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem melhorar de maneira significativa os níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS (MENDES, 2009).

Na atenção às urgências, a elevada procura pelos serviços de pronto atendimento, significativamente superior à capacidade de oferta e por motivos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas, tem sido motivo de discussões sobre a organização do sistema, como a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada nível (ROCHA, 2005).

A estruturação da rede de serviços e de mecanismo de regulação do acesso às urgências em nível regional, aliado ao aprimoramento da assistência primária, é atributo dos gestores na organização dos fluxos na busca pela garantia do acesso dentro dos princípios do SUS aos acometidos por agravos de urgência.

Seguindo os fundamentos normativos do SUS e o referencial teórico que o embasa, a atenção às urgências deve estar organizada em redes: as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são arranjos organizativos de

ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria GM/MS n. 4.279/2010).

A análise das normas que regulamentam a Política Nacional de Atenção às Urgências evidencia que, em contexto de aumento da demanda, sobrecarga de atendimentos nas portas hospitalares em consequência do aumento de acidentes, violências e doenças crônicas e insuficiência da rede básica, a atenção às urgências no Brasil foi centrada na atenção hospitalar¹ a partir da segunda metade da década de 1990, na implantação das Centrais da Regulação Médica de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nas grandes capitais, como linha auxiliar da porta hospitalar.

Essa atribuição, assumida em grande parte inicialmente por estados e grandes municípios, inspirados no modelo do SAMU francês, que é uma referência para diversos países, foi desenvolvida nesse período por meio de um acordo de cooperação técnica da França com o Brasil (ALMOYNA, 1999). Mais recentemente, a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h)² induz ainda mais as urgências inseridas em uma rede de atenção, sintonizadas na política nacional de conformação de redes regionais.

A questão do chamado “pronto atendimento” na organização do sistema serviços de saúde não é uma preocupação nova. Nem a definição de urgência é tão simples assim, seja a partir de critérios estabelecidos pelos profissionais da saúde seja pelo próprio usuário.

¹ Portaria n. 2.923/1998: institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência; Portaria n. 2.048/2002: regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelece seus princípios e diretrizes, define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços pré-hospitalares fixos, unidades não-hospitalares (24h), pré-hospitalar móvel e unidades hospitalares; Decreto n. 5.055/2004: institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviço.

² Portaria n. 2.922/2008a: estabelece diretrizes para a organização de redes locais/regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPAs e salas de estabilização em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes; Portaria n. 1.600/2011: reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Define os componentes da Rede (promoção, vigilância, AB, SAMU, SE, Força Nacional de Saúde – pop. vulneráveis, UPAs, hospitais e atenção domiciliar).

Na atenção às urgências, a elevada procura pelos serviços de pronto atendimento, significativamente superior à capacidade de oferta e por motivos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas, tem sido motivo de discussões sobre a organização do sistema, como a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada nível (ROCHA, 2005). A estruturação da rede de serviços e de mecanismo de regulação do acesso às urgências em nível regional, aliados ao aprimoramento da assistência primária são atributos dos gestores na organização dos fluxos na busca pela garantia do acesso dentro dos princípios do SUS aos acometidos por agravos de urgência.

Entretanto, a formulação da política de urgência aconteceu em um cenário de tensão em razão da intensa insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, suas filas e superlotação (O'DWYER e MATTOS, 2012).

As relações entre esferas de governo são complexas no Brasil. O atual arranjo federativo, ao definir simultaneamente as responsabilidades e os dispositivos de arrecadação nos diferentes níveis, disponibiliza incentivos para propiciar a adoção das políticas. Essa estrutura de incentivos é uma das estratégias para induzir os diversos atores a um comportamento cooperativo e é importante para estados e municípios, que são os agentes implementadores do SUS nos níveis regional e local. Entretanto, a dependência do financiamento pode propiciar um cenário em que os entes federativos assumem um comportamento mais conflitivo pela disputa de recursos do que cooperativo (VIANA, FARIA e PACÍFICO, 2006).

A realização de pactos entre gestores é imprescindível nesse processo, desde a atenção básica até os mais altos níveis de complexidade. O desenho das regiões de saúde deve seguir os critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território como suficiência na atenção básica e parte da média complexidade. Para garantir a atenção de alta complexidade e parte da média, as regiões devem pactuar entre si (ARAUJO, 2012).

A coordenação representa o principal instrumento pelo qual os gerentes articulam e integram as várias pessoas e unidades dentro das organizações e integram suas organizações com outras (RIVERA e LIMA, 2010).

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 332),

[...] num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e

organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo.

Seguindo os fundamentos normativos do SUS e o referencial teórico que o embasa, a atenção às urgências deve estar organizada em redes: as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria GM/MS n. 4.279/2010).

n. 28
*Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

A formulação das políticas de urgência e emergência no Brasil acontece, entre outras razões, motivada pela intensa insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, suas filas e superlotação (O'DWYER e MATTOS, 2012). Esta situação na atualidade apesar de ter melhorado em alguns aspectos organizacionais e assistenciais ainda se apresenta nas diferentes mídias como algo não resolvido e denuncia em certa medida uma das sérias deficiências do nosso sistema público.

Do ponto de vista histórico, pode-se dizer que as preocupações com a assistência às urgências e emergências ocuparam a agenda pública das diferentes formas de organização do sistema de saúde brasileiro conjuntamente com a organização da assistência hospitalar. As concepções relativas ao papel dos hospitais na assistência desses problemas têm variado em modelos mais hospitalocêntricos em que a estrutura de redes era conformada por hospitais locais, microrregional e regional de acordo com o porte, cobertura populacional e oferta de serviços até a sua inserção em redes regionalizadas e temáticas de atenção com a integração com os diferentes níveis de assistência.

Essas últimas formas de organização sofreram substancial incremento no desenvolvimento do SUS de corte universalista e apoiadas nas recentes mudanças ocorridas na sociedade brasileira que afetaram o setor saúde nas últimas décadas e vêm indicando de maneira mais aguda um descompasso entre o ritmo dessas mudanças e as respostas político-estrutural do sistema de saúde capaz de atendê-las de maneira eficiente e eficaz.

As principais mudanças reveladas em diferentes textos e análises setoriais podem ser resumidas nos seguintes aspectos: transição demográfica acelerada caracterizada por grau de urbanização e metropolização da população brasileira (mais de 70% concentram-se em capitais e municípios

acima de 100 mil habitantes); aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população; redução dos níveis de fecundidade; condições de saúde, nas quais a persistência de situações relacionadas a infecções, problemas nutricionais e saúde reprodutiva soma-se à crescente predominância de doenças crônicas e ao forte incremento da violência e de causas externas.

Em relação às respostas político-estruturais, os problemas indicados trabalham com as seguintes vertentes, entre outras: subfinanciamento do SUS; hibridismo do sistema brasileiro no qual a proposta do sistema público universal concorre e subsidia o sistema privado de planos de saúde; perda de visão de um planejamento setorial estratégico e de longo prazo; persistência de sistema fragmentado de assistência, apesar do esforço de indução federal para as diferentes políticas que orientam para um modelo de centrado na atenção básica e, mais recentemente, na regionalização e na construção de redes temáticas.

A proposta de presente estudo foi liderada pelo CONASS e pelo Ministério da Saúde, diante da política nacional de implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e teve como objetivo realizar uma avaliação do desempenho dessas unidades e seu papel na estruturação das redes de urgência e emergência nos diferentes estados.

O estudo teve a coordenação do Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag) ligado ao Departamento de Medicina Social da F.C.M. da Santa Casa de São Paulo. Foram responsáveis pela organização das ações e pela compilação das informações: Prof. Dr. Nelson Ibañez, Prof.^a Dra. Ana Luiza Vianna e equipe técnica do CONASS, Dra. Tereza Cristina Amaral, Dra. Eliana Ribeiro Dourado; e também Gabriela Ferreira Granja (Fundap), Maria Paula Ferreira (Seade) e os consultores: Carlos Alberto Guglielmi Eid (São Paulo) e Cesar Roberto Braga Macedo (Rio de Janeiro).

Contou ainda com a colaboração das seguintes instituições nacionais e pesquisadores responsáveis: Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), coordenadora: Prof.^a Dra. Luciana Dias de Lima; Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/Unicamp), coordenadora: Prof.^a Dra. Carmen Lavras; Escola Paulista de Medicina (Unifesp), coordenador: Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello; Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip), coordenadoras: Prof.^a Dra. Isabella Chagas Samico e Dra. Luciana Dubeux; Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,

coordenador: Prof. Dr. Edson Tamaki; Faculdade de Ciências Aplicadas da Unicamp, coordenador: Prof. Dr. Hudson Pacifico da Silva; Departamento de Medicina Social FCMSCSP, coordenador: Prof. Dr. Oziris Simões.

A apresentação do estudo nesta publicação foi dividida em duas partes: *i*) resultados gerais; *ii*) resultados contextualizados de cada estado que compõe o trabalho.

Na primeira parte, o capítulo 1 apresenta uma revisão de todas as portarias normalizadoras dessa área e uma periodização, caracterizando as etapas que balizam a Política Nacional de Atenção às Urgências.

O capítulo 2 traz o referencial teórico em que o estudo foi desenvolvido, bem como a estruturação dos instrumentos de coleta primária de dados.

O capítulo 3 apresenta os resultados encontrados no estudo a partir de dados secundários e dos dados primários tendo como parâmetro o porte das unidades e as dimensões abordadas e uma síntese e sugestões gerais reveladas pelos resultados.

A segunda parte é composta pelos estudos de casos estaduais em que os resultados são contextualizados pela inserção dessas unidades, obedecendo às diferentes orientações e etapas do desenvolvimento dessas políticas nos estados participantes do estudo: Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, Sergipe, Paraná e Mato Grosso do Sul.

Por fim, gostaríamos de agradecer ao apoio essencial dos dirigentes e das equipes técnicas do CONASS, do Ministério da Saúde, de Secretarias de Saúde estaduais e municipais sem o qual este estudo não teria tido o êxito para sua realização.

Organizador

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almoyna MM, Nitschke CS. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência. SAMU, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/samu>>. Acesso em: 15 de jan de 2013.

Araujo DE. A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde: uma análise, por coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio

Grande do Sul. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema, Único de Saúde (SUS), Portaria GM/MS n. 4279/2010.

Edwards N. Clinical Networks. *BMJ* 2002; 324 (7329):63. *Apud* Kuschnir, Rosana, Chorny, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate *Ciência & Saúde Coletiva* [On-line] 2010, 15 (Sin mes) : [Data de consulta: 22 / julho / 2014]. Disponível (Edwards, 2002 *apud* Kuschnir e Chorny, 2010).

Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2: S331-6.

Kuschnir, R, Chorny, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate *Ciência & Saúde Coletiva* [On-line] 2010, 15 (Sin mes) : [Data de consulta: 22 / julho / 2014]. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017467006>>

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde.. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

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

Rivera FJU, Lima JC. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26 (2):323-336, fev, 2010.

Rocha, AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2005. 97 p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Viana ALD, Faria R, Pacífico H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação

como novas práticas? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2006. p. 135-150.

n. 28

*Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

CAPÍTULO 1
POLÍTICA NACIONAL
DE ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS
NO BRASIL:
PERIODIZAÇÃO E
MARCOS LEGAIS

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO BRASIL: PERIODIZAÇÃO E MARCOS LEGAIS

1

NELSON IBAÑEZ
GABRIELA FERREIRA GRANJA
ANA LUIZA D'AVILA VIANA

Este capítulo enfoca a política nacional de atenção às urgências no Brasil e propõe uma periodização para a análise de seu desenvolvimento, com base no seu marco legal. Nesse sentido, podem ser identificados três períodos: o primeiro, em que predomina a proposta de implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o atendimento de Urgências e Emergências, com a proposta de SAMU como serviço de atendimento pré-hospitalar; o segundo centrado na implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h); e o terceiro, em que se discutem as urgências inseridas em uma rede de atenção, sintonizadas na política geral de conformação de redes, como uma das redes prioritárias (DOURADO, 2013).

1.1 1.º PERÍODO: IMPLANTAÇÃO DE SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR E SAMU

Em relação à organização do componente hospitalar da rede de urgências, o processo foi dificultado pela crise dos hospitais, principalmente os filantrópicos, agravada pela situação financeira dessas instituições, seu perfil assistencial e de gestão inadequados e seu fraco processo de inserção locorregional, o que contribuiu para a baixa inserção desse componente na rede de urgências, a despeito de o governo federal ter alocado recursos financeiros com regras de contratualização.

SISTEMAS ESTADUAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

*n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

Entre 1999 e 2002 é priorizada, na agenda do Ministério da Saúde (MS), a formulação de normas de atendimento pré-hospitalar móvel, com a participação do Conselho Federal de Medicina e de profissionais que atuavam na área da regulação e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A partir de 2001, as considerações sobre a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção às Urgências são levadas em conta nas portarias e norteadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOAS, n. 01/2001 e n. 01/2002) e pela organização de sistemas regionalizados. A principal delas, a Portaria n. 2.048, publicada em 2002, revela os esforços do poder público para normatizar a atenção às urgências por meio da aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ressalta-se que o estabelecimento de normas para a organização dos serviços de atenção às urgências é de relevância pública, conforme preceitos da legislação constitucional e de criação do SUS.

Esse documento foi o precursor da Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau), contendo todos os elementos que foram desenvolvidos nas portarias seguintes, entre eles, a integração dos níveis assistências na atenção às urgências; a regulação médica; a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência (NEU); e a regionalização.

Nesse sentido, o Sistema Estadual de Atenção às Urgências deveria estruturar-se a partir das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências; o diagnóstico dessas necessidades deveria ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos e o confronto das necessidades com as ofertas permite visualizar as deficiências do sistema e projetar suas correções, sustentado por políticas públicas orientadas pela equidade (BRASIL, 2003a).

Segundo, O'Dwyer (2010), esta portaria ampliou a responsabilidade das ações de saúde no SUS, com responsabilização dos diversos profissionais e dos diferentes serviços, além de tornar mais resolutiva a atenção às urgências e permitir diagnóstico das dificuldades da rede, possibilitando correções.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau) foi instituída pela Portaria GM/MS n. 1.863/2003, tendo como objetivo, entre outros, o supri-

mento das necessidades de implantação e implementação do processo de regulação de atenção às urgências, de estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, de cuidados integrais às urgências, e de garantia da adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção (ARAUJO, 2012).

SAMU E CENTRAIS DE REGULAÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2003b) foi o primeiro componente da Pnau a ser implantado. É um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, no qual o usuário, por meio do acesso telefônico gratuito pelo número 192, solicita atendimento. Apresenta um componente regulador (a Central de Regulação) e um componente assistencial (a equipe das ambulâncias). Na regulação, todas as etapas do atendimento são registradas no computador e gravadas. As atribuições gerais e específicas das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para estruturação e operacionalização das Centrais SAMU 192 foram estabelecidos pela Portaria GM/MS n. 2.657/2004. As Centrais de Regulação Médica de Urgências possuem papel primordial no sistema por meio da observação das condições de saúde da população e da estruturação e funcionamento da rede assistencial, identificando distorções que irão orientar o planejamento das ações corretivas para otimização da atenção às urgências (BRASIL, 2006).

Estratégia prevista pela Pnau para qualificar a gestão entre entes diversos e potencializar a negociação para o enfrentamento desses conflitos foi a implantação dos comitês gestores. A partir da Portaria GM/MS n. 2.072, de 2003, há a indicação formal do espaço do comitê como avaliador do sistema e a necessidade de criação de comitês nos âmbitos estaduais, municipais, além dos regionais. Entre suas atribuições, destacam-se: articular os entes gestores e os executores das ações relativas à atenção às urgências; avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias na atenção às urgências, subordinadas às estruturas de articulação e gestão do SUS, nos seus vários níveis e analisar sistematicamente os indicadores do SAMU 192, buscando construir um quadro descritivo

detalhado da atenção às urgências, para subsidiar ações intersetoriais (BRASIL, 2003).

PACTO PELA SAÚDE

Em 2006, com o acúmulo de discussões em torno da regionalização, o Pacto pela Saúde foi firmado pelos gestores do SUS, em seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Essa foi uma estratégia significativa para a gestão do SUS pela relevância que a diretriz de regionalização assumiu como compromisso dos gestores dos três entes federados (LAVRAS, 2011).

Para operacionalizar o planejamento e a gestão nessas regiões de saúde, o Pacto 2006 instituiu a figura do Colegiado de Gestão Regional (CGR). Os CGRs foram concebidos para funcionar como instâncias deliberativas semelhantes às Comissões Intergestores Bipartites (CIB), diferenciando-se pela abrangência, restrita às regiões, e pela obrigatoriedade da participação de todos os gestores municipais envolvidos nas regiões (DOURADO e ELIAS, 2011).

A organização de Colegiados de Gestão Regional e a utilização de instrumentos como Plano de Desenvolvimento Regional e a Programação Pactuada Integrada são destacadas como elementos facilitadores na efetivação das pactuações (LAVRAS, 2011).

Na dimensão de cooperação, a maior autonomia para deliberação sobre as políticas de interesse regional dada aos municípios aproxima os CGRs de um modelo de administração pública consensual. Nesse sentido, a maior inovação trazida pelo Pacto 2006 foi a criação dos CGRs, instâncias que institucionalizam o relacionamento horizontal entre os governos municipais e o emprego dos processos decisórios compartilhados para a definição das políticas de saúde de abrangência regional (DOURADO e ELIAS, 2011).

No sentido de se organizar a rede assistencial de urgências, nesse mesmo 2006, por meio da Portaria n. 3.125, foi instituído o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Programa QualiSUS), que definiu as diretrizes para a estruturação e organização da atenção às urgências nos componentes pré-hospitalar fixo (incluindo a rede básica) e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (RAU).

1.2 2.º PERÍODO: IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS)

A partir de 2008, com a Portaria GM/MS n. 2.922, há novo incremento da expansão da rede pela proposta das UPAs: novo espaço de atenção, além da regionalização e qualificação da atenção, e da interiorização com ampliação do acesso, com vistas à equidade. Para favorecer a regionalização, é exigida a integração da UPA com SAMU e com o desenvolvimento da atenção básica, diferenciando-se dos tradicionais serviços de pronto atendimento ou prontos-socorros (BRASIL, 2008). As UPAs devem funcionar como estruturas intermediárias entre a atenção básica e hospitalar, e Salas de Estabilização (SE) instaladas em unidades de saúde localizadas em zona rural ou em municípios com grande extensão territorial e com isolamento geográfico de comunidades (DOURADO, 2013).

As UPAs têm o objetivo de diminuir as filas nas emergências dos hospitais. Funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do SAMU que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação. Segundo Ministério da Saúde, onde as UPAs 24h já estão em funcionamento, a necessidade de o paciente buscar atendimento em hospital foi reduzida em 96%. A implantação das unidades, classificadas em três diferentes portes, privilegia regiões metropolitanas com, no mínimo, 50 mil habitantes.

Nesse momento foi retomada a discussão sobre o SAMU 192 e a Central de Regulação das Urgências, com o objetivo de fomentar a regionalização do SAMU 192. Foi a Portaria n. 2.970/2008 que instituiu as diretrizes técnicas e de financiamento para investimento e custeio do componente SAMU 192 nos níveis regionais (DOURADO, 2013).

Em 2009, a Portaria GM/MS n. 1.020 propõe novas diretrizes para a UPA, sendo criadas as SE, como parte do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 e definiu competências das UPAs, porte I, II, e III e os incentivos (DOURADO, 2013). A maior precisão sobre financiamento para implantação das unidades e ampliação das fontes de recursos são as diferenças mais sig-

nificativas entre essa proposta e a Portaria n. 2.922/GM/MS, já revogada (O'DWYER, 2010).

Para o ano 2009, foram previstas 250 novas UPAs e mais 250, em 2010, sendo selecionadas efetivamente 139 unidades em 2010. Em 2011, havia 109 UPAs em funcionamento e 487 em execução, conforme relatório de 2011 do Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS), de 19/5/2011 (DOURADO, 2013).

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

TABELA 1 – Distribuição de UPAs em funcionamento, segundo regiões e estados brasileiros

REGIÕES	N. DE UPAS	%	ESTADOS	RELAÇÃO CAP./INT.
Centro-Oeste	2	1,9	DF / GO	1 / 1
Norte	4	3,8	AC / PA / AM	1 / 3
Nordeste	27	24,4	BA / PB / PE / SE / RN / MA	7 / 20
Sudeste	66	59,7	RJ / MG / ES / SP	23 / 43
Sul	12	10,2	PR / SC	10 / 2
Total	111	100	17	42 / 69

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE. MAIO 2011.

1.3 3.º PERÍODO: ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS COMO REDE PRIORITÁRIA

A partir desse cenário, no fim de 2010, foram pactuadas na instância gestora tripartites do SUS as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde, entre elas a Rede de Atenção às Urgências (RAU). Em 2011, foram discutidos os dispositivos legais e as normas para as políticas de saúde prioritárias, além da governança regional da rede de atenção, que resultou em diversas pactuações tripartites de novas normas de organização de redes temáticas regionais por linhas de cuidado de saúde, tendo o

Ministério da Saúde condicionado o repasse de incentivos financeiros à sua efetiva implantação (DOURADO, 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.600/2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, revogando a Portaria GM/MS n. 1.863/2003. De acordo com essa normativa, constituem-se diretrizes, entre outras, da Rede de Atenção às Urgências a ampliação do acesso e do acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; a regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; a atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; e a regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e da integralidade (ARAUJO, 2012).

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: promoção, proteção e vigilância; atenção básica; SAMU e Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA e conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar e domiciliar (ARAUJO, 2012).

Quanto à governança da rede, há necessidade de criação de instrumentos para monitoramento, avaliação e proposição de mudanças e incrementar as estruturas regionais. Cabe à regulação de urgência do SAMU e, quando existir, a regulação de leitos, ser corresponsável na governança e fornecer dados precisos do funcionamento da rede de forma cotidiana aos gestores.

Ainda no ano de 2011, a Portaria GM/MS n. 2.648/2011 estabeleceu novas diretrizes para a implantação do Componente das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A definição dada pela referida portaria para UPA é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas / de Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo compor uma rede organizada de atenção às urgências.

Nesse sentido, a implementação da Rede de Atenção às Urgências está presente na agenda dos gestores, haja vista a sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 26 de maio de 2011, e os desdobramentos normativos e incentivos financeiros disponibilizados (DOURADO, 2013).

Outro fato importante nesse ano foi a publicação da regulamentação da Lei n. 8.080 de 1990 pelo Decreto n. 7.508, em 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, sendo que esta tem como princípios para a implementação das ações e serviços de saúde: a Região de Saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), as Portas de Entrada, as Comissões Intergestores, o Mapa da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde, os Serviços Especiais de Acesso Aberto e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (DOURADO, 2013).

No fim de 2011 e em 2012, com o intuito de fortalecer e incentivar novas unidades da Rede de Atenção às Urgências, o Ministério da Saúde publicou mais três portarias que orientam sobre o custeio, investimento para construção e ampliação das UPAs 24h e o conjunto de serviços da Rede de Atenção às Urgências em conformidade com a Pnau.

Um problema de base para a estruturação da RAU é que o modelo de atenção existente é fortemente contrário à organização das redes de atenção, pois, conforme descrito na Portaria n. 4.279, de 2010

[...] o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas (CHAIMOWICZ, 1997). Isso reforça a necessidade de se promoverem mudanças dos arranjos organizacionais para as redes de atenção à

saúde e em especial fortalecer o papel da atenção primária na condução da rede (MENDES, 2009).

QUADRO EVOLUTIVO DAS PORTARIAS REFERENTES À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU), SEGUNDO PERÍODOS

1.º PERÍODO: **Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e SAMU**

ANO	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
1998	Portaria n. 2.923/1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência.
1999	Portaria n. 479/1999	Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergências; estabelece a classificação / tipos de hospitais.
1999	Portaria n. 824/1999 (revogada)	Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar; institui a Regulação Médica, funções e competências dos profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar, socorrista, telefonista) e programa de capacitação, institui os tipos de ambulância e equipamentos.
2001	Portaria n. 814/2001a (revogada)	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no país; propõe a equipe de saúde ("coordenador").
2002	Portaria n. 2.048/2002	Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços pré-hospitalar fixos, unidades não hospitalares (24 horas), pré-hospitalar móvel e unidades hospitalares. Processo de capacitação profissional – conteúdos e atividades. Revoga a Portaria n. 814/2001a e inclui diversas orientações constadas nas portarias anteriores.
2003	Portaria n. 1.863/2003 (revogada)	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau), a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (organização das redes localregionais em seus componentes – pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar).

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

2003	Portaria n. 1.864/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da Pnau, por intermédio da implantação do SAMU; institui o financiamento a custeio de acordo com o porte populacional dos municípios e tipo de equipe (suporte básico, avançado, central de regulação); prevê a possibilidade de planos regionais sob gestão estadual e a do Cosems e a apresentação trimestral de indicadores de desempenho.
2003	Portaria n. 2.072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades (só institui os representantes e responsabilidades).
2004	Decreto n. 5.055/2004	Institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviço.
2004	Portaria n. 1.828/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo território nacional; institui o financiamento destinado a custeio e manutenção do componente pré-hospitalar móvel.
2004	Portaria n. 1.927/2004	Estabelece incentivo financeiro (valores) aos estados e municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional.
2004	Portaria n. 2.420/2004	Constitui o Grupo Técnico que visa avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita.
2004	Portaria n. 2.657/2004	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para estruturação e operacionalização das Centrais SAMU.
2006	Portaria n. 3.125/2006	Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.

2.º PERÍODO: **Implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)**

ANO	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
2008	Portaria n. 491/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/SAS/MS, para desenvolvimento de estudos elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU.

2008	Portaria n. 2.922/2008a	Estabelece diretrizes para a organização de redes locais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e requisitos para a implementação das UPAs e salas de estabilização em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes.
2008	Portaria n. 2.970/2008	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU. Altera o valor do incentivo financeiro estabelecido na Portaria n. 1.864/2003, agora de acordo com o número de profissionais nas centrais de regulação.
2008	Portaria n. 2.971/2008	Institui e implanta o veículo motocicleta – motolância – como integrante da frota de intervenção em toda a Rede SAMU e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio.
2008	Portaria n. 2.972/2008	Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes locais de atenção integral às urgências; determina maior investimento na ampliação e/ou na adequação de Unidades Hospitalares, a fim de qualificá-las para que possam compor o desenho de Redes Regionalizadas de Atenção às Urgências, nas áreas de abrangência dos SAMUs.
2009	Portaria n. 1.020/2009 (revogada)	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo – UPA e SE – visando à organização de redes locais de atenção integral às urgências. Define competências das UPAs, porte (I, II, e III) e os incentivos de acordo com o porte.
2008	Portaria n. 491/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/SAS/MS, para desenvolvimento de estudos elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU.

3.º PERÍODO: **Atenção às Urgências como Rede Prioritária**

ANO	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
2011	Portaria n. 1.600/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Define os componentes da Rede (promoção, vigilância, AB, SAMU, SE, Força Nacional de Saúde – pop. Vulneráveis – UPAs, hospitais e atenção domiciliar). Revoga a Portaria n. 1.863/GM/MS de 2003.

2011	Portaria n. 1.601/2011 (revogada)	Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Institui o incentivo financeiro e custeio considerando: UPA nova, ampliada e reformada. Revoga a Portaria n. 1.020/2009.
2011	Portaria n. 2.338/2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente SE da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Portaria n. 1.600/2011. Fica instituído o investimento para implantação e o custeio mensal a título de participação do Ministério da Saúde.
2011	Portaria n. 2.648/2011	Redefine as diretrizes para implantação das UPAs e do conjunto de serviços de urgência 24 horas em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Revoga a Portaria n. 1.601/2011.
2011	Portaria n. 2.820/2011 (revogada)	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
2011	Portaria n. 2.821/2011 (revogada)	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente UPA 24h e o conjunto de serviços da Rede de Atenção às Urgências em conformidade com a Pnau.
2012	Portaria n. 1.071/2012	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para a construção e ampliação no âmbito do componente UPA e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Pnau. Revoga a Portaria n. 2.820/2011.
2012	Portaria n. 1.072/2012	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio no âmbito do componente UPA e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Pnau. Revoga a Portaria n. 2.821/2011.

1.4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo DE. A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde: uma análise, por coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 95 de 25/01/2001. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde SUS (NOAS- SUS) n. 01/2001. DOU de 29/01/2001, Seção I , p. 23

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 373, 27/02/2002 – Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde/SUS (NOAS- SUS) n. 01/2002. DOU de 28/02/2002, Seção I, p. 52

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União 2003a; 06 out.

Brasil Ministério da Saúde. Portaria n. 2.072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União 2003b; 31

Brasil. Regulação médica das urgências. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.922, de 02 de dezembro de 2008. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA. Diário Oficial da União 2008; 03 dez.

Brasil, Ministério da Saúde, Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema, Único de Saúde (SUS), Portaria GM/MS n. 4279/2010.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública, ano 31, vol. 2, p. 184-200, 1997.

Dourado, Daniel de Araujo ; ELIAS, P. E. M. . Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Revista de Saúde Pública (USP Impresso), v. 45, p. 204-211, 2011.

Dourado, E.M.R. “Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências: uma proposta” Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Brasília 2013

Lavras, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

O'Dwyer G, Mattos RA. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20 n.2, p.609-623, 2010.

n. 28

*Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

CAPÍTULO 2
REFERENCIAL
TEÓRICO E
METODOLÓGICO
DA INVESTIGAÇÃO
NACIONAL

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO NACIONAL

2

NELSON IBAÑEZ
ANA LUIZA D'AVILA VIANA
GABRIELA FERREIRA GRANJA
MANOEL CARLOS SAMPAIO DE ALMEIDA RIBEIRO
MARIA PAULA FERREIRA

Algumas concepções balizaram este estudo, conformando o marco referencial da pesquisa, ou seja, essas concepções formaram a perspectiva, os pressupostos e a delimitação para a abordagem do objeto, funcionando como conceitos de apoio e meios para construção de categorias de análise e os seus procedimentos metodológicos.

Neste sentido o referencial teórico do estudo utilizou os conceitos relativos ao tema das redes de atenção enfocando as dimensões da gestão integrada de redes e do desempenho de sistemas de saúde. Ambas as referências desenvolvidas sinteticamente e apresentadas neste capítulo, utilizam os trabalhos de Zulmira Hartz e André-Pierre Contrandriopoulos (2004) e Champagne et al (2009). As discussões em grupo na etapa de planejamento da pesquisa conformaram uma matriz utilizada para a elaboração dos roteiros de entrevistas e questionários e análise dos condicionantes de funcionamento das UPAS e redes.

2.1 GESTÃO INTEGRADA DE REDE DE SERVIÇOS

Zulmira Hartz e André-Pierre Contrandriopoulos (2004) sintetizam esse conjunto de conhecimentos em um arcabouço conceitual adaptado sobre o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), anuindo a integração em seu significado prático da inevitável necessidade de se desenvolverem “mecanismos de **cooperação** e **coordenação** próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos”. No entender dos autores, “**sistemas integrados de saúde**” e “**redes assistenciais**” são denominações de mesma significação. O que pode passar por aparente detalhe, na

realidade, coloca a matéria em outro nível de interlocução, uma vez que imbui seu contexto da problematização de “redes”, em uma relação direta com a questão do modelo de administração burocrático versus administração gerencial – e também da superação da ideia da descentralização como garantia da eficácia das políticas sociais (FLEURY, OUYERNEY, 2007).

Os termos “colaboração” / “cooperação” surgem inicialmente como entreposto obrigatório – e enigmático – neste capítulo; e não seria equivocado acusar o aceite do componente político como parte orgânica da administração.

No heterogêneo campo conceitual das redes de políticas, em princípio se destacam as tipologias da escola de intermediação de interesses e a de governança (BÖRZEL, 2007):

La escuela de intermediación de intereses concibe los policy networks como un concepto genérico que se aplica a todos los tipos de relaciones entre actores públicos y privados. Para la escuela de gobernación, por el contrario, los policy networks sólo caracterizan una forma específica de interacción pública-privada en política pública (gobernación), es decir, aquella basada en la coordinación no jerárquica, opuesta a la jerárquica y al mercado como dos modos inherentemente distintos de gobernación.

O conjunto exposto permite definir o referencial da integração utilizado neste estudo como aquele composto pela ótica das redes integradas de atenção à saúde (BRASIL, 2010). Nesse caso, a rede de urgência e emergência, referendada pela tipologia política da governança.

O primeiro passo deve ser, portanto, a definição de um referencial teórico específico, o que traz para primeiro plano a propriedade da leitura de Hartz e Contandriopoulos (2004) sobre o contexto da integralidade do SUS, embora não desconheçam a carência de ferramentas que se adaptem ao seu escopo analítico. Para os autores, são três as principais dimensões a serem integralizadas – e, portanto, avaliadas: o sistema clínico; a governança; e as representações e valores coletivos (Figura 1). Têm-se assim:

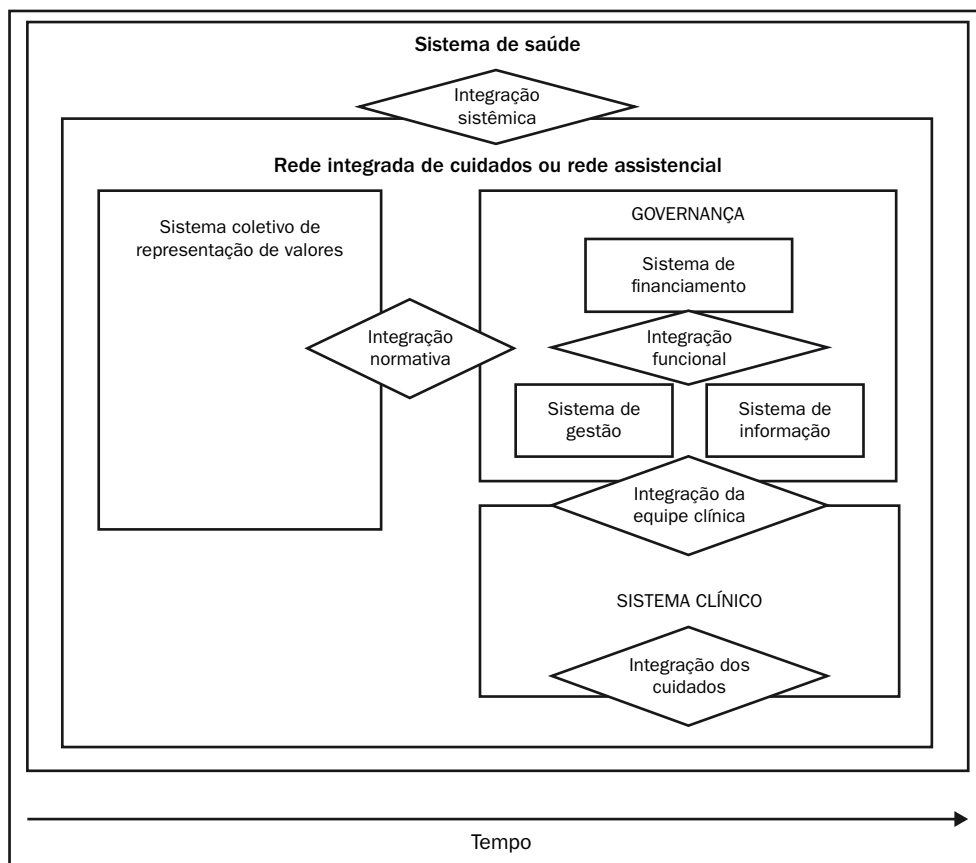
1. integração dos cuidados clínicos: “coordenação durável da prática clínica”;
2. integração das equipes clínicas/médicas: multidisciplinaridade e inserção estrutural na rede de cuidados (para efeitos práticos, $1 + 2 =$ “integração clínica”);

3. integração funcional: estratégias de gestão, financiamento e informação (agilidade nas tomadas de decisão, compartilhamento de responsabilidades);

4. integração normativa: coerência entre sistemas de representação e valores dos atores;

5. integração sistêmica: coerência das diferentes modalidades de integração em todos os níveis de atuação.

A figura abaixo expõe graficamente esses conceitos.



FONTE: HARTZ E CONTRANDRIOPOULOS (2004).

2.2 DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SERVIÇOS

Champagne *et al.* (2009) refere que “para poder discutir a questão do desempenho do sistema de serviços de saúde, é indispensável

primeiro esclarecer o que se entende por um sistema de serviços de saúde”.

O sistema de serviços de saúde inclui todas as intervenções que visam a questões sociais ou específicas da saúde, que abrange desde os serviços preventivos até os serviços paliativos, passando pelos serviços de diagnóstico e curativos. As diferentes formas de oferta dos serviços têm passado por alguns ciclos e sua representação pode ser deduzida por sua evolução morfológica (diferentes componentes) e sua fisiologia (dinâmica e inércia).

Em sistemas de serviços de saúde, por seu turno, muitas vezes se discute o desempenho, a eficiência, eficácia, eficiência, rendimento, produtividade, qualidade, acesso ou, ainda, equidade etc. sem que as nuances entre esses conceitos – um tanto diferentes – estejam claramente estabelecidas.

A escolha foi feita, neste texto, de considerar o desempenho como um conceito genérico que engloba todas essas noções. Por isso, na questão da avaliação do desempenho dos sistemas de serviços de saúde discutido aqui, eficiência, eficácia, qualidade e outros conceitos irão aparecer em seguida como sub dimensões do desempenho.

É o ponto de todo o trabalho de Sicotte, Champagne, Contandriopoulos *et al.*, que desenvolveram um modelo integrativo de desempenho organizacional (modelo chamado de "integrador" no sentido que integra todas as diferentes dimensões do desempenho). Esse modelo é fortemente baseado na teoria da ação social de Parsons, permitindo situar e comparar os conceitos de desempenho entre si de acordo com as dimensões de desempenho.

A teoria da ação social identifica quatro funções essenciais que uma organização deve manter constantemente para sobreviver:

- A orientação para metas – Essa função está relacionada à capacidade da organização para alcançar objetivos fundamentais. Para uma organização de saúde pública, elas podem melhorar o estado de saúde dos indivíduos e da população, a eficácia, equidade, eficiência e satisfação dos diversos grupos de interesses.

- A interação com o ambiente para adquirir recursos e se adaptar – No curto prazo, o estabelecimento de serviços de saúde deve obter os recursos necessários para manter e desenvolver as suas atividades (a capacidade de adquirir recursos, a orientação para as necessidades da população, a capacidade de atrair clientes, a capacidade de mobilização comunitária). A mais

longo prazo, o estabelecimento de serviços de saúde deve desenvolver a sua capacidade de se transformar, a fim de se adaptar às mudanças tecnológicas, populacionais, políticas e sociais (habilidade de inovar e se transformar).

- A integração de seus processos internos para produzir – Este é o núcleo técnico da organização. Tradicionalmente, nesse nível é que encontramos a maioria dos indicadores que são comumente usados para medir o desempenho dos estabelecimentos de serviços de saúde (volume de serviços produzidos, a coordenação, produtividade, qualidade da assistência).

- A manutenção de valores e normas que facilitam e restringem as três funções anteriores.

Esse recurso é aquele que produz o sentido de coesão no seio da organização.

Cada função é o centro de um modelo singular que ilustra uma dimensão do desempenho:

- modelo de cumprimento de metas;
- modelo de organização aberta ou a aquisição de recursos;
- modelo de relações humanas; e
- modelo de processos organizacionais.

2.3 MARCO ANALÍTICO DOS CONTEXTOS, CONDICIONANTES E DESEMPENHO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) COM FOCO NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS)

TABELA 1 **Matriz utilizada para a elaboração dos roteiros de entrevistas e questionários e análise dos condicionantes de funcionamento das UPAs e redes.**

NACIONAL
Normas e incentivos para a constituição das redes de urgência e emergência (evolução histórica com base em análise de portarias e decretos, entrevistas e dados secundários)

ESTADUAL
Contexto e condicionantes da formulação e implementação das redes urgências e emergências

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

CONTEXTO	FORMULAÇÃO	IMPLEMENTAÇÃO
Políticas de urgências e emergências (desde 1998)	Atores-chave	Atores-chave
Conjuntural (pós-Decreto n. 7.508)	Objetivos/finalidades	Condicionantes (entraves e facilitadores)
	Desenho e componentes da RUE	Efeitos esperados e inesperados
	Condicionantes (entraves e facilitadores)	
	Estrutura da rede de UE na SES/SMS	
LOCORREGIONAL		
Desempenho e condicionantes das redes de urgência e emergência		

REDE TEMÁTICA URG./EMERG. (SAMU)	UPA	ATENÇÃO BÁSICA / HOSPITALAR	REDE REGIONAL (SISTÊMICA OU DE ATENÇÃO À SAÚDE –RAS)
Componentes e interfaces da RUE (promoção e prevenção, atenção primária, SAMU, portas hospitalares de atenção às urgências, enfermarias de retaguarda e Unidades de Cuidados Intensivos, Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias – Acidente Vascular Cerebral [AVC], Infarto Agudo de Miocárdio [IAM], traumas)	Caracterização da UPA	Coordenação	Desenho regional
Acesso	Elenco de atividades	Continuidade do cuidado	Acesso
Classificação de risco	Qualificação técnica e profissional	(Referências, contrarreferên- cias e inter- -relação das RUE, prontos-socor- ros/hospitais, ambulatórios de especialidades e unidades básicas de saúde)	Qualificação/ educação
Resolutividade	Sistema de Informação		Informação
Papel da CIR	Produção		Regulação
Planejamento	Cobertura		Promoção e vigilância a saúde
Instrumentos e programação	Metas		Papel da CIR
Uso da informação	Monitora- mento		Monitoramento e Avaliação
Fluxos	Normatização		Instrumentos de ouvidoria
Regulação e remoção	Supervisão		
Monitoramento e Avaliação	Avaliação		
Instrumentos de ouvidoria			

2.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo desenvolveu-se a partir de diferentes etapas e procedimentos metodológicos, sendo elas:

a. Desenvolvimento de pesquisa bibliográfica, definição do referencial teórico, marco analítico e elaboração dos instrumentos da pesquisa (roteiros

de entrevistas semiestruturada para gestores do sistema, questionários para gestores e profissionais das UPAs).

b. Definição da amostra de UPAs por estado, feita intencionalmente garantindo a representação destas nas capitais, regiões metropolitanas e do interior, contemplando a diversidade regional.

c. Elaboração das máscaras para digitação dos questionários. Essas informações foram digitadas no site do Cealag: <<http://www.cealag.com.br/Trabalhos/Upa/index.asp>>.

d. Levantamento de dados secundários, organização de bancos de dados, detalhando informações para a coordenação-geral e coordenadores por estado, documentos técnicos e informações nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) sobre o acompanhamento sistemático dos indicadores de monitoramento e avaliação selecionados: cobertura populacional das UPAs; critérios de regionalização. Dados sobre o encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), SAMU 192, outras unidades para as UPAs e desta para os hospitais; fluxo de encaminhamento, protocolo de referência, protocolos de encaminhamento por áreas técnicas; existência e papel da Central de regulação: referência hospitalar; Remoção.

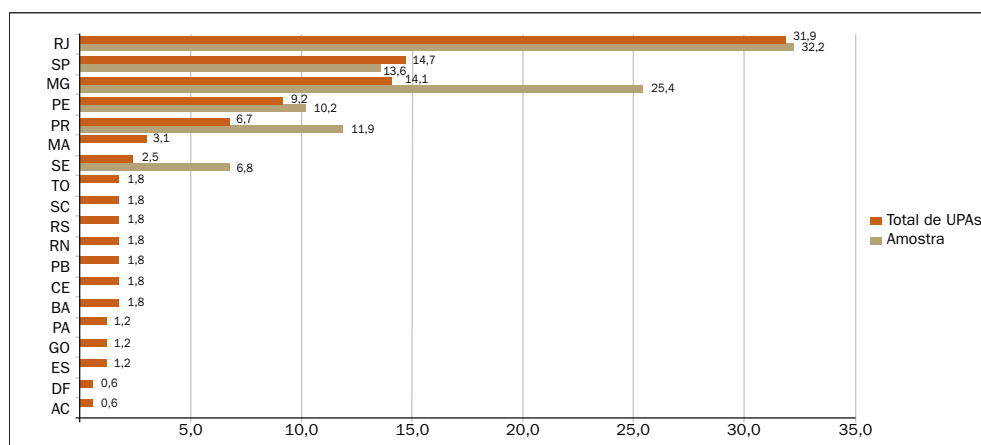
A caracterização da implantação das UPAs por pesquisa de dados secundários utilizou informações provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de informações geradas pelo Ministério da Saúde referentes às UPAs. Os dados apresentados consideraram os resultados obtidos para o conjunto das UPAs existentes no período 2010 a março de 2012 e as UPAs da amostra da pesquisa.

As dimensões utilizadas para a caracterização das UPAs foram baseadas nas informações de localização geográfica, produção ambulatorial, valor do procedimento e recursos humanos para o ano de 2010, sendo que a dificuldade maior referiu-se à consistência de dados e à possibilidade de se obterem informações para todas as UPAs. Em cada tabela, as notas de rodapé especificam melhor os dados apresentados.

2.5 CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O Gráfico 1 apresenta a distribuição percentual total e da amostra em funcionamento realizada pela pesquisa no período 2010 a 2012. A implantação das UPAs ocorreu em 19 unidades da federação. Em 2010, os estados com UPAs englobavam quase 50% da população brasileira. Chama atenção a concentração de UPAs na região sudeste (61,9% das UPAs existentes), onde o Rio de Janeiro engloba mais de 30% desse contingente; seguido por São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Paraná. Em relação à amostra da pesquisa, nos sete estados pesquisados esta atinge percentuais significativos em relação ao total das UPAs nesses estados.

GRÁFICO 1 **Distribuição percentual total e da amostra das UPAs segundo Unidade da Federação. Brasil. 2010–mar./2012**



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – PESQUISA RUE – UPAs, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A distribuição dessas unidades segundo porte populacional de municípios com representação na amostra, mostra que, do total das UPAs, 27,0% localizavam-se em municípios com até 200 mil habitantes e 47,2% em municípios com mais de 500 mil habitantes, ou seja, a distribuição geográfica dos equipamentos está aderente à sua concepção original das portarias ministeriais (Tabela 1).

TABELA 1 Distribuição percentual das UPAs, segundo porte populacional do município, por total de UPAs e UPAs pertencentes à amostra da pesquisa. Brasil. 2010–mar./2012

PORTE POPULACIONAL (*)	UPA		
	TOTAL	COM REPRESENTAÇÃO NA AMOSTRA	AMOSTRA
Até 100 mil habitantes	13,5	9,3	18,4
Mais de 100 a 200 mil	13,5	11,6	8,2
Mais de 200 a 500 mil	25,8	24,8	22,4
Mais de 500 a 1 milhão	14,1	16,3	16,3
Mais de 1 milhão de habitantes	33,1	38,0	34,7
Total	100,0	100,0	100,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

(*) CENSO DEMOGRÁFICO 2010.

A Tabela 2 mostra o número total de UPAs e da amostra distribuídos pelos estados que participaram da pesquisa. Na amostra da pesquisa, estão incluídos 36,4% das UPAs existentes no período de 2010 a mar./2012 (levando em consideração as 33 dos estados que não participaram), representando 45,7% das UPAs existentes em seus estados. Esse fato confere à amostra uma representação do universo das UPAs existentes. No estado de Mato Grosso do Sul, não estão contabilizadas três UPAs que não constavam do banco de dados referentes às UPAs existentes no período de 2010 a mar./2012.

TABELA 2 **Distribuição das UPAs nas Unidades da Federação e percentagem na amostra da pesquisa. Brasil. 2010 – mar./2012**

ESTADO	TOTAL DE UPAS		
	ESTADO	AMOSTRA	% DA AMOSTRA NO TOTAL DAS UPAS DO ESTADO
Total	162	59	36,4
Estados onde não houve pesquisa	33	-	
Estados onde houve pesquisa (*)	129	59	45,7
Minas Gerais	23	15	65,2
Pernambuco	15	6	40,0
Paraná	11	7	63,6
Rio de Janeiro	52	19	36,5
Sergipe	4	4	100,0
São Paulo	24	8	33,3

FONTES: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

(*) NÃO ESTÃO CONTABILIZADAS TRÊS UPAS DO MATO GROSSO DO SUL QUE NÃO CONSTAVAM DO BANCO DE DADOS REFERENTES ÀS UPAS EXISTENTES NO PERÍODO DE 2010 A MAR./2012.

A Tabela 3 utiliza a distribuição das UPAs segundo tipologia das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) em nível nacional discriminadas pelas dimensões socioeconômicas e oferta de serviços (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010). A maior concentração de UPAs (62,6%) em funcionamento no grupo 5 reflete dois aspectos: as regiões em melhores condições socioeconômicas e de oferta de serviços possuem melhor capacidade institucional de captar recursos de investimento e se situam, como já foi visto, nas capitais e regiões metropolitanas. Se acrescentarmos o percentual do grupo 4 teremos mais de 75% dessas unidades situadas nas CIRs em melhor situação. Os demais grupos estão contemplados no total das UPAs e apenas o grupo 2 não tem representação na amostra da pesquisa.

TABELA 3 **Distribuição das UPAs segundo a tipologia elaborada no estudo sobre as CIRs Brasil. 2010–mar./2012¹**

CIR	TOTAL		AMOSTRA	
	UPA	%	UPA	%
Grupo 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	15	9,2	9	-
Grupo 2: médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	4	2,5	0	-
Grupo 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços	18	11,0	5	8,1
Grupo 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços	22	13,5	6	9,7
Grupo 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços	102	62,6	29	46,8
Subtotal	161	98,8	49	79,0
Sem informação	2	1,2	13	21,0
Total	163	100,0	62	100,0

n. 28
Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.
 NOTA: GRUPO CIR – 12 DE SETEMBRO DE 2012.

2.6 PERFIL DE OFERTA DE PROCEDIMENTOS PELAS UPAS

A Tabela 4 mostra a distribuição percentual da produção ambulatorial segundo grupo de procedimentos na amostra, total e no SUS dos municípios com UPAs. O perfil de oferta das UPAs tanto na amostra como no total concentra-se na finalidade diagnóstica e clínica com percentual acima de 95% destes. Esse perfil corresponde ao papel esperado por essas unidades

¹ Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;(5):2317-26.

no sistema e, na base de dados primários da pesquisa, isso aparece mais detalhado por tipo de patologia e risco. Em relação à oferta SUS de serviços, essa distribuição é mais proporcional aparecendo ações de promoção e prevenção com 11,1% e com percentual elevado o item medicamentos com 30%. Medicamento na base de dados secundários não aparece no perfil de oferta das UPAs, no entanto, nos dados primários, esse item aparece em número significativo no elenco de procedimentos destas.

TABELA 4 **Distribuição percentual da produção ambulatorial segundo grupo de procedimentos na amostra, total e no SUS dos municípios com UPAs. Brasil. 2010**

GRUPOS DE PROCEDIMENTOS	AMOSTRA	TOTAL UPA	SUS (MUNICÍPIOS COM UPAS EM 2010)
Ações de promoção e prevenção em saúde	0,2	0,2	11,1
Procedimentos com finalidade diagnóstica	21,6	21,1	25,0
Procedimentos clínicos	76,9	75,7	31,5
Procedimentos cirúrgicos	1,3	3,0	1,6
Transplantes de órgãos, tecidos e células	-	-	0,1
Medicamentos	-	-	30,4
Órteses, próteses e materiais especiais	-	-	0,2
Ações complementares de atenção à saúde	-	-	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

FONTE: DATASUS – SIA; ELABORAÇÃO DOS AUTORES.

NOTA: PARA A ELABORAÇÃO DESSA TABELA CONSIDERARAM-SE APENAS AS UPAS EM QUE FOI POSSÍVEL OBTER AS INFORMAÇÕES SOBRE PRODUÇÃO AMBULATORIAL EM 2010: 90 UPAS NO TOTAL DE 31 UPAS DA AMOSTRA.

A Tabela 5 mostra o percentual representativo da amostra no total de produção das UPAs chegando a cerca de 60% destas. Em relação ao percentual de produção do total dessas unidades e da amostra com a produção do SUS revela do ponto de vista quantitativo uma baixa participação 2,5 e 3,4 respectivamente. A inserção dessas unidades em áreas de alta oferta de serviços limita sua importância neste aspecto. Por outro lado, do ponto de qualitativo, o papel dessas unidades na articulação das redes e na criação de outra porta para atendimento das urgências será constatado nos dados primários da pesquisa diminuindo a pressão de demanda nos serviços hospitalares.

TABELA 5 Participação percentual da produção ambulatorial na amostra no total das UPAs e na produção total do SUS e dos municípios com UPAs. Brasil. 2010

GRUPOS DE PROCEDIMENTOS	% DA PRODUÇÃO DA AMOSTRA NO TOTAL DA PRODUÇÃO DAS UPAS	% DAS UPAS NO TOTAL DA PRODUÇÃO DO SUS	% DA PRODUÇÃO DA AMOSTRA NO TOTAL DA PRODUÇÃO SUS NOS SEUS MUNICÍPIOS
Ações de promoção e prevenção em saúde	62,7	0,0	0,1
Procedimentos com finalidade diagnóstica	61,0	2,1	2,7
Procedimentos clínicos	60,5	5,9	8,7
Procedimentos cirúrgicos	26,4	4,7	3,6
Transplantes de órgãos, tecidos e células	-	-	-
Medicamentos	-	-	-
Órteses próteses e materiais especiais	-	-	-
Ações complementares de atenção à saúde	-	-	-
Total	59,5	2,5	3,4

FONTE: DATASUS – SIA; ELABORAÇÃO DOS AUTORES.

NOTA: PARA A ELABORAÇÃO DESSA TABELA CONSIDEROU-SE APENAS AS UPAS EM QUE FOI POSSÍVEL OBTER AS INFORMAÇÕES SOBRE PRODUÇÃO AMBULATORIAL EM 2010: 90 UPAS NO TOTAL DE 31 UPAS DA AMOSTRA.

A Tabela 6 apresenta o número total (476) de entrevistas e questionários aplicados na pesquisa segundo a mostra por estados e níveis de governo.

TABELA 6 Entrevistas e questionários aplicados na pesquisa segundo estados, esferas de governo e UPAs pertencentes à amostra. 2013

ENTREVISTADOS	MINISTÉRIO DA SAÚDE	RJ	MG	SP	PR	SE	MS	PE	TOTAL
Ministério da Saúde	5	-	1	-	-	-	-	-	6
Secretarias Estaduais	-	10	6	4	4	5	3	4	36
Secretarias Municipais	-	32	56	23	24	6	12	9	162
UPA	-	76	60	31	30	15	12	20	244
UBS	-	-	15	6	7	-	-	-	28
Total	5	118	138	64	65	26	27	33	476

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Na esfera federal foram entrevistados seis gestores envolvidos com os processos de implantação das redes e UPAs nos diferentes estados a saber: coordenador da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), as áreas de atenção básica, hospitalar, regulação, rede de urgência e emergência e gestor técnico responsável pelo acompanhamento da implantação das UPAs nos estados.

A análise dessas entrevistas traça, no nível federal, as determinantes e os desafios encontrados na implementação das políticas indutoras de redes de serviço e regionalização servindo de contextualização aos resultados encontrados no estudo.

As entrevistas realizadas com gestores dos níveis estaduais e municipais em número de 38 e 164, respectivamente, compõem, nos estudos de caso estaduais e locais, os contextos de implantação da política nesses níveis seguindo as dimensões analíticas da matriz apresentada.

Os questionários aplicados nas UPAs da amostra foram aplicados aos coordenadores e profissionais médicos e de enfermagem dessas unidades e tiveram, como já foi relatado, as seguintes dimensões abarcadas:

perfil profissional, estrutura, recursos humanos, gestão, assistência prestada e coordenação de cuidados.

Os resultados organizados em banco de dados específico foram classificados segundo porte das unidades e estados segundo subdivisão das amostras. Os resultados gerais por porte de unidades serão apresentados no corpo do relatório geral e com corte estadual serão apresentados nos estudos de caso estaduais.

Ainda como parte da pesquisa, foram coletados dados secundários com informações provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de informações geradas pelo Ministério da Saúde referentes às UPAs.

2.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 31/12/2010, Seção I, p. 88.

Champagne, F et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methodes. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009:35-56.

Fleury S.; Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública[online]. 2004, vol.20, supl.2, pp. S331-S336. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>.

Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência e Saúde Coletiva 2010 (5): 2317-2326.

CAPÍTULO 3
DESEMPENHO
DAS UPAS E
INTEGRAÇÃO
ÀS REDES DE
URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA

DESEMPENHO DAS UPAS E INTEGRAÇÃO ÀS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

3

NELSON IBAÑEZ

Na caracterização das UPAs, foram aplicados questionários para o coordenador da UPA, médicos e enfermeiros, com questões comuns aos três profissionais e específicas para o coordenador. As dimensões utilizadas foram: perfil dos profissionais; estrutura e recursos humanos; assistência prestada; coordenação de cuidados; gestão das UPAs e porte (específicas aos coordenadores).

A Tabela 1 apresenta a distribuição total e da amostra, segundo os estados que participaram da pesquisa. Os percentuais de representação da amostra 36,4 e 45,7 permitem uma extensão dos resultados desse estudo ao universo das UPAs em funcionamento.

TABELA 1 **Distribuição total e da amostra e percentual de UPAs da amostra, segundo as Unidades da Federação em que ocorreu a pesquisa. Brasil, 2010-mar./2012**

ESTADO	TOTAL DE UPAS		
	ESTADO	AMOSTRA	% DA AMOSTRA NO TOTAL DAS UPAS DO ESTADO
Total	162	59	36,4
Estados em que houve pesquisa (*)	129	59	45,7
Minas Gerais	23	15	65,2
Pernambuco	15	6	40,0

Paraná	11	7	63,6
Rio de Janeiro	52	19	36,5
Sergipe	4	4	100,0
São Paulo	24	8	33,3

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NAS UPAS

A caracterização do perfil dos profissionais que atuam nas UPAs teve as seguintes dimensões: faixa etária; especialização senso lato e estrito; experiência anterior na área de urgência e emergência; tempo de trabalho; empregador e vínculo; carga horária; faixa de renda e percentual na renda total de cada profissional.

3.2 FAIXA ETÁRIA

A Tabela 2 apresenta, de maneira geral, alto percentual de profissionais entre 20 e 40 anos de idade (em torno de 70%). A distribuição modal encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos, em torno de 40% em todas as categorias. Apenas o profissional enfermeiro possui o mesmo percentual (40,8%) para a faixa mais jovem, de 20 a 30 anos.

TABELA 2 **Distribuição percentual dos profissionais, segundo faixa etária, 2013**

FAIXA ETÁRIA	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=60		N=116		N=71	
	N	%	N	%	N	%
De 20 a 30 anos	9	15,0	36	31,0	29	40,8
De 31 a 40 anos	23	38,3	47	40,5	29	40,8
De 41 a 50 anos	18	30,0	16	13,8	11	15,5

De 51 a 60 anos	8	13,3	13	11,2	2	2,8
Mais de 60 anos	2	3,3	4	3,4	0	0,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.3 QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Os dados das Tabelas 3, 4 e 5 chamam a atenção para a baixa qualificação dos profissionais em termos de residência, especialização ou pós-graduação *lato sensu* nas diferentes áreas do conhecimento; sendo que 34% dos médicos não realizaram nenhum tipo de qualificação específica para atuação na UPA. O profissional com maior qualificação é o coordenador da UPA. Predominam as especializações nas áreas de cardiologia, ginecologia e saúde pública/saúde da família.

TABELA 3 **Distribuição percentual de cursos de especialização e residência realizados pelos profissionais das UPAs, 2013**

ESPECIALIZAÇÃO / RESIDÊNCIA MÉDICA	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=28		N=140		N=76	
	N	%	N	%	N	%
Urgência e emergência	–	–	–	–	15	21,1
Clínica Médica/Medicina Interna	3	5,0	14	12,1	–	–
Pediatria	10	16,7	14	12,1	2	2,8
Ortopedia	0	0,0	3	2,6	0	0,0
Cirurgia	4	6,7	14	12,1	–	–
Terapia Intensiva	6	10,0	5	4,3	10	14,1
Administração de Serviços de Saúde	5	8,3	–	–	2	2,8
Outra	0	–	50	43,1	31	43,7
Não realizou	0	–				

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

TABELA 4 **Distribuição percentual dos profissionais, de acordo com a realização de mestrado ou doutorado, agosto 2013**

OUTRA PÓS-GRADUAÇÃO	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=59		N=116		N=69	
	N	%	N	%	N	%
Mestrado	1	1,7	2	1,7	1	1,4
Doutorado	0	0,0	2	1,7	0	0,0
Não Realizou	58	98,3	110	94,8	68	98,6
NS/NR	-	-	2	1,7	-	-

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

TABELA 5 **Distribuição percentual dos médicos, segundo especialidade, 2013**

ESPECIALIZAÇÃO – OUTROS (MÉDICOS)	N	%
Cardiologia	8	16,0
Cirurgia	3	6,0
Ginecologia	6	12,0
Outros	20	40,0
Pneumologia	4	8,0
Saúde Pública/ Saúde da Família	6	12,0
Urgência e Emergência	3	6,0
Total	50	100,0

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 6 mostra que todos os profissionais entrevistados possuem experiência anterior na área de urgência e emergência com percentuais elevados em hospitais, dos quais os médicos têm o maior percentual.

tual, de 63,8%, que somado à passagem por outras UPAs atinge cerca de 90%.

TABELA 6 Distribuição percentual dos profissionais, segundo experiência nas diferentes áreas de atuação em urgência/emergência (U/E), 2013

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM U/E	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=94		N=154		N=84	
	N	%	N	%	N	%
Sim, em emergência hospitalar	34	56,7	74	63,8	31	45,6
Sim, em outra Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	19	31,7	29	25,2	11	16,2
Sim, em outro serviço de urgência/ pronto atendimento não hospitalar	9	15,0	18	15,7	5	7,4
Sim, em ambulâncias/ no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	9	15,0	9	7,8	6	8,8
Outro	9	15,0	-	-	9	13,2
Não	14	23,3	24	20,9	22	32,4

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.4 TEMPO DE TRABALHO NAS UPAS

A Tabela 7 apresenta a distribuição percentual dos profissionais, segundo tempo de trabalho nas UPAs. A distribuição modal recai sobre a faixa de mais de 24 meses com percentual entre menor para os médicos, de 39,7%, e em torno de 50% para coordenadores e enfermeiros. Os dados sobre os médicos indicam possível rotatividade maior desse profissional.

TABELA 7 **Distribuição percentual dos profissionais, segundo tempo de trabalho na UPA – comparativas**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

TEMPO	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=60		N=116		N=71	
	N	%	N	%	N	%
Até 6 meses	9	15,0	22	19,0	7	9,9
De 7 meses a 12 meses	9	15,0	27	23,3	14	19,7
De 13 meses a 24 meses	15	25,0	21	18,1	13	18,3
Mais de 24 meses	27	45,0	46	39,7	37	52,1

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.5 EMPREGADOR E VÍNCULO

De acordo com a Tabela 8, todos os profissionais possuem como empregador principal (em torno de 50%) a Secretaria Municipal de Saúde e, em segundo lugar, as Organizações Sociais. Esse resultado corrobora com o fato de a maioria das UPAs possuir gestão municipal. Um detalhamento por estado e as questões sobre gestão indicam a responsabilização municipal pelas UPAs e, no caso das SES, a terceirização via Organizações Sociais de Saúde (OSS).

TABELA 8 **Distribuição percentual dos profissionais, segundo empregador, 2013**

EMPREGADOR	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=60		N=116		N=68	
	N	%	N	%	N	%
Secretaria de Estado de Saúde	2	3,3	0	0,0	6	8,8
Empresa privada	1	1,7	8	6,9	2	2,9

Outro	8	13,3	16	13,8	11	16,2
Secretaria Municipal de Saúde	32	53,4	58	50,0	35	51,5
Organização Social	14	23,3	24	20,7	11	16,2
Fundação Estatal de Direito Privado	2	3,3	7	6,0	0	0,0
Fundação Privada de Apoio	1	1,7	1	0,9	3	4,4
Universidade	0	0,0	1	0,9	0	0,0
Cooperativa profissional	0	0,0	1	0,9	0	0,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Observa-se, na Tabela 9, corroborando os dados anteriores, que há predomínio de vínculos formais (estatutários e celetistas), mais de 70%, para as três categorias, embora o médico apresente número relativamente menor. Os números demonstram que não há precarização nas formas de contratação.

TABELA 9 **Distribuição percentual dos profissionais, segundo vínculo de trabalho na UPA, 2013**

VÍNCULO	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=60		N=116		N=68	
	N	%	N	%	N	%
Estatutário	28	46,7	43	37,1	33	48,5
Celetista	22	36,7	39	33,6	22	32,4
Contrato por regime especial temporário	5	8,3	21	18,1	9	13,2
Recibo de Pagamento Autônomo (RPA)	0	0,0	8	6,9	1	1,5
Outro	5	8,3	5	4,3	3	4,4

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.6 CARGA HORÁRIA

Entre enfermeiros e coordenadores predominam as atividades diárias (oito horas). Entre os médicos, por sua vez, predominam os regimes de plantão (12 horas e 24 horas).

TABELA 10 **Distribuição percentual dos profissionais da UPA, segundo a carga horária de trabalho**

n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)

CARGA HORÁRIA DE TRABALHO	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=60		N=116		N=68	
	N	%	N	%	N	%
12h	0	0,0	19	16,4	-	-
20h	3	5,0	0	0,0	-	-
24h	7	11,7	55	47,4	-	-
36h	-	-	-	-	6	8,0
40h	39	65,0	8	6,9	33	48,5
Outra	11	18,3	33	28,4	29	42,6
NS/NR	-	-	1	0,9	-	-

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.7 FAIXA SALARIAL E RENDA PROPORCIONAL

Para o coordenador, a faixa de remuneração entre 6 e 10 mil reais é predominante. Em relação aos médicos, predomina a faixa de renda maior, considerando que o regime de trabalho de plantão é predominante. Nas três categorias, o enfermeiro possui a menor faixa de remuneração.

TABELA 11 – Distribuição percentual dos profissionais da UPA, segundo faixa salarial, 2013

FAIXAS DE REMUNERAÇÃO	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=60		N=116		N=68	
	N	%	N	%	N	%
Até R\$ 2 mil	3	5,0	15	12,9	14	20,6
Mais de R\$ 2 mil até R\$ 4 mil	11	18,3	17	14,7	39	57,4
Mais de R\$ 4 mil até R\$ 6 mil	16	26,7	29	25,0	11	16,2
Mais de R\$ 6 mil até R\$ 8 mil	9	15,0	28	24,1	3	4,4
Mais de R\$ 8 mil até R\$ 10 mil	12	20,0	10	8,6	-	-
Mais de R\$ 10 mil	8	13,3	15	12,9	-	-
NS/NR	1	1,7	2	1,7	1	1,5

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A remuneração da UPA tem peso maior na renda de coordenadores e enfermeiros em relação aos médicos. Os coordenadores possuem gratificação por função, enquanto os médicos e os enfermeiros não possuem.

TABELA 12 Distribuição percentual dos profissionais de acordo com o percentual da renda na UPA sobre o total da renda

PERCENTUAL DE RENDA BRUTA	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=60		N=116		N=68	
	N	%	N	%	N	%
Até 25%	5	8,3	22	19,0	6	8,8
Mais de 25% até 50%	11	18,3	51	44,0	15	22,1
Mais de 50% até 75%	19	31,7	23	19,8	21	30,9

Mais de 75% até 100%	25	41,7	16	13,8	26	38,2
NS/NR	-	-	4	3,4	-	-

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Segundo dados apresentados na tabela, apenas os coordenadores mencionaram a presença de gratificação no salário, sendo esse benefício presente para a maioria desses profissionais (53%).

TABELA 13 **Distribuição percentual de gratificação dos profissionais das UPAs, 2013**

GRATIFICAÇÃO	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N=60		N=0		N=0	
	N	%	N	%	N	%
Sim	32	53,3	-	-	-	-
Não	28	46,7	-	-	-	-

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.8 PORTE, ESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS DAS UPAS

A Tabela 14, relativa ao percentual da amostra de UPAs por porte de municípios, indica a concentração de 100% das UPAs de porte I em municípios de até 100 mil habitantes. As instalações das UPAs de porte II e III são diretamente proporcionais ao número de habitantes, das quais as de porte II, 60%, estão entre 100 e 200 mil, e de porte III, 60%, em municípios com mais de 200 mil habitantes. Esses resultados estão de acordo com as normativas de alocação das UPAs nos diversos territórios.

TABELA 14 **Distribuição das UPAs da amostra, segundo porte e população da área de abrangência, em número absoluto e relativo, agosto 2013**

POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 50 mil hab.	4	44,4	0	0,0	0	0,0	4	6,9
De 50 mil até 100 mil hab.	5	55,6	3	15,8	5	16,7	13	22,4
Mais de 100 mil até 200 mil hab.	0	0,0	11	57,9	5	16,7	16	27,6
Mais de 200 mil até 300 mil hab.	0	0,0	2	10,5	9	30,0	11	19,0
Mais de 300 mil hab.	0	0,0	3	15,8	11	36,7	14	24,1
Total	9	100,0	19	100,0	30	100,0	58	100,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A análise da Tabela 15 sobre a média de atendimentos e o número de médicos por plantão mostra relação direta por porte e número de médicos. Essa parece ser a variável importante que define essa relação: a média em torno de 63 atendimentos por médico de plantão 24 horas, independentemente do porte.

TABELA 15 **Média do número de atendimentos realizados, do número de médicos por plantão de 24 horas e do número de leitos nas UPAs da amostra, segundo porte e total, agosto 2013**

MÉDIA DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS	PORTE I	PORTE II	PORTE III
N. de atendimentos	189	347	376
N. de médicos por plantão de 24 horas	3	8	8
N. de leitos de observação	14	20	21

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Chama a atenção na Tabela 16, na área de enfermagem, uma qualificação importante da equipe, com predominância dos técnicos de enfermagem e enfermeiros, em relação aos auxiliares. Na categoria médica, predominam os clínicos gerais e pediatras, o que qualifica a UPA basicamente como um estabelecimento de atendimento clínico. Nas UPAs de porte II e III, é possível encontrar profissionais nas áreas de odontologia e serviço social. O profissional da área de psicologia não foi encontrado na totalidade da amostra.

TABELA 16 **Distribuição da média do número de profissionais de saúde que atuam nas UPAs da amostra, segundo porte, agosto 2013**

DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA DO NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NAS UPAS	PORTE I	PORTE II	PORTE III
Auxiliar de enfermagem	7	9	10
Técnico de enfermagem	32	34	49
Enfermeiro	7	16	22
Odontólogo	0	6	4
Psicólogo	0	0	0
Assistente Social	1	4	6
Médico Clínico Geral	13	31	32
Médico Pediatra	4	14	13
Médico Ortopedista	1	1	1

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 17 complementa os dados apresentados anteriormente, com a percepção da adequação dos profissionais em relação aos atendimentos prestados nas UPAs. Os dados indicam que o dimensionamento dos profissionais está aquém da demanda. Em relação aos profissionais médicos, esta inadequação é maior em relação a clínicos e ortopedistas nos portes II e III e de pediatras em todos os portes.

TABELA 17 Avaliação dos coordenadores das UPAs da amostra quanto à adequação do número de profissionais atuantes nas unidades, distribuída por porte, em número absoluto e relativo, agosto 2013

PROFISSIONAL	RESP.	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Auxiliar de enfermagem	Sim	7	77,8	6	50,0	6	50,0	19	57,6
	Não	2	22,2	6	50,0	6	50,0	14	42,4
Técnico de enfermagem	Sim	6	66,7	5	26,3	15	51,7	26	45,6
	Não	3	33,3	14	73,7	14	48,3	31	54,4
Enfermeiro	Sim	6	66,7	9	42,9	16	55,2	31	52,5
	Não	3	33,3	12	57,1	13	44,8	28	47,5
Odontólogo	Sim	0	0,0	14	100,0	16	80,0	30	88,2
	Não	0	0,0	0	0,0	4	20,0	4	11,8
Psicólogo	Sim	0	0,0	1	33,3	1	25,0	2	28,6
	Não	0	0,0	2	66,7	3	75,0	5	71,4
Assistente Social	Sim	3	60,0	13	68,4	15	60,0	31	63,3
	Não	2	40,0	6	31,6	10	40,0	18	36,7
Médico clínico geral	Sim	7	77,8	8	38,1	15	53,6	30	51,7
	Não	2	22,2	13	61,9	13	46,4	28	48,3
Médico Pediatra	Sim	3	42,9	9	45,0	16	57,1	28	50,9
	Não	4	57,1	11	55,0	12	42,9	27	49,1
Médico Ortopedista	Sim	1	33,3	3	60,0	5	55,6	9	52,9
	Não	2	66,7	2	40,0	4	44,4	8	47,1

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 18 mostra que, em relação a modalidades de trabalho, em torno de 80% mantêm vínculos formais, sendo o estatutário inversamente proporcional ao porte (55,6 porte I e 33,3 porte III), enquanto o celetista é diretamente proporcional (22,2 porte I e 43,3 porte III). Esse dado reflete a terceirização das UPAs nas capitais e em regiões metropolitanas, em sua grande maioria de porte III.

TABELA 18 **Modalidades de contratação dos profissionais que atuam nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	5	55,6	10	50,0	10	33,3	25	42,4
Celetista	2	22,2	7	35,0	13	43,3	22	37,3
Contrato por regime especial temporário	2	22,2	1	5,0	4	13,3	7	11,9
Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA)	0	0,0	1	5,0	1	3,3	2	3,4
Bolsa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outro	0	0,0	1	5,0	2	6,7	3	5,1

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 19 confirma a relação citada na tabela anterior, em que as unidades de porte I têm 77,8% com vínculo com as Secretarias Municipais de Saúde, enquanto as de porte III apenas 40%. À medida que se aumenta o porte, o vínculo com as organizações sociais também é crescente (11,1 para 33,4).

TABELA 19 **Vínculos institucionais dos profissionais, segundo porte da UPA, agosto 2013**

VÍNCULOS	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Secretaria de Estado de Saúde	0	0,0	0	0,0	2	6,7	2	3,4
Secretaria Municipal de Saúde	7	77,8	12	60,0	12	40,0	31	52,5
Ministério da Saúde e entidades federais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Universidade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Organização Social, outras ONGs e OSCIPs	1	11,1	5	25,0	10	33,4	16	27,1
Cooperativa profissional	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fundação Estatal de Direito Privado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fundação Privada de Apoio	0	0,0	2	10,0	0	0,0	2	3,4
Empresa privada	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	1,7
Outros	1	11,1	1	5,0	5	16,7	7	11,9

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

De acordo com a Tabela 20, há alto percentual de serviços de radiologia, eletrocardiograma e análises clínicas, tendo menor cobertura nos exames que requerem procedimentos mais especializados (ecocardiograma, endoscopia e ultrassonografia). Esse padrão é justificado pela definição normativa dessas unidades e, conforme já foi visto, pelo tipo de demanda atendida.

TABELA 20 **Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico disponíveis nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

SADT	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Radiologia	9	100,0	21	100,0	29	96,7	59	98,3
Eletrocardiograma	7	77,8	21	100,0	30	100,0	58	96,7
Laboratório de análises clínicas	7	77,8	18	85,7	27	90,0	52	86,7
Ecocardiografia	0	0,0	3	14,3	3	10,0	6	10,0
Endoscopia	0	0,0	4	19,0	3	10,0	7	11,7
Ultrassonografia	0	0,0	7	33,3	3	10,0	10	16,7
Outros	0	0,0	2	9,5	1	3,3	3	5,0

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.9 GESTÃO DAS UPAs

A Tabela 21 demonstra que as UPAs estão diretamente ou indiretamente vinculadas à administração pública, sendo que chama atenção o porte II com 95% nessa categoria e 88% no porte I. O menor percentual é no porte III, de 66%, em que a modalidade Organização Social é responsável por 26% das unidades – o maior percentual para esse modelo de gestão.

TABELA 21 Modelo de gestão das UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, segundo porte, agosto 2013

MODELO DE GESTÃO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Administração direta	7	77,8	19	90,5	17	56,7	43	71,7
Administração indireta	1	11,1	1	4,8	3	10,0	5	8,3
Organização Social	1	11,1	1	4,8	8	26,7	10	16,7
Outra	0	0,0	0	0,0	2	6,7	2	3,3

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 22 mostra que o principal ator institucional que interfere na gestão é a Secretaria Municipal de Saúde, com presença em todos os portes em mais de 70%, seguido pelas Secretarias Estaduais, com 40%, e pelo Ministério da Saúde (MS), com 21%. Essa percepção da influência na gestão corrobora os dados anteriormente apresentados, mostrando a forte presença dessas unidades no domínio municipal. Fato este que explica em parte a baixa presença nas respostas das instâncias decisórias e articuladoras regionais como as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e Comissões Intergestores regionais, 3,3% e 1,7%, respectivamente.

TABELA 22 Atores e instituições que mais influenciam nas decisões das UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, segundo porte, agosto 2013

INFLUÊNCIA NAS DECISÕES	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ministério da Saúde	2	22,2	6	28,6	5	16,7	13	21,7
Secretaria Estadual de Saúde	4	44,4	9	42,9	12	40,0	25	41,7

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

Secretaria Municipal de Saúde	7	77,8	15	71,4	22	73,3	44	73,3
Conselho de Saúde	4	44,4	6	28,6	8	26,7	18	30,0
Organização responsável pela administração da UPA	5	55,6	2	9,5	12	40,0	19	31,7
Políticos/parlamentares	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	1,7
Comissão Intergestores Bipartite	0	0,0	2	9,5	0	0,0	2	3,3
Comissão Intergestores Regional	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	1,7
Outros	1	11,1	1	4,8	5	16,7	7	11,7

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.10 CONTRATO DE GESTÃO E SISTEMA DE AVALIAÇÃO

Uma das questões levantada pela pesquisa, de acordo com a Tabela 23, foi a presença de contratos de gestão. Os dados mostram que essa presença aumenta proporcionalmente de acordo com o porte (22,2% a 60%) e sua presença ocorre na média de 50% das unidades.

TABELA 23 **Existência de contrato de gestão que regule o funcionamento das UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

CONTRATO DE GESTÃO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	2	22,2	11	52,4	18	60,0	31	51,7
Não	5	55,6	9	42,9	8	26,7	22	36,7
Não Sabe	2	22,2	1	4,8	4	13,3	7	11,7

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Entre os contratos firmados, a Tabela 24 mostra os itens contemplados: elenco de atividade em 35%, metas ou desempenho em 45% e sistema de avaliação em 37%. Não há referência à avaliação de processo na maior parte das unidades, como veremos mais à frente, nos sistemas de avaliação.

TABELA 24 **Número absoluto e percentagem relativa aos aspectos previstos no contrato de gestão das UPAs da amostra, por porte, agosto 2013**

ASPECTOS PREVISTOS NO CONTRATO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Elenco de atividades	1	12,5	9	42,9	11	36,7	21	35,6
Metas de produção e/ou desempenho	2	25,0	10	47,6	15	50,0	27	45,8
Sistema de avaliação	2	25,0	10	47,6	10	33,3	22	37,3
Outros	0	0	0	0	2	6,7	2	3,4

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 25 mostra a relação dos mecanismos de avaliação diretamente proporcional ao porte. A média de 70% de mecanismos de avaliação rotineira tem nas unidades de porte III seu maior percentual (88%).

TABELA 25 **Presença de mecanismos de avaliação rotineiros nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte**

MECANISMOS DE AVALIAÇÃO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	1	50,0	5	45,5	15	88,2	21	70,0
Não	1	50,0	6	54,5	2	11,8	9	30,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Os responsáveis pela avaliação coincidem com os atores que mais influem na gestão, embora com percentuais de participação menores (município, 45%; estado, 35%; e MS, 20%). Os Conselhos de Saúde aparecem aqui com grau de importância nos portes I e II.

TABELA 26 **Atores e instituições responsáveis pela avaliação das UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

AVALIAÇÃO DA UPA	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ministério da Saúde	0	0,0	6	28,6	6	20,0	12	20,0
Secretaria de Estado da Saúde	2	22,2	6	28,6	13	43,3	21	35,0
Secretaria Municipal de Saúde	5	55,6	11	52,4	11	36,7	27	45,0
Conselho de Saúde	2	22,2	6	28,6	3	10,0	11	18,3
Outros	2	22,2	3	14,3	6	20,0	11	18,3

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 27 detalha as informações coletadas para a avaliação das UPAs. Há, de maneira geral, existência de percentual alto na coleta de informações que dizem respeito a diagnósticos, perfil de demanda, desfecho das consultas e dados administrativos, ficando abaixo os relativos aos processos internos da unidade. Os processos relativos à atenção e à continuidade do cuidado são menos presentes em relação aos aspectos administrativos e de identificação diagnóstica e administrativa.

TABELA 27 **Informações coletadas para avaliação das UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

DADOS COLETADOS	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dados relativos ao diagnóstico	4	44,4	18	85,7	21	70,0	43	71,7
Dados relativos ao perfil da demanda	5	55,6	12	57,1	25	83,3	42	70,0
Dados relativos à trajetória assistencial do paciente	1	11,1	8	38,1	12	40,0	21	35,0
Dados relativos ao processo de atenção	2	22,2	12	57,1	21	70,0	35	58,3
Dados relativos ao desfecho do atendimento prestado	5	55,6	16	76,2	23	76,7	44	73,3
Dados administrativos	7	77,8	17	81,0	23	76,7	47	78,3
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0
Não são coletadas informações para fins de avaliação	1	11,1	1	4,8	3	10,0	5	8,3

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Na Tabela 28, são apresentados os dados oficiais coletados pelas unidades. Chama a atenção o baixo preenchimento dos boletins de produção ambulatorial, no porte III. Isso demonstra desvinculação do financiamento e dos mecanismos de monitoramento em relação ao preenchimento dos formulários de avaliação. Há predominância no preenchimento do Sinasc e do Sinan no porte I em relação aos demais.

TABELA 28 **Formulários oficiais preenchidos pelas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

FORMULÁRIOS OFICIAIS PREENCHIDOS	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ficha de cadastro (CNES)	8	88,9	19	90,5	26	86,7	53	88,3
Boletim de Produção Ambulatorial (SIA)	7	77,8	11	52,4	15	50,0	33	55,0
Autorização de Internação Hospitalar (SIH)	5	55,6	12	57,1	20	66,7	37	61,7
Declaração de Óbito (SIM)	8	88,9	14	66,7	27	90,0	49	81,7
Declaração de Nascido Vivo (Sinasc)	4	44,4	5	23,8	5	16,7	14	23,3
Ficha de Notificação Compulsória (Sinan)	9	100,0	17	81,0	25	83,3	51	85,0
Outro	1	11,1	1	4,8	4	13,3	6	10,0

*n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 29 apresenta os sistemas de informação utilizados. A presença de sistemas de informação é diretamente proporcional ao porte da UPA, e o prontuário eletrônico (53% das UPAs) também em relação a sistemas específicos para atenção às urgências e à organização da RAU, com percentual de apenas 26,7 no porte III.

TABELA 29 **Presença de sistemas de informação para registro e processamento de dados coletados nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

SISTEMA PARA REGISTRO E PROCESSAMENTO DE DADOS	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prontuário eletrônico	1	11,1	11	52,4	20	66,7	32	53,3
Sistema próprio para as UPAs/ Rede de Atenção às Urgências (RAU)	1	11,1	4	19,0	8	26,7	13	21,7
Outro	6	66,7	4	19,0	6	20,0	16	26,7
Não existe sistema específico	1	11,1	2	9,5	2	6,7	5	8,3

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.11 ASSISTÊNCIA PRESTADA

A Tabela 30 mostra a origem dos pacientes atendidos pelas UPAs. Mais uma vez, esses dados comprovam o âmbito municipal de atendimento dessas unidades, sendo diretamente proporcionais aos portes. O atendimento regional prevalece no porte I, com percentual mais elevado (44%). Nos municípios de grande porte, prevalecem os atendimentos municipais em mais de 70%.

TABELA 30 **Origem dos pacientes atendidos nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

ORIGEM DOS PACIENTES	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Uma região dentro do município	3	33,3	8	38,1	14	46,7	25	41,7
Todo o município	2	22,2	7	33,3	10	33,3	19	31,7
Grupo de municípios	4	44,4	6	28,6	5	16,7	15	25,0
Todo o estado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não existe área de abrangência definida para esta UPA	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	1,7
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	9	100,0	21	100,0	30	100,0	60	100,0

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 31 mostra que, na avaliação dos coordenadores, a demanda é superior à capacidade de atendimento, em torno de 60%, e compatível em média 38%. O diferencial por porte não é significativo.

TABELA 31 **Avaliação dos coordenadores quanto à demanda e à capacidade de atendimento nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

DEMANDA X CAPACIDADE DE ATENDIMENTO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A demanda é superior à capacidade de atendimento	5	55,6	13	61,9	17	56,7	35	58,3
A demanda é compatível com a capacidade de atendimento	4	44,4	7	33,3	12	40,0	23	38,3
A demanda é inferior à capacidade de atendimento	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	1,7
Não sabe	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	1,7

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 32 especifica demandas das unidades não atendidas pelos médicos. A distribuição modal encontra-se em casos de reposição de receituário e/ou medicamentos, em média 26,7%. A segunda causa mais frequente é a solicitação de atestados médicos, ficando a terceira causa para os casos passíveis de atendimento na atenção básica.

TABELA 32 **Demandas não atendidas pelos médicos nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

DEMANDA NÃO ATENDIDA	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Casos considerados passíveis de atendimento em Unidades Básicas de Saúde	1	11,1	4	19,0	7	23,3	12	20,0
Casos para os quais não existe especialista na UPA	2	22,2	0	0	2	6,7	4	6,7
Casos que requerem atendimento hospitalar imediato	0	0	1	4,8	0	0,0	1	1,7

Casos de solicitação de reposição de receituário médico, de medicamentos ou de pedidos de exames	3	33,3	4	19,0	9	30,0	16	26,7
Casos de solicitação de atestado médico	2	22,2	4	19,0	7	23,3	13	21,7
Outros	0	0,0	0	0,0	3	10,0	3	5,0
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.12 PERFIL DA DEMANDA ATENDIDA POR RISCO

A Tabela 33 mostra que a classificação de risco está presente em quase 100% das UPAs analisadas, demonstrando que esse instrumento foi incorporado ao trabalho pelos profissionais.

TABELA 33 **Presença de classificação de risco nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	8	88,9	20	95,2	30	100,0	58	96,7
Não	1	11,1	1	4,8	0	0	2	3,3
Não Sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 34 mostra o perfil de risco atendido nas UPAs. Na maior parte das unidades, predomina os atendimentos de médio e baixo risco, em torno de 95%, tendo diferenciação por porte não significativa.

TABELA 34 Perfil de risco predominante nos pacientes atendidos nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013

PERFIL DE RISCO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixo risco (Azul)	4	44,4	10	47,6	11	36,7	25	41,7
Risco intermediário (Verde e Amarelo)	5	55,6	11	52,4	18	60,0	34	56,7
Alto risco (Laranja e Vermelho)	0	0	0	0	1	3,3	1	1,7
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Na Tabela 35, os casos classificados como baixo risco têm como as cinco principais causas, variando em média de 90,9% a 76,9%, por ordem: dores lombares e afecções osteoarticulares, trato urinário, trato digestivo, ginecológicas e doenças sexualmente transmissíveis. As doenças crônicas e cardiovasculares, por sua vez, aparecem neste grupo de baixo risco com percentuais menores.

TABELA 35 Casos de baixo risco, segundo grupo de diagnósticos atendidos nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013

CASOS	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dor lombar/afecções osteoarticulares	3	100,0	12	85,7	15	93,8	30	90,9
Afecções do trato urinário	3	75,0	15	88,2	9	90,0	27	87,1
Afecções ginecológicas	1	100,0	4	66,7	5	100,0	10	83,3

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

Afecções do trato digestivo	4	100,0	10	76,9	6	75,0	20	80,0
Doenças Sexualmente Transmissíveis	1	100,0	6	75,0	3	75,0	10	76,9
Tuberculose	0	0,0	4	57,1	3	50,0	7	53,8
Infecções respiratórias agudas	3	60,0	6	46,2	10	52,6	19	51,4
HIV/Aids e complicações	0	0,0	4	57,1	1	33,3	5	50,0
Violências e traumatismos	3	60,0	4	40,0	6	42,9	13	44,8
Distúrbios mentais	2	66,7	1	11,1	5	83,3	8	44,4
Abusos de álcool e drogas	2	33,3	5	38,5	5	55,6	12	42,9
Hipertensão/crise hipertensiva/ Insuficiência cardíaca	3	50,0	6	40,0	6	35,3	15	39,5
Diabetes mellitus e complicações	2	33,3	2	16,7	5	38,5	9	29,0
Cirrose e complicações	2	66,7	0	0,0	1	25,0	3	20,0
DPOC e Asma	1	14,3	1	9,1	3	33,3	5	18,5
Dor torácica/Infarto Agudo	0	0,0	1	10,0	2	20,0	3	12,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Na Tabela 36, nos casos de médio risco, aparecem nos primeiros lugares as doenças crônicas e os distúrbios mentais e abusos de álcool e drogas, variando a frequência média entre 61,3%, para diabetes, e 46,4%, para abusos de álcool.

TABELA 36 **Casos de médio risco, segundo grupo de diagnósticos atendidos nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

CASOS	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Diabetes mellitus e complicações</i>	4	66,7	8	66,7	7	53,8	19	61,3
DPOC e Asma	2	28,6	10	90,9	4	44,4	16	59,3
Cirrose e complicações	1	33,3	6	75,0	1	25,0	8	53,3
Distúrbios mentais	1	33,3	7	77,8	1	16,7	9	50,0
Abusos de álcool e drogas	4	66,7	7	53,8	2	22,2	13	46,4
HIV/Aids e complicações	0	0,0	2	28,6	2	66,7	4	40,0
Violências e traumatismos	2	40,0	2	20,0	6	42,9	10	34,5
Hipertensão/crise hipertensiva/ Insuficiência cardíaca	3	50,0	4	26,7	6	35,3	13	34,2
Infecções respiratórias agudas	1	20,0	6	46,2	5	26,3	12	32,4
Tuberculose	0	0,0	2	28,6	2	33,3	4	30,8
Doenças Sexualmente Transmissíveis	0	0,0	2	25,0	1	25,0	3	23,1
Afecções ginecológicas	0	0,0	2	33,3	0	0,0	2	16,7
Afecções do trato digestivo	0	0,0	3	23,1	1	12,5	4	16,0
Dor torácica/Infarto Agudo	0	0,0	2	20,0	2	20,0	4	16,0
Afecções do trato urinário	1	25,0	1	5,9	1	10,0	3	9,7
Dor lombar/afecções osteoarticulares	0	0,0	1	7,1	1	6,3	2	6,1

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Na Tabela 37, os casos de alto risco concentram-se em dor torácica e infarto agudo para todos os portes, 72% em média; cirrose, hipertensão e traumatismo não foram citados no porte I nesta faixa de risco, tendo importância nos demais portes.

TABELA 37 **Casos de alto risco, segundo grupo de diagnósticos atendidos nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

CASOS	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dor torácica/ Infarto Agudo	5	100,0	7	70,0	6	60,0	18	72,0
Cirrose e complicações	0	0,0	2	25,0	2	50,0	4	26,7
Hipertensão/crise hipertensiva/ Insuficiência cardíaca	0	0,0	5	33,3	5	29,4	10	26,3
DPOC e Asma	4	57,1	0	0,0	2	22,2	6	22,2
Violências e traumatismos	0	0,0	4	40,0	2	14,3	6	20,7
Infecções respiratórias agudas	1	20,0	1	7,7	4	21,1	6	16,2
Tuberculose	0	0,0	1	14,3	1	16,7	2	15,4
Abusos de álcool e drogas	0	0,0	1	7,7	2	22,2	3	10,7
HIV/Aids e complicações	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	10,0
<i>Diabetes mellitus</i> e complicações	0	0,0	2	16,7	1	7,7	3	9,7
Distúrbios mentais	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	5,6
Afecções do trato digestivo	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	4,0
Afecções do trato urinário	0	0,0	1	5,9	0	0,0	1	3,2

Dor lombar/afecções osteoarticulares	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	3,0
Afecções ginecológicas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Doenças Sexualmente Transmissíveis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 38 mostra que todas as UPAs da amostra realizam procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade, de acordo com o porte da unidade. Procedimentos mais simples, como suturas, são realizados em 98% das unidades, seguidos das drenagens de abscessos (83%) e debridamentos de feridas (55%).

TABELA 38 **Procedimentos cirúrgicos realizados nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Suturas	9	100,0	21	100,0	29	96,7	59	98,3
Drenagem de abscessos	8	88,9	17	81,0	25	83,3	50	83,3
Debridamento de feridas	5	55,6	11	52,4	17	56,7	33	55,0
Outros	2	22,2	3	14,3	13	43,3	18	30,0
Não se realizam procedimentos cirúrgicos nesta UPA	0	0	0	0	0	0	0	0
Não Sabe	0	0	0	0	0	0	0	0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.13 MEDICAMENTOS

A maior parte das unidades de porte II e III, em torno de 70%, não refere falta de medicamentos para realização dos atendimentos. Esse quadro inverte-se quando analisamos as unidades de porte I, a maioria (55%) indica a falta de medicamentos para administração. A questão aberta por tipo de medicamento nos casos positivos indicou o grupo de antibióticos, anti-inflamatórios como os mais frequentes.

TABELA 39 **Ausência de medicamentos para administração que possam prejudicar o atendimento realizado nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

AUSÊNCIA DE MEDICAMENTO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	5	55,6	6	28,6	7	23,3	18	30,0
Não	4	44,4	15	71,4	23	76,7	42	70,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A questão abordada na Tabela 40, apesar de constar explicitamente nas atividades das UPAs, aparece como efetivamente presente na maioria delas. Em relação à dispensação de medicamentos, na maioria das UPAs (67%), nos três portes, não há ausência de medicamentos que possam prejudicar o atendimento realizado pelas unidades. Cerca de 9%, em média, não realizam esta atividade.

TABELA 40 **Ausências de medicamentos para dispensação que possam prejudicar o atendimento realizado nas UPAs da amostra, em número absoluto e relativo, por porte, agosto 2013**

AUSÊNCIA DE MEDICAMENTO	PORTE I		PORTE II		PORTE III		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	3	33,3	3	15,0	4	14,8	10	17,9
Não	4	44,4	15	75,0	19	70,4	38	67,9
Não Sabe	1	11,1	0	0,0	2	7,4	3	5,4
Não dispensa	1	11,1	2	10,0	2	7,4	5	8,9

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Análise comparativa de respostas dadas por coordenadores, médicos e enfermeiros para diferentes dimensões de funcionamento das UPAs e coordenação com a rede de serviços

As dimensões aqui abordadas pela pesquisa referem-se aos seguintes aspectos relacionados ao funcionamento das UPAs: condições de infraestrutura, materiais, disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos; resolução, coordenação com outras unidades da rede.

Na Tabela 41, a diferença observada em relação aos profissionais está na avaliação melhor dos coordenadores, entre “ótima” e “boa”, para as três dimensões: infraestrutura, equipamentos e sala de observação. Para médicos e enfermeiros, prevaleceu a avaliação “boa” e “razoável”, sendo que na opinião dos enfermeiros, a condição “razoável” foi mais frequente em relação aos demais profissionais.

TABELA 41 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à infraestrutura, aos equipamentos e à sala de observação das UPAs, agosto 2013**

ASPECTOS	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
Infraestrutura Física	N=60	N=116	N=67	15,0	4	14,8
Ótima	19	31,7	23	19,8	12	17,9
Boa	19	31,7	48	41,4	26	38,8
Razoável	14	23,3	31	26,7	25	37,3
Ruim	6	10,0	10	8,6	3	4,5
Péssima	2	3,3	4	3,4	1	1,5
Equipamentos						
Ótimo	19	31,7	21	18,1	16	23,9
Bom	23	38,3	65	56,0	31	46,3
Razoável	9	15,0	21	18,1	16	23,9
Ruim	7	11,7	8	6,9	3	4,5
Péssimo	2	3,3	1	0,9	2	3,0
Sala de Observação						
Ótima	21	35,0	8	6,9	14	20,9
Boa	25	41,7	39	33,6	30	44,8
Razoável	10	16,7	29	25,0	18	26,9
Ruim	2	3,3	11	9,5	5	7,5
Péssima	2	3,3	5	4,3	1	1,5

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 42 mostra a frequência modal que, na opinião dos entrevistados, avalia a qualidade como “boa” tanto para a administração, quanto para a dispensação dos medicamentos. Se considerarmos entre “ótima” e

“boa” para a administração, esta excede os 75%. A diferença encontrada entre os profissionais está na avaliação dos médicos que, em sua maioria (31%), qualifica como “razoável” a dispensação de medicamentos.

TABELA 42 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à disponibilidade na administração e na dispensação de medicamentos nas UPAs, agosto 2013**

DISPONIBILIDADE	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
Medicamentos administrados	N=60	N=115	N=68	15,0	4	14,8
Ótima	17	28,3	29	25,2	20	29,4
Boa	29	48,3	49	42,6	38	55,9
Razoável	13	21,7	23	20,0	9	13,2
Ruim	1	1,7	9	7,8	1	1,5
Péssima	0	0,0	5	4,3	0	0,0
Não Sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Medicamentos Dispensados	N=63	N=116	N=62	18,1	16	23,9
Ótima	12	19,0	11	9,5	13	21,0
Boa	25	39,7	32	27,6	30	48,4
Razoável	7	11,1	36	31,0	11	17,7
Ruim	1	1,6	23	19,8	2	3,2
Péssima	4	6,3	10	8,6	1	1,6
Não sabe	2	3,2	3	2,6	2	3,2
Não Dispensa	12	19,0	1	0,9	3	4,8

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Na avaliação dos coordenadores, prevalece a condição “ótima” para a disponibilidade de serviços laboratoriais, enquanto para médicos e enfermeiros prevalece a condição “boa”. Em relação ao tempo de resposta, pre-

valece a avaliação “boa”, exceto para os médicos que o qualificam como “razoável”, em sua maioria (31%).

TABELA 43 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à disponibilidade e ao tempo de espera na utilização de serviços laboratoriais pelas UPAs, agosto 2013**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

SERVIÇOS LABORATORIAIS	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
Disponibilidade	N=60		N=115		N=68	
Ótima	29	48,3	29	25,2	21	30,9
Boa	21	35,0	49	42,6	28	41,2
Razoável	7	11,7	23	20,0	14	20,6
Ruim	0	0,0	9	7,8	4	5,9
Péssima	3	5,0	5	4,3	1	1,5
Não Sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tempo de Resposta						
Ótimo	15	25,0	11	9,6	8	11,8
Bom	20	33,3	32	27,8	33	48,5
Razoável	14	23,3	36	31,3	12	17,6
Ruim	6	10,0	23	20,0	11	16,2
Péssimo	5	8,3	10	8,7	3	4,4
Não Sabe	0	0,0	3	2,6	1	1,5

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Os coordenadores e os médicos avaliam a disponibilidade e o tempo de espera para utilização dos serviços de imagem como “ótimo(o)” e “boa/bom” em sua maioria, sendo que em relação ao tempo de espera, prevalece a condição “bom” para o profissional médico, demonstrando a necessidade de investimento em relação a esse critério.

TABELA 44 **Avaliação de coordenadores e médicos quanto à disponibilidade e ao tempo de espera para utilização de serviços de imagem pelas UPAs, agosto 2013**

SERVIÇOS DE IMAGEM	COORDENADOR		MÉDICO	
	N	%	N	%
	N=83		N=147	
Disponibilidade	24	28,9	31	21,1
Ótima	28	33,7	34	23,1
Boa	5	6,0	35	23,8
Razoável	1	1,2	13	8,8
Ruim	1	1,2	3	2,0
Péssima	0	0,0	0	0,0
Não Sabe	24	28,9	31	21,1
Tempo de Resposta	N=59		N=116	
Ótimo	26	44,1	38	32,8
Bom	23	39,0	40	34,5
Razoável	7	11,9	25	21,6
Ruim	0	0,0	5	4,3
Péssimo	2	3,4	6	5,2
Não Sabe	1	1,7	2	1,7

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A maioria dos profissionais das três categorias, em torno de 50% a 70%, avalia como “boa” a capacidade de resolução das UPAs, sendo que parte significativa dos médicos (37%) considera a resolutividade “razoável”.

TABELA 45 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à capacidade de resolução das UPAs, agosto 2013**

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
	N=60		N=116		N=37	
Ótima	8	13,3	9	7,8	4	10,8
Boa	41	68,3	59	50,9	22	59,5
Razoável	9	15,0	43	37,1	10	27,0
Ruim	1	1,7	3	2,6	1	2,7
Péssima	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Sabe	1	1,7	2	1,7	0	0,0

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

De acordo com a maioria dos coordenadores e dos enfermeiros, a frequência de atendimentos da atenção básica ocorre “sempre” e “frequentemente”, enquanto para os médicos a ocorrência de “algumas vezes” e “raramente” também é significativa. Esse critério demonstra que para os coordenadores os atendimentos prestados nas UPAs poderiam ser, em sua maioria, realizados pela atenção básica.

TABELA 46 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à frequência de atendimentos da atenção básica nas UPAs, agosto 2013**

FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
	N=60		N=116		N=65	
Sempre	24	40,0	22	19,0	14	21,5
Frequentemente	16	26,7	32	27,6	24	36,9
Algumas Vezes	13	21,7	26	22,4	12	18,5
Raramente	5	8,3	30	25,9	10	15,4
Nunca	2	3,3	6	5,2	5	7,7

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Na avaliação dos profissionais das UPAs, a pertinência dos encaminhamentos da atenção básica é considerada “boa” e “razoável” em sua maioria, totalizando em torno de 70% das respostas. Um percentual de 11% a 20% dos profissionais considera “ruim” os encaminhamentos, sendo esse percentual mais elevado na categoria dos enfermeiros (20,6%).

TABELA 47 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à pertinência dos encaminhamentos da atenção básica para as UPAs, agosto 2013**

PERTINÊNCIA DOS ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
	N=59		N=110		N=68	
Ótima	4	6,8	4	3,6	2	2,9
Boa	20	33,9	34	30,9	14	20,6
Razoável	22	37,3	48	43,6	31	45,6
Ruim	7	11,9	13	11,8	14	20,6
Péssima	4	6,8	11	10,0	1	1,5
Não Sabe	2	3,4	0	0,0	6	8,8

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 48 mostra a prevalência dos atendimentos realizados pela UPA que são encaminhados pelo SAMU, mais de 60% “sempre” e “frequentemente”. Dessa forma, a maior parte dos usuários que tem o SAMU como serviço de referência para os casos de urgência encontra resposta nas UPAs inferindo uma articulação organizada da instância pré-hospitalar.

TABELA 48 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à frequência de atendimentos pelo SAMU nas UPAs, agosto 2013**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO PELO SAMU	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
	N=60		N=116		N=68	
Sempre	32	53,3	37	33,3	29	42,6
Frequentemente	11	18,3	35	31,5	20	29,4
Algumas Vezes	7	11,7	14	12,6	3	4,4
Raramente	5	8,3	11	9,9	9	13,2
Nunca	5	8,3	14	12,6	7	10,3

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 49 demonstra a prevalência das UBS/PSF e das unidades de internação hospitalar quanto à disponibilidade para encaminhamentos. O resultado condiz com o tipo de atendimento que é prestado pelas UPAs, situação de urgência e baixa e média complexidade que necessitam de estabilização e encaminhamento para outras unidades de saúde para acompanhamento e continuidade da assistência.

TABELA 49 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à disponibilidade de serviços nas UPAs, agosto 2013**

DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
	N=334		N=472		N=159	
UBS/PSF	53	15,9	87	18,4	31	19,5
Amb. especialidades médicas	41	12,3	73	15,5	21	13,2
Amb. não médico	23	6,9	30	6,4	7	4,4
Outras unidades de PA	21	6,3	19	4,0	16	10,1
SADT	38	11,4	44	9,3	14	8,8
Emergências hospitalares	53	15,9	78	16,5	19	11,9

Leitos hospitalares	54	16,2	78	16,5	29	18,2
Unidades de Terapia Intensiva	49	14,7	61	12,9	21	13,2
Não existem serviços	2	0,6	2	0,4	1	0,6

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A grande maioria dos profissionais das UPAs, em torno de 70%, considera a inexistência de vagas como sendo a principal causa da permanência dos usuários por mais de 24 horas nas unidades. Em segundo lugar, aparece a deficiência de transporte (em torno de 10% a 15%).

TABELA 50 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto aos motivos para permanência de usuários por mais de 24 horas nas UPAs, agosto 2013**

MOTIVOS PARA PERMANÊNCIA POR MAIS DE 24 HORAS	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
	N=76		N=157		N=52	
Inexistência de vagas	57	75,0	106	67,5	37	71,2
Deficiência de transporte	7	9,2	22	14,0	8	15,4
Deficiência de encaminhamento	3	3,9	7	4,5	2	3,8
Outros	9	11,8	20	12,7	5	9,6
Não Sabe	0	0,0	2	1,3	0	0,0

FORNTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Na avaliação dos profissionais, a maioria considera “frequente” a espera por vagas de internação para os usuários. Tal fato demonstra a necessidade de a retaguarda hospitalar estar preparada para as demandas da UPA.

TABELA 51 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à frequência com que os profissionais aguardam vagas de internação por mais de 24 horas nas UPAs, agosto 2013**

FREQUÊNCIA COM QUE AGUARDAM VAGAS DE INTERNAÇÃO	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
	N=60		N=116		N=36	
Sempre	7	11,7	23	19,8	10	27,8
Frequentemente	29	48,3	60	51,7	9	25,0
Algumas vezes	19	31,7	21	18,1	11	30,6
Raramente	3	5,0	9	7,8	6	16,7
Nunca	2	3,3	3	2,6	0	0,0

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

Os profissionais referem que a frequência com que os usuários retornam à UPA com a mesma queixa é relativamente grande, em torno de 30% a 40 % dos atendimentos, demonstrando em parte a fragilidade da rede para assumir a continuidade do cuidado prestado na UPA.

TABELA 52 **Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à frequência com que os pacientes retornam com a mesma queixa do atendimento anterior realizado nas UPAs, agosto 2013**

FREQUÊNCIA COM QUE RETORNAM QUEIXA ANTERIOR	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
	N=60		N=112		N=37	
Sempre	3	5,0	6	5,4	5	13,5
Frequentemente	18	30,0	42	37,5	14	37,8
Algumas vezes	28	46,7	54	48,2	13	35,1
Raramente	8	13,3	10	8,9	4	10,8
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não sabe	3	5,0	0	0,0	1	2,7

FONTE: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 53 mostra a avaliação dos profissionais sobre a disponibilidade de serviços para continuidade de tratamento e apoio nas UPAs. Os menores percentuais são dos médicos para todos os serviços, sendo de maneira geral um indicador pouco satisfatório na percepção destes.

TABELA 53 Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à disponibilidade de serviços para encaminhamento dos usuários das UPAs, agosto 2013

AVALIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
UBS	23	38,3	3	20	15	23,8
Amb. de especialidades médicas	21	35	4	28,6	19	32,8
Amb. não médico	15	38,5	0	0	9	20
SADT	23	47,9	2	18,1	20	34,5

FONTES: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

A Tabela 54 mostra que a disponibilidade de serviços de emergência hospitalar é mais significativa em relação a leitos hospitalares e Unidades de Terapia Intensiva, isso porque a maioria das unidades de pronto atendimento hospitalar é considerada porta aberta, enquanto para a internação a dificuldade aumenta em virtude da escassez de leitos hospitalares e regulação deficiente.

TABELA 54 Avaliação de coordenadores, enfermeiros e médicos quanto à disponibilidade de serviços para encaminhamento dos usuários das UPAs, agosto 2013

AVALIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS	COORDENADOR		MÉDICO		ENFERMEIRO	
	N	%	N	%	N	%
Emergência hospitalares	30	51,7	7	43,8	23	37,7
Leitos hospitalares	13	23,2	3	20	15	23,4
UTI	13	23,2	4	26,7	11	17,7

FONTES: MS – PESQUISA RUE – UPAS, MS/CONASS/CEALAG 2013.

3.14 SÍNTESES DOS RESULTADOS GERAIS

A política de implantação das UPAs em 2010 englobava quase 50% da população brasileira. Sua maior concentração encontrava-se na região Sudeste (61,9% das UPAs existentes), na qual o Rio de Janeiro englobava mais de 30% desse contingente, seguido por São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Paraná.

Em relação à amostra da pesquisa nos sete estados pesquisados, esta atinge percentuais significativos em relação ao total das UPAs nesses estados.

O estudo evidenciou, em relação à sua distribuição geográfica, duas características aderentes à concepção original das portarias ministeriais: uma, pelo porte populacional de municípios, mostra que, do total das UPAs, 27,0% localizavam-se em municípios com até 200 mil habitantes e 47,2% em municípios com mais de 500 mil habitantes; outra que, quando comparada com tipologia de Comissões Intergestores Regionais (CIRs) nacional (VIANA *et al.*, 2010), 62,6% das UPAs em funcionamento encontram-se no grupo cinco – as regiões em melhores condições socioeconômicas e de oferta de serviços concentradas nas capitais e nas regiões metropolitanas. Essa distribuição quando somada ao grupo quatro atinge mais de 75% dessas unidades situadas nas CIRs em melhor situação.

O perfil de oferta das UPAs, segundo dados secundários, concentra-se na finalidade diagnóstica e clínica, com percentual acima de 95% destes cumprindo o papel esperado por essas unidades no sistema.

Em relação à oferta do SUS de serviços, a produção das UPAs apresenta distribuição percentual quantitativamente baixa (3,4%), corroborando com sua inserção nos municípios com alta oferta de serviços.

O perfil dos profissionais que atuam nas UPAs, de acordo com as dimensões abordadas, teve as seguintes características: alto percentual de profissionais jovens, entre 20 e 40 anos, em torno de 70%; baixa qualificação dos profissionais em termos de residência, especialização ou pós-graduação *lato sensu* nas diferentes áreas do conhecimento, sendo que 34% dos médicos não realizaram nenhum tipo de qualificação específica para atuação na UPA. Experiência profissional anterior na área de urgência e emergência vem de atividades em hospitais, sendo que os médicos têm o maior percentual (63,8%), que somados à passagem por outras UPAs atinge cerca

de 90%. Como empregador principal, está a Secretaria Municipal de Saúde e, em segundo lugar, as Organizações Sociais, com predomínio de vínculos formais (estatutários e celetistas), com mais de 70% para as três categorias, embora o médico apresente número relativamente menor. Quanto ao tempo de atuação, a distribuição modal é de mais de 24 meses (40%), sendo que as faixas salariais e a renda relativa de rendimentos é alta com relativa diminuição em relação aos profissionais médicos.

A amostra de UPAs por porte de municípios indica a concentração de 100% das UPAs de porte I em municípios de até 100 mil habitantes e que as de porte II e III são diretamente proporcionais ao número de habitantes. Esses resultados estão de acordo com as normativas de alocação das UPAs consideradas na formulação dos projetos nos diversos territórios.

A percepção dos dirigentes sobre a adequação dos profissionais é que esta se encontra aquém da demanda. Na avaliação dos coordenadores, 60% afirmam que a demanda é superior à capacidade de atendimento, e compatível em média 38%. O diferencial por porte não é significativo. Em relação aos profissionais médicos, esta inadequação é maior em relação a clínicos e ortopedistas nos porte II e III, e de pediatras em todos os portes.

Os dados encontrados na amostra em relação a modalidades de trabalho confirmam os dados gerais: 80% mantém vínculos formais, sendo o estatutário inversamente proporcional ao porte (55,6% – porte I e 33,3% – porte III), enquanto o celetista é diretamente proporcional (22,2% – porte I e 43,3% – porte III), refletindo a terceirização das UPAs nas capitais e nas regiões metropolitanas em sua grande maioria de porte III.

O principal ator institucional que interfere na gestão é a Secretaria Municipal de Saúde com presença em todos os portes em mais de 70%, seguido pelas Secretarias Estaduais, com 40%, e pelo MS, com 21%. Essa percepção da influência na gestão corrobora os dados anteriormente apresentados, mostrando a forte presença dessas unidades no domínio municipal. Fato este que explica em parte a baixa presença nas respostas das instâncias decisórias e articuladoras regionais como as CIBs e as Comissões Intergestores regionais, 3,3% e 1,7%, respectivamente.

Em relação à formalização de contratos de gestão, 50%, em média, declaram haver diferencial por porte significativo (I menor e III maior), sendo os itens contemplados: elenco de atividade em 35%, metas ou desempenho

em 45% e sistema de avaliação em 37%. Não há referência à avaliação de processo na maior parte das unidades, como veremos mais à frente, nos sistemas de avaliação.

Em relação aos mecanismos de avaliação, esses são diretamente proporcionais ao porte. A média de 70% de mecanismos de avaliação rotineira tem nas unidades de porte III seu maior percentual (88%).

Os responsáveis pela avaliação coincidem com os atores que mais influem na gestão, embora com percentuais de participação menores (município – 45%, estado – 35% e MS – 20%). Os Conselhos de Saúde aparecem aqui com grau de importância nos portes I e II.

Há, de maneira geral, existência de percentual alto na coleta de informações que dizem respeito a diagnósticos, perfil de demanda, desfecho das consultas e dados administrativos, ficando abaixo os relativos aos processos internos da unidade. Os processos relativos à atenção e à continuidade do cuidado são menos presentes em relação aos aspectos administrativos e de identificação diagnóstica e administrativa.

Em relação à origem dos pacientes atendidos nas UPAs, os dados comprovam o âmbito municipal de atendimento dessas unidades sendo diretamente proporcionais aos portes. O atendimento regional prevalece no porte I, com percentual mais elevado (44%). Nos municípios de grande porte, prevalecem os atendimentos municipais em mais de 70%.

Em relação às demandas das unidades não atendidas pelos médicos, os motivos encontram-se em casos de reposição de receituário e/ou medicamentos, em média 26,7%. A segunda causa mais frequente é a solicitação de atestados médicos, ficando em terceiro lugar os casos passíveis de atendimento na atenção básica.

A classificação de risco está presente em quase 100% das UPAs analisadas. Na maior parte das unidades, predomina os atendimentos de médio e baixo risco, em torno de 95%, tendo diferenciação por porte não significativa.

As cinco principais causas de atendimento, segundo risco e porte, tem a seguinte distribuição: no baixo risco, aparecem, por ordem, dores lombares e afecções osteoarticulares, trato urinário, ginecológicas e doenças sexualmente transmissíveis, as doenças crônicas e as cardiovasculares aparecem neste grupo de baixo risco com percentuais menores; no alto risco, concentram-se na dor torácica e no infarto agudo para todos os portes, 72% em média, cirrose e

hipertensão e traumatismo não são citados no porte I nesta faixa de risco, tendo importância nos demais portes. As doenças mentais aparecem em todos os riscos, sendo predominantes na faixa do médio risco.

A maior parte das unidades de porte II e III, em torno de 70%, não refere falta de medicamentos para realização dos atendimentos. Esse quadro inverte-se quando analisamos as unidades de porte I, pois a maioria (55%) indica a falta de medicamentos para administração. As questões abertas por tipo de medicamento nos casos positivos indicaram o grupo de antibióticos, anti-inflamatórios como os mais frequentes.

Em relação ao apoio diagnóstico e terapêutico, prevalece a condição “ótima” para a disponibilidade de serviços laboratoriais e radiológicos pelos coordenadores, enquanto para médicos e enfermeiros prevalece a condição “boa”. Em relação ao tempo de resposta, prevalece a avaliação “boa”, exceto para os médicos que o qualificam como “razoável”, em sua maioria (31%).

A maioria, em torno de 50% a 70% dos profissionais das três categorias, avalia como “boa” a capacidade de resolução das UPAs, sendo que parte significativa dos médicos (37%) considera a resolutividade razoável.

De acordo com a maioria dos coordenadores e dos enfermeiros, a frequência de atendimentos da atenção básica ocorre “sempre” e “frequentemente”, enquanto para os médicos a ocorrência de “algumas vezes” e “raramente” também são significativas. Esse critério demonstra que para os coordenadores, os atendimentos prestados nas UPAs poderiam ser, em sua maioria, realizados pela atenção básica.

Na avaliação dos profissionais das UPAs, a pertinência dos encaminhamentos da atenção básica é considerada “boa” e “razoável” em sua maioria, totalizando em torno de 70% das respostas. Um percentual de 11% a 20% dos profissionais considera “ruim” os encaminhamentos, sendo esse percentual mais elevado na categoria dos enfermeiros (20,6%).

A prevalência dos atendimentos realizados pela UPA são encaminhados pelo SAMU em mais de 60%. Este dado coloca a importância da UPA na rede fixa no atendimento pré-hospitalar.

A grande maioria dos profissionais das UPAs, em torno de 70%, considera a inexistência de vagas como sendo a principal causa da permanência dos usuários por mais de 24 horas nas unidades. Em segundo lugar, aparece a deficiência de transporte (em torno de 10% a 15%).

Os profissionais referem que a frequência com que os usuários retornam à UPA com a mesma queixa é relativamente grande, em torno de 30% a 40% dos atendimentos, demonstrando a fragilidade da rede para assumir a continuidade do cuidado prestado na UPA.

3.15 SÍNTESE DOS ESTUDOS ESTADUAIS

Os estudos de casos estaduais realizados serão apresentados nos capítulos de 4 a 10 com todos os detalhes metodológicos e seus resultados.

A ideia de agrupar os principais resultados indicados pelos subcoordenadores nesse tópico do relatório geral inclui uma visão mais relacionada às dimensões histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural referidas na matriz metodológica dos contextos estaduais e locorregionais, favoráveis e desfavoráveis, no desenvolvimento das redes.

Todos os relatórios estaduais indicam a importância do papel das SES e do gestor estadual na formulação e na implantação das redes assistenciais, em especial as de urgência e emergência.

Os aspectos ressaltados como positivos relacionam-se aos processos de regionalização coordenados pelas SES mais antigas, estáveis e com maturidade institucional capaz de ter melhor desempenho na implantação das políticas do SUS. Esse processo adiantado de regionalização dos estados favoreceu o desenvolvimento da formulação e do desenvolvimento das redes.

Os pontos listados como exemplo são: elaboração de Planos Estaduais de Saúde que contemplam metas e ações específicas para atenção às urgências; papel de coordenador do sistema, indutor de políticas e produtor complementar de serviços; operacionalização das regionais, estrutura e funcionamento de UBS, adequação dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) em UPA e clínicas ampliadas (24h); entre outros.

Outro aspecto relevante é o desenvolvimento institucional representado por sistemas de avaliações com bases em dados epidemiológicos e indicadores construídos para permitir o acompanhamento e subsidiar a decisão e os redirecionamentos do Plano Estadual e o desenvolvimento do sistema de regulação. São citados como exemplo: Plano Estadual de metas para estruturação dos complexos reguladores, incluindo a Central de Urgência do SAMU e a Central de Regulação Assistencial Macrorregional com protocolos preestabelecidos.

O papel da instância estadual é ressaltado pelos diferentes atores institucionais como fundamental para a construção e desenvolvimento das redes de urgência nos estados. O ponto central apontado no estudo é a criação de modelos de governança e custeio compartilhado por micro regiões exemplificadas pelo apoio as articulações entre municípios, desde a complementação financeira para o equilíbrio das RAUs ao acompanhamento das metas regionais e no apoio a novas formas institucionais de articulação intermunicipais criando programas específicos de apoio a estes como os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Em alguns estados, a visão de gestão da rede pelos diferentes gestores implica ações para todos os componentes das redes e, em específico, das Redes de Atenção às Urgências (RAUs), conforme indicado em vários relatórios desde o financiamento até a formação de recursos humanos e a criação de novas formas de reestruturação e fortalecimento dos serviços de atenção básica (criação e implantação do programa APSUS), hospitalares (Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos – HOSPSUS) e SAMU.

A política de indução ministerial na constituição das redes e, em específico, das Redes de Atenção à Saúde (RAUs) e das UPAs, tem na visão dos gestores estaduais duas vertentes: uma vista com positividade, favorecendo estados e municípios na implementação destas; outra questionando a maneira pouco flexível em relação ao modelo, passando por cima de realidades estaduais e locais, estabelecendo competição de recursos entre os diferentes componentes da rede.

Estados e municípios vêm-se sobrecarregados com a sucessão de normas federais para RAS, gerando insuficiência para financiamento das ações. Em alguns estados, por se tratar de uma iniciativa do Ministério da Saúde, o financiamento das UPAs é inteiramente compartilhado entre o governo federal e os municípios, sem participação financeira da esfera estadual. A alegação é o comprometimento orçamentário com outras ações e que não possuem previsão orçamentária suficiente para a manutenção desses investimentos.

Em relação aos gestores municipais, a crítica é sustentada porque a portaria do Ministério só previa a construção de unidades novas. Não houve a possibilidade de aproveitar a estrutura dos Colegiados Regionais de Saúde (CRS) que cumpriam o seu papel dentro do sistema municipal de saúde. A

percepção de alguns gestores é que a implantação das UPAs está criando uma unidade que atende de forma mais qualificada às Urgências e Emergências, mas que desestrutura uma concepção de organização e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do município.

Outra questão relevante para os gestores estaduais e municipais é a gestão dos recursos humanos. Algumas das constatações positivas nesse aspecto referem-se aos municípios que se utilizam de estratégias de gestão compartilhada para obter melhor desempenho na articulação do processo de trabalho interno das UPAs e na sua inserção em rede.

Parte dos desafios encontra-se na gestão de pessoas para captação e seleção de profissionais adequados para o trabalho com emergências, bem como para influir no aprimoramento da graduação das profissões mais relacionadas. No interior e em unidades mais distantes, o problema mais agudo é o de deficiências na capacitação/qualificação dos profissionais para atuação nos componentes.

Outro ponto importante como desafio relacionado à gestão de pessoas, em especial, é a gestão do trabalho médico, no sentido de direcioná-lo para a responsabilidade com território determinado, a um trabalho em linhas de cuidado e em rede.

A questão da flexibilização nos processos de seleção, contratação e carga horária na RAU tem colocado para a gestão a dificuldade de fixação dos profissionais que atuam, simultaneamente, em mais de uma unidade.

Outros aspectos desfavoráveis indicados foram: burocratização no processo de qualificação de todos os componentes da Rede; baixa capacidade gestora de monitoramento do funcionamento da RAU; dificuldades na relação com prestadores de serviços, sem compromissos e metas claramente estabelecidos (contratualização incipiente).

Três desafios são colocados ao longo deste trabalho por diferentes atores e instâncias gestoras para o fortalecimento da implantação das redes, em especial a de urgência e emergência e a governança regional do sistema: financiamento, fortalecimento da gestão estadual e profissionalização dos recursos para a gestão e a operação das redes.

A indução do financiamento por via federal tem sido importante, mas se mostrado insuficiente para a implementação dos diferentes componentes da rede, sobrecarregando os níveis subnacionais com novas demandas e

com grande comprometimento orçamentário no custeio dos serviços. O estudo de alternativas de financiamento em todas as instâncias é central onde a questão da relação investimento e custeios são permeados pelas questões das políticas nesses níveis. No caso das RAUs, a concentração nas áreas urbanas com forte presença do setor supletivo merece agenda mais proativa dos gestores.

O fortalecimento da gestão estadual na governança regional implica uma redefinição clara do papel estadual em três grandes frentes: articulação das CIRs, regulação e política hospitalar. No caso específico das RAUs, a sobrecarga de gestão dos serviços e a articulação pela instância municipal reforçam um modelo fragmentado e competitivo e de conflitos intergestores nos níveis estaduais e locorregionais. A essa situação soma-se a política, em razão da concentração desses recursos em capitais e regiões metropolitanas. O Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) indica uma redefinição desses papéis, mas é ainda incipiente do ponto de vista institucional e político.

A questão dos recursos humanos para a gestão e a operação do sistema necessita de política mais clara de fortalecimento dos quadros institucionais. Desde a contratação dos apoiadores com vínculos terceirizados até a operação de funções estratégicas do SUS por organizações sociais devem ser revistas, sem abandonar as alternativas existentes, mas definindo perfil de quadros públicos e estáveis para a gestão do SUS.

CAPÍTULO 4
AS UNIDADES
DE PRONTO
ATENDIMENTO NO
ESTADO DO RIO
DE JANEIRO

AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

4

LUCIANA DIAS DE LIMA
CRISTIANI VIEIRA MACHADO
GISELE O'DWYER DE OLIVEIRA
TATIANA WARGAS DE FARIA BAPTISTA
CARLA LOURENÇO TAVARES DE ANDRADE
MARIANA TEIXEIRA KONDER
RACHEL GUIMARÃES VIEIRA
JULIANA GAGNO LIMA
STEFÂNIA SANTOS SOARES
RENAN PAES ALVES

4.1 INTRODUÇÃO

De 2007 até o início de 2013, a atenção às urgências ocupou papel de destaque na agenda governamental da saúde no Rio de Janeiro/RJ. A compreensão da ênfase das urgências nas políticas de saúde remete aos aspectos histórico-estruturais e político-institucionais relativos à conformação do estado e da configuração do sistema estadual de saúde. Tais fatores explicam, em parte, os problemas relacionados às limitações de acesso da população, à superlotação das emergências e às dificuldades de integração de serviços sob gestão de diferentes esferas de governo que demarcam a produção dessas políticas.

Do ponto de vista político-conjuntural, destacam-se, na primeira metade dos anos 2000, a baixa prioridade conferida à saúde pelo prefeito da capital e o acirramento das tensões entre governos federal e municipal. Em 2005, evidencia-se a “crise da saúde” no município do Rio, tendo como sinais a sobrecarga das emergências, a precariedade do atendimento municipal e as dificuldades da Prefeitura na gestão das ações e dos serviços de saúde. A partir de 2007, configurou-se forte coalizão político-partidária entre

o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido do Movimento Democrático do Brasileiro (PMDB), envolvendo, respectivamente, os governos federal e estadual, e que, em 2009, passou a incluir o governo municipal. Também como aspecto relevante da conjuntura, ressaltam-se o perfil técnico-político e a trajetória profissional dos atores que participaram do processo decisório e da gestão das políticas.

Nesse contexto, várias iniciativas foram em algum grau implementadas, entre elas: a expansão dos serviços de Atenção Básica, as estratégias e os instrumentos de articulação da rede de serviços e o investimento e a qualificação das emergências hospitalares. Todavia, a expansão da atenção pré-hospitalar às urgências por meio das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h foi a que recebeu maior impulso, com atuação mais expressiva do governo do estado. O estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na implantação das UPAs no país (a partir de maio de 2007) e, em janeiro de 2013, reunia o maior número de unidades implantadas (61 UPAs), das quais cerca de 50% localizavam-se na capital.

As razões para isso também são diversas e incluem: a previsão desse serviço na Política Nacional de Atenção às Urgências como unidade de atenção pré-hospitalar fixa (KONDER, 2013); a situação de baixa governabilidade da SES sobre a Atenção Básica (descentralizada para os municípios) e sobre as emergências hospitalares (em sua maioria, geridas por outras esferas de governo ou por agentes privados); a existência de alternativa técnica (as estruturas modulares dos contêineres) para rápida implantação das unidades; o perfil, a trajetória profissional e a experiência acumulada pela equipe dirigente e técnica que participou do processo decisório e da gestão das UPAs (particularmente, o perfil e a trajetória do secretário de Estado de Saúde e a experiência do Corpo de Bombeiros do RJ que, desde 1986, atuava na atenção pré-hospitalar móvel às urgências); as expectativas do governador; e a visibilidade política dessa estratégia.

Na trajetória de implantação das UPAs, no período de 2007 até o início de 2013, percebem-se continuidades e mudanças, sendo possível a identificação de quatro momentos principais da política que apresentam diferenças quanto: à coalizão político-governamental de sustentação da proposta, à dinâmica das relações intergovernamentais no processo de implantação, à direcionalidade (condução, propósito e desenho) e institucionalidade (normas, incentivos e aspectos organizacionais) da política e ao número e localização (município e região) das UPAs implantadas.

No primeiro momento, entre 2007 e 2008, houve a introdução e a expansão dessas unidades geridas pelo governo estadual na região metropolitana, com predominância do Executivo estadual na condução da política no estado. A política voltou-se predominantemente para a capital e a Baixada Fluminense, visando suprir os “vazios assistenciais” e diminuir a demanda das emergências, com o estado assumindo a gestão das UPAs.

No segundo momento, entre 2009 e 2010, houve processo de interiorização, com expansão da implantação das UPAs em outras regiões do estado. A tendência de municipalização, com implantação de UPAs sob iniciativa da capital e geridas por Organizações Sociais (OS), e esforços de regionalização conduzidos pela Secretaria de Estado de Saúde em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) também foram evidenciados nesse período. A condução da política no estado apresentou maior equilíbrio entre o Executivo federal e estadual, além de parceria envolvendo o governo do estado e da capital.

No terceiro momento, entre 2011 e 2012, ocorreu um reforço na implantação das UPAs na região metropolitana, além de iniciativas de constituição da Rede de Atenção às Urgências (RAU). O equilíbrio entre o Executivo federal e estadual na condução da política no estado mantém-se e a parceria estado/capital conta com a atuação mais expressiva da secretaria de saúde da Prefeitura do Rio na condução da política no município.

Na virada de 2012 para 2013, verifica-se a transição para um quarto momento, marcado por estagnação do processo de implantação das UPAs e transferência da gestão das unidades estaduais da Administração Direta para OS. A condução da política no estado, nesse período, caracterizou-se por maior equilíbrio entre as três esferas governamentais. Quanto à parceria estado/capital, estabeleceu-se uma predominância da secretaria municipal na condução da política no município do Rio, com maior influência da política municipal sobre a estadual.

Este capítulo aborda os resultados da pesquisa de avaliação das UPAs no RJ que procurou identificar os condicionantes (facilitadores e entraves) da implantação e do funcionamento desses serviços no estado. A abordagem adotada, de natureza eminentemente qualitativa, envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas com dirigentes das secretarias estaduais e municipais de saúde, entrevistas estruturadas (aplicação de questionários) com coordenadores e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) das UPAs, análise de informações documentais e dados secundários.

No estado do Rio de Janeiro, optou-se pela definição de critério amostral para seleção das UPAs a serem investigadas. Foram selecionadas 19 UPAs distribuídas por 10 municípios (Tabela 1) – a capital, quatro municípios situados no entorno metropolitano (Duque de Caxias, Queimados, Nova Iguaçu e Niterói¹) e cinco municípios situados nas regiões do interior (Volta Redonda, Três Rios, Araruama, Nova Friburgo e Campos dos Goytacazes²) – do total existente em 2011.

TABELA 1 **Número de Unidades de Pronto Atendimento selecionadas, segundo critério amostral no estado do Rio de Janeiro**

UPA	N.	AMOSTRA
Município do Rio de Janeiro	22	10
Municípios do entorno metropolitano	9	4
Municípios de regiões do interior do estado	11	5
Total	42	19

Para o cálculo do tamanho da amostra, foram considerados os seguintes parâmetros: valor da abscissa da tabela da distribuição Normal de 90% (bilateral) de 1,645, proporção (UPAs existentes no estado do Rio de Janeiro) de 0,5 e erro amostral de 15%. O critério de seleção da amostra foi do tipo proporcional ao tamanho nos estratos previamente definidos. A seleção das UPAs foi realizada pela amostragem sistemática em cada estrato.

O trabalho de campo foi desenvolvido entre novembro de 2012 e janeiro de 2013, após identificação dos dirigentes da secretaria estadual e municipais de saúde, localização e contatos com os coordenadores das 19 UPAs selecionadas por meio de critério amostral. Os gestores ocupavam cargos de Direção, Coordenação e/ou Chefia relativas às funções definidas para os entrevistados³ no momento do trabalho de campo: Secretário de Saúde,

1 Na pesquisa, adotou-se o termo entorno metropolitano para seleção dos municípios situados em zona de influência da metrópole: a capital do RJ.

2 Esses municípios situam-se, respectivamente, nas regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul, Baixada Litorânea, Serrana e Norte Fluminense.

3 Adotou-se a orientação geral da pesquisa para seleção dos dirigentes a serem entrevistados nas secretarias de saúde.

Coordenador de Atenção Básica, Coordenador da Rede de Atenção às Urgências/UPA, Coordenador de Regulação, Coordenador Hospitalar. Além dessas, foram realizadas outras entrevistas com atores que ocupavam papel estratégico ou reuniam informações importantes sobre as UPAs no caso do RJ.

As entrevistas envolveram visita por dupla de pesquisadores (um pesquisador permanente e um auxiliar de pesquisa de campo) às UPAs e secretarias de saúde. No total, foram realizadas 118 entrevistas, sendo 42 semiestruturadas e 76 com base em questionários, incluindo 19 coordenadores, 38 médicos e 19 enfermeiros que atuavam nas 19 UPAs investigadas. Desse montante, 112 foram inseridas nas bases de dados primários da pesquisa.

O capítulo está estruturado da forma a seguir. Inicialmente, apresentam-se aspectos da conformação do estado e do sistema estadual de saúde. Segue-se a caracterização geral das UPAs implantadas no RJ, considerando as seguintes categorias: perfil e localização das unidades; porte, infraestrutura e gestão da força de trabalho; perfil e inserção dos profissionais (coordenadores, médicos e enfermeiros); assistência prestada e coordenação dos cuidados. Por fim, na seção final, identificam-se os principais condicionantes da implantação e do modo de funcionamento das UPAs no estado.

4.2 O CONTEXTO ESTADUAL DE IMPLANTAÇÃO DAS UPAS NO RJ

O Rio de Janeiro possui papel de destaque na história de conformação do Estado brasileiro.⁴ Entretanto, nos limites político-administrativos definidos na atualidade, pode-se dizer que o RJ é um estado recente. Sua configuração atual deu-se em 1975 com a fusão do estado da Guanabara (anteriormente capital do Império, entre 1834 a 1888, e Distrito Federal da República, de 1889 a 1960) e o antigo estado do Rio de Janeiro.⁵ Nesse processo, a Guanabara transformou-se em município e capital do novo estado.

⁴ O estado do RJ possui importância ímpar no contexto nacional, definindo-se com sólidas tradições políticas e culturais associadas ao sentido de “capitalidade” que demarca a constituição histórica do município do Rio (LESSA, 2005). Soma-se a isso o processo de desenvolvimento de uma das três maiores economias do país, que se manteve importante mesmo após a crise dos anos 1980 (NATAL, 2005). Para mais detalhes sobre a conformação histórica do estado do RJ, ver também Davidovich (2000, 2001).

⁵ A fusão deu-se durante o governo do presidente Geisel, por meio da Lei Complementar n. 20, de 1º/7/1974, concretizada em 15/3/1975, quando tomou posse seu primeiro governador, Floriano Peixoto Faria Lima (Arena). Por meio dessa medida, reconstituiu-se a unidade territorial existente em 1834, na então Província do Rio de Janeiro, oriunda das capitânicas criadas nos primeiros tempos da colonização portuguesa (FUNDAÇÃO CEPERJ, 2014).

No último censo demográfico de 2010, sua população era de 15.989.929 habitantes (IBGE, 2014). Embora o RJ seja o terceiro estado mais populoso do Brasil (correspondendo a 8,4% do total), sua área geográfica equivale a 4,7% da região Sudeste e a apenas 0,5% do território nacional, o que resulta na maior densidade demográfica entre os estados existentes (366 habitantes por km²).

Destaca-se o alto grau de urbanização que marca a trajetória demográfica e a evolução da estrutura econômica do RJ, em razão da pressão relativamente maior por serviços se comparado a outros estados (PINHEIRO e VELOSO, 2012). Em 1940, o RJ tinha pouco mais de 60% da sua população vivendo em ambiente urbano, fato só atingido pelo Brasil na década de 1960. Atualmente, o estado ainda apresenta a maior taxa de urbanização do país (cerca de 97%), dos quais 74% de sua população reside em área metropolitana, de intensa mobilidade populacional.

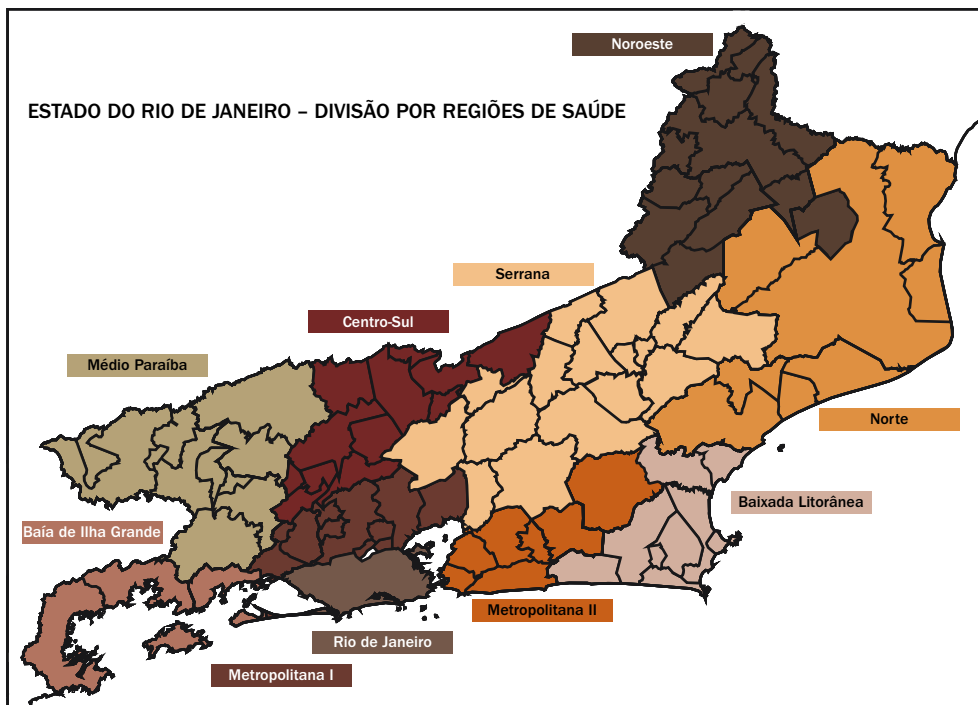
Entretanto, o acelerado crescimento urbano do estado não foi adequadamente acompanhado por investimentos em infraestrutura, o que acabou por se refletir no déficit de espaço para habitação nas cidades de maior porte, ocasionando o crescimento das favelas, a degradação do meio ambiente e a distribuição desigual de serviços (incluindo os transportes) com aumento da criminalidade. A urbanização também se reflete nas principais causas de mortalidade no estado que, em 2008, estavam relacionadas às doenças do aparelho circulatório, às neoplasias e às causas externas.

O RJ divide-se em 92 municípios, 60% deles com menos de 50 mil habitantes, reunidos em oito regiões de governo (FUNDAÇÃO CEPERJ, 2014).⁶ O Plano Diretor de Regionalização, por sua vez, divide o estado em nove regiões de saúde (ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2001), utilizando-se a mesma divisão administrativa com algumas adaptações: Metropolitana I, Metropolitana II, Serrana, Norte, Noroeste, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba e Baía de Ilha Grande.

⁶ A origem dos municípios no RJ deu-se nos primeiros séculos da colonização por meio da instalação de vilas localizadas predominantemente no litoral, de onde se controlaram vastas áreas do interior. Posteriormente, por processos de conquistas e ocupação, extensas áreas territoriais foram incorporadas às suas jurisdições locais. As Vilas de Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Angra dos Reis, Rio de Janeiro e Resende foram as principais sedes de áreas territoriais que ao longo do tempo desmembraram-se, originando os atuais municípios fluminenses. O mais novo município criado no RJ é Mesquita, instalado em 1º de janeiro de 2001.

O mapa a seguir apresenta as nove regiões de saúde existentes, destacando-se o município do RJ como capital do estado (Figura 1).

FIGURA 1 **Regiões de saúde e capital do estado do Rio de Janeiro – Brasil, 2013**



FONTE: KUSCHNIR ET AL., 2009.

A Tabela 2 sistematiza a composição e as principais características populacionais de cada região.

TABELA 2 **Informações populacionais, segundo regiões do estado do Rio de Janeiro – Brasil, 2010**

REGIÕES	POPULAÇÃO		N. MUNI- CÍPIOS DA REGIÃO	PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS MUNICÍPIOS COM MAIOR NÚMERO DE HABITANTES
	N	%		
Baía de Ilha Grande	243.500	1,52	3	Angra dos Reis 69,6% (169.511 hab.)
Baixada Litorânea	679.493	4,25	9	Cabo Frio 27,4% (186.227 hab.)
Centro-Sul	319.351	2,00	11	Três Rios 24,2% (77.432 hab.)
Médio Paraíba	855.193	5,35	12	Volta Redonda 30% (257.803 hab.)
Metropolitana I	9.873.610	61,75	12	Rio de Janeiro (capital) 64% (6.320.446) Duque de Caxias 8,6% (855.048 hab.)
Metropolitana II	1.940.391	12,14	7	São Gonçalo 51,5% (999.728 hab.)
Noroeste	330.093	2,06	14	Itaperuna 29% (95.841 hab.)
Norte	836.915	5,23	8	Campos dos Goytacazes 55,4% (463.731 hab.)
Serrana	911.383	5,70	16	Petrópolis 32,4% (295.917 hab.)
Estado do RJ	15.989.929	100,00	92	—

FONTE: IBGE, 2010.

Se comparado a períodos anteriores (anos 1990 e início da década de 2000), em termos socioeconômicos, verifica-se, em 2010, melhoria expressiva do rendimento médio per capita das famílias com redução das desigualdades entre as regiões. O Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Rio de Janeiro apresentou crescimento real de 2,0%, maior que a média da

região Sudeste, e manteve-se como a segunda maior economia brasileira em 2009, precedida apenas pelo estado de São Paulo.

As melhorias no estado seguem a tendência geral do Brasil de redução da pobreza e de desigualdades em razão de fatores diversos (aumento do salário mínimo, políticas de transferência de renda e ampliação de benefícios previdenciários). Contribuíram, ainda, para as alterações observadas, a conformação de novos polos de desenvolvimento regional no estado, que se expressam na consolidação da indústria de extração de petróleo e gás natural na região Norte, na conformação do complexo petroquímico (Comperj) na região Metropolitana II e na expansão da indústria automobilística no Médio Paraíba (PINHEIRO e VELOSO, 2012).

As desigualdades e a diversidade demográfica e socioeconômica no RJ trazem desafios para a configuração de redes regionais de atenção às urgências, adaptadas às dinâmicas territoriais específicas de cada região. Por sua vez, a fusão e a conformação do estado em 1975 repercutiram de modo significativo nas condições socioeconômicas e político-institucionais do RJ. Uma primeira consequência da fusão foi a necessidade de incorporação do grande contingente populacional que residia na Baixada Fluminense aos benefícios da infraestrutura urbana consolidada na capital.⁷

Na saúde, em particular, Parada (2001) destaca os desdobramentos da junção de “um estado forte com um estado fraco” para a política estadual de saúde: as dificuldades encontradas pelo novo estado para desenvolver as ações de saúde sob sua responsabilidade;⁸ o acirramento dos conflitos federativos que tornou complexa a relação da capital com o estado e outros municípios. De acordo com Gerschman (2010), a fusão não conduziu à integração e as disputas geradas entre o estado e a capital enfraquecem a atuação político-governamental das duas instâncias administrativas.

7 Como cidade-estado, a Guanabara beneficiou-se da arrecadação de tributos estaduais e municipais e implementou políticas de desenvolvimento que contemplavam apenas as áreas contidas na cidade. Nesse mesmo período, no interior e na região da Baixa Fluminense os investimentos ficaram comprometidos em função da separação entre os dois entes governamentais que constituíam a economia fluminense.

8 A fusão determinou a formação de uma Secretaria de Estado de Saúde que herdou visões e culturas institucionais do período anterior não necessariamente adequadas às suas novas funções (PARADA, 2001).

Vale mencionar, ainda, a transferência de hospitais localizados no estado da Guanabara para a Secretaria Estadual de Saúde do novo estado do Rio de Janeiro, como fruto de negociações do grupo de trabalho pré-fusão, explicando a existência até os dias de hoje de número expressivo de hospitais estaduais na capital. A trajetória do Rio também explica a grande concentração de serviços públicos federais em seu território, entre os quais as unidades de assistência médica, originalmente vinculadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões no âmbito da Previdência Social e as diretamente ligadas ao Ministério da Saúde.⁹

Esses fatos resultaram para a configuração do sistema de saúde no estado: (a) grande peso de serviços públicos hospitalares concentrados na capital (a maior rede hospitalar pública do país); (b) multiplicidade de comandos e dificuldades de integração entre serviços federais, estaduais e municipais; e (c) forte dependência dos municípios metropolitanos, particularmente, aqueles situados na Baixada Fluminense, aos serviços existentes no município do Rio.

Apesar do número expressivo de hospitais, estudos demonstram que o estado apresenta desigualdades regionais na distribuição e na utilização de leitos (KUSCHNIR *et al.*, 2010; VIANNA, 2012). Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2011, o estado possuía 1,9 leito destinado ao SUS por 1.000 habitantes, valores estes abaixo do parâmetro de programação estipulado por regulamentação nacional (2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes), sendo que a distribuição regional de leitos apresentava o seguinte comportamento: as regiões Centro-Sul e Noroeste apresentavam valores acima da média estadual e dos parâmetros recomendados; as regiões da Baixada Litorânea e da Baía de Ilha Grande tinham situação oposta, o que se justifica por não haver hospitais especializados nessas regiões; já a região Metropolitana I que concentra a maior parte da população do estado apresentava situação de carência de leitos SUS.

⁹ Na década de 1970, o estado da Guanabara contava com importante aparato de serviços públicos de saúde, compreendendo serviços ambulatoriais e de internação de vinculação federal (ligados ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Previdência), várias unidades próprias do estado (ambulatoriais e hospitalares, incluindo unidades de emergência), hospitais universitários, hospitais militares, hospitais destinados aos servidores públicos federais e estaduais. Observa-se, também nessa época, uma expansão da rede de serviços privados contratados e conveniados pela Previdência para a prestação de assistência médica (NORONHA, MACHADO E LIMA, 2003).

Em relação aos planos privados de assistência médica, os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sugerem aumento de cobertura entre 2000 a 2011, que atingiu cerca de 36% no fim desse período. O estado contava com aproximadamente 50 mil médicos distribuídos desigualmente entre suas regiões em 2011. A concentração tendia a ser maior nos polos econômicos e nos grandes centros populacionais, nos quais havia maior oferta de serviços de saúde e, conseqüentemente, maior oferta de trabalho.

Um último aspecto a ser destacado nessa breve caracterização do sistema estadual de saúde diz respeito à situação de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2011, a cobertura estimada da ESF no RJ pelo Ministério da Saúde era de 28,45%. À época, a capital apresentava um dos percentuais mais baixos do estado (13,93%), acontecendo o mesmo com a região Norte (18,53%). As regiões com maior cobertura eram a Centro-Sul (83,95%) e a Noroeste (71,76%).

4.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS UPAS IMPLANTADAS

4.3.1 PERFIL E LOCALIZAÇÃO

A amostra selecionada no estudo expressa o perfil diversificado de UPAs existentes no estado do RJ, no que se refere à sua localização geográfica, à data de inauguração e à modalidade de gestão (Quadro 1).

QUADRO 1 **Relação e perfil das Unidades de Pronto Atendimento estudadas no estado do Rio de Janeiro, segundo localização, data de inauguração e modalidade de gestão**

n. 28
Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

UPA	LOCALIZAÇÃO	INAUGURAÇÃO	MODALIDADE DE GESTÃO
Município do Rio de Janeiro			
1	Zona Norte, na comunidade, em rua pequena, próxima à via de intensa circulação.	maio – 7	Estadual, administração direta, em transição para OS.
2	Zona Norte, em avenida de intensa circulação, em direção à Baixada.	jul. – 7	Estadual, administração direta, em transição para OS.
3	Zona Oeste, fora de avenida central, próxima à estação de trem.	dez. – 7	Estadual, administração direta, em transição para OS.
4	Zona Norte, em avenida e praça de intensa circulação.	maio – 8	Estadual, administração direta, em transição para OS.
5	Zona Oeste, em uma das avenidas principais.	out. – 8	Estadual, administração direta (receberão profissionais de outras UPAs).
6	Zona Oeste, junto à comunidade, próxima à avenida de grande circulação e praça.	dez. – 9	Municipal, gerida por OS.
7	Zona Norte, na comunidade, em rua movimentada. Junto à Clínica da Família e Caps.	abr. – 10	Municipal (iniciativa estadual), gerida por OS.
8	Zona Oeste, junto à comunidade, em avenida central, próxima à praça.	maio – 10	Municipal, gerida por OS.
9	Zona Sul, ao lado do metrô, em avenida de intensa circulação.	ago. – 10	Estadual, administração direta, em transição para OS.
10	Zona Norte, em avenida e praça de intensa circulação.	set. – 10	Municipal, gerida por OS.

UPA	LOCALIZAÇÃO	INAUGURAÇÃO	MODALIDADE DE GESTÃO
Municípios do entorno metropolitano			
11	Local de fácil acesso, com grande contingente populacional e carência de serviços.	jul. – 8	Estadual, administração direta.
12	Local isolado, distante do centro, abrange população significativa do município.	ago. – 8	Estadual, gerida por OS.
13	Localizada no centro, em local de fácil acesso.	dez. – 9	Estadual (desde 2012), gerida por OS.
14	Local central, de fácil acesso.	jun. – 10	Estadual (desde outubro de 2010), administração direta, em transição para OS.
Municípios das regiões do interior			
15	Localizada em lugar de maior visibilidade política, acesso restrito.	maio – 9	Municipal (iniciativa estadual), administração direta.
16	Local de fácil acesso, próximo ao SAMU e à via de intensa circulação.	dez. – 9	Municipal (iniciativa estadual), administração direta.
17	Entrada do município, local de fácil acesso, próxima à via de intensa circulação, situada ao lado do prédio da SMS.	maio – 10	Municipal (iniciativa estadual), administração direta.
18	Localizada em avenida central do município, dificuldade de acesso para a população residente na área rural do município.	jun. – 10	Municipal (iniciativa estadual), administração direta, em transição para OS.
19	Local de fácil acesso, próxima à via de intensa circulação e ao Hospital de traumatologia-ortopedia.	jul. – 10	Estadual, administração direta, em transição para OS.

Destaca-se que a estrutura de atenção às urgências no município do Rio, que em janeiro de 2013 agregava o maior número de UPAs do estado, incluía número expressivo de serviços, ligados às diferentes esferas de governo, com modalidades variadas de atendimento e limitada integração entre si (Figura 2).

FIGURA 2 **Principais unidades de atenção às urgências em funcionamento no município em janeiro de 2013.**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)



Pré-hospitalar móvel

- SAMU - gestão estadual - Bombeiros/Defesa Civil.
- Ambulâncias geridas pelo município - remoção entre serviços municipais



Pré-hospitalar fixo

- UPAs estaduais - 17.
- UPAs municipais - 14.
- CER - Centros de Emergência Regionais - 5 (centro-Souza Aguiar, Leblon-Miguel Couto; Barra-Lourenço Jorge; Santa Cruz-Pedro II; Ilha-Evandro Freire).



Emergência hospitalar

- Hospitais municipais de emergência - 5 (Souza Aguiar, Miguel Couto, Lourenço Jorge, Salgado Filho, Pedro II);
- Hospitais estaduais com emergência - 4 (Getúlio Vargas, Rocha Faria, Albert Schweitzer, Carlos Chagas);
- Hospitais federais com emergência (Andaraí, Bonsucesso e Cardoso Fontes).

Considerando as possíveis portas de entrada para atenção às urgências, pode-se assinalar que:

- As unidades de atenção básica – Clínicas da Família e centros de saúde –, de natureza municipal, tinham atuação limitada no atendimento às urgências, que em geral eram redirecionadas para outros tipos de unidades. Tal questão foi reportada como problema por alguns entrevistados.
- O componente pré-hospitalar móvel – caracterizado pelo SAMU (central e ambulâncias) sob gestão estadual e responsabilidade dos bombeiros (subordinados à Sesdec de 2007 a 2011; e à Secretaria de Defesa Civil, a partir de 2011); e pela operação de ambulâncias sob gestão municipal (serviço terceirizado), que faziam principalmente o transporte de pacientes entre as UPAs e os hospitais municipais. Não havia integração entre esses dois tipos de serviços.
- O componente de atendimento pré-hospitalar fixo – representado por:

a. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) – total de 31, sendo 17 sob gestão estadual e 14 sob gestão municipal (destas, três eram estaduais e foram municipalizadas). A maior parte das UPAs estaduais era mais antiga (inauguradas entre 2007 e 2009), enquanto as municipais foram inauguradas a partir de 2010, estando todas sob gestão de OS.

b. Centros de Emergência Regional (CERs) – total de cinco. Estruturas anexas a grandes hospitais de emergência, criadas com o propósito de desafogar a emergência hospitalar e regular a entrada e o atendimento às urgências nas regiões (essa função regulatória regional ainda não foi efetivada). Os CERs em funcionamento eram: Centro (ao lado do Hospital Municipal Souza Aguiar), Leblon (ao lado do Hospital Municipal Miguel Couto), Barra (ao lado do Hospital Municipal Lourenço Jorge), Santa Cruz (ao lado do Hospital Municipal Pedro II), Ilha (ao lado do Hospital Municipal Evandro Freire). Existia a proposta de se abrir um CER no Méier, ligado ao Hospital Municipal Salgado Filho, porém ainda sem previsão de inauguração. As características físicas do CER assemelhavam-se às da UPA, porém com maior estrutura e número de leitos para atendimento a casos graves. A gerência era feita por OS, devendo o CER ser porta de entrada e manter relação próxima ao hospital, até mesmo para o uso de recursos.

• Hospitais com serviços de emergência abertos à população: distribuídos por toda a cidade, responsáveis por número expressivo de atendimentos, sendo comum a superlotação, os problemas de qualidade, a resolubilidade e a integração com demais serviços da rede.

a. Hospitais municipais (cinco): Souza Aguiar, Miguel Couto, Lourenço Jorge, Salgado Filho, Pedro II;

b. Hospitais estaduais (quatro): Getúlio Vargas, Rocha Faria, Albert Schweitzer, Carlos Chagas;

c. Hospitais federais (três): Andaraí, Bonsucesso e Cardoso Fontes.

4.3.2 PORTE, INFRAESTRUTURA E GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Até janeiro de 2013, 57,9% das UPAs implantadas eram de porte III e 42,1% de porte II, e nenhuma de porte I. A população da área de abrangência foi superior a 100 mil habitantes na maioria das unidades investigadas (83,3%), o que é compatível com o porte e a localização das UPAs no esta-

do. Mesmo não existindo UPA de porte I no RJ, três coordenadores (16,7%) referiram área de abrangência de até 100 mil habitantes. Por outro lado, a população era maior que 300 mil habitantes em sete unidades (38,9%).

De acordo com os coordenadores, todas as UPAs apresentavam número expressivo de atendimentos médicos diários, dos quais 79% dos casos superavam 300 atendimentos. Nos casos remanescentes, o número de atendimentos variou entre 200 e 300. De modo compatível com o número de atendimentos diários, cerca de 78% das UPAs apresentavam de cinco a nove médicos por plantão de 24 horas.

Em relação à estrutura, cerca de 73% das UPAs investigadas apresentavam 15 leitos de observação ou mais por unidade. Em todas as UPAs, foi indicada a oferta de radiologia, eletrocardiograma e de laboratório de análises clínicas.

No que tange ao perfil dos profissionais atuantes nas UPAs, predominaram os técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos clínicos gerais e pediatras, odontólogos e assistentes sociais (Tabela 3), sendo o número de profissionais considerados suficientes para a maior parte dos coordenadores.

TABELA 3 **Número de profissionais atuantes nas Unidades de Pronto Atendimento do estado do Rio de Janeiro, segundo coordenadores – Brasil, 2012-2013**

PROFISSIONAIS	MÍNIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÁXIMO
Técnico de Enfermagem	0	56	19	78
Enfermeiro	6	27	11	50
Odontólogo	0	7	2	9
Assistente Social	1	7	1	8
Médico Clínico Geral	0	35	18	84
Médico Pediatra	0	17	11	42

Segundo os coordenadores, 73,7% dos profissionais que atuavam nas UPAs tinham vínculos formais regidos pela Consolidação das Leis do

Trabalho (regime CLT) (Tabela 4), sendo as Organizações Sociais (OS) os principais contratantes diretos dos profissionais (57,9%).

TABELA 4 Modalidade de contratação predominante dos profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Pronto Atendimento do estado do Rio de Janeiro, segundo coordenadores – Brasil, 2012-2013

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	N.	%
Estatutário	1	5,3
Celetista	14	73,7
Contrato por regime especial temporário	1	5,3
Recibo de Pagamento Autônomo (RPA)	1	5,3
Bolsa	0	0,0
Outro	2	10,5
Total	19	100,0

No entanto, os coordenadores relataram dificuldades de contratação de profissionais de saúde (68,4%), principalmente de médicos com especialidade em pediatria e clínica geral. A maior parte dos médicos (73,7%) foi selecionada por meio de entrevistas e análises de currículo. O recurso à prova escrita e prática foi residual, respectivamente, 10,5% e 5,3%, e três coordenadores mencionaram ainda não haver processo de seleção formal para contratação desses profissionais. Diferentemente, no caso dos enfermeiros, os mecanismos utilizados para contratação, segundo os coordenadores, foram mais diversificados, envolvendo provas escritas (63,2%) e práticas (52,6%). Os mecanismos para seleção e contratação dos profissionais de saúde seguiram orientações estabelecidas pelo contratante em cerca de 68,4% das unidades. Foi mencionado curso de capacitação para médicos (73,7%) e enfermeiros (63,2%) pela maior parte dos coordenadores.

4.3.3 PERFIL E INSERÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Nos cargos de coordenação das unidades de pronto atendimento, observou-se predominância do sexo masculino (63,2%) e de profissionais

de faixas etárias intermediárias. No momento da pesquisa, mais da metade dos coordenadores entrevistados tinha menos de 40 anos (52,6%) e 42,1% estavam na faixa etária de 41 a 50 anos.

Quanto à formação na graduação, houve predomínio marcante de médicos (mais de 80%). Na amostra da pesquisa, além dos médicos, registraram-se apenas dois dentistas e um enfermeiro exercendo o cargo de coordenador de UPA. Observou-se que mais de 60% dos coordenadores são formados por instituições privadas do estado do RJ. Quanto à pós-graduação, a maioria dos coordenadores fez ao menos um curso *lato sensu* (de especialização ou residência), a maioria de perfil clínico, e três relataram cursos de gestão em saúde. Nenhum coordenador relatou a realização de pós-graduação *Stricto Sensu*. Ressalte-se, ainda, que 78,9% tinham realizado algum curso de capacitação com enfoque em urgência e emergência, com destaque para formação em *advanced trauma life support* (ATLS).

No que concerne à experiência profissional, 57,9% atuava na UPA em questão há mais de dois anos. Além disso, apresentavam alguma experiência profissional prévia em atenção às urgências/emergências: 84,2% em emergências hospitalares; 47,4% em outras UPAs; 26,3% em outras unidades de atenção às urgências; e 21,1% no SAMU.

No que diz respeito à inserção profissional na UPA, o vínculo profissional de grande parte dos coordenadores (73,7%) era CLT, seguido dos estatutários (26,3%), em sua maioria bombeiros. Entre os celetistas, destacou-se a contratação por meio de Organizações Sociais de Saúde.

A carga horária cumprida pela maioria dos coordenadores era de 40 horas semanais (52,6%), por meio de rotina diurna de trabalho. Por esse trabalho, a remuneração bruta variava conforme carga horária. Contudo, mais da metade dos coordenadores recebia salários acima de R\$ 8.000,00 e um quarto recebia mais de R\$ 10.000,00. A maioria dos coordenadores tinha alguma outra fonte de remuneração, de forma que o salário recebido pelo trabalho na UPA para 47,4% representava menos da metade de sua remuneração bruta total. Ressalte-se ainda que 52,6% relataram não receber gratificação e/ou incentivo específico pelo cargo de coordenador.

Segundo os entrevistados, os principais mecanismos de seleção utilizados para a sua contratação como coordenador da UPA foram a indicação para o cargo (57,9%) – em razão da experiência prévia na área ou do trabalho

desenvolvido na própria UPA – e a análise de currículos (36,8%). Apenas os bombeiros haviam realizado concurso público mais sistemático, com inclusão de prova escrita e prática.

Quanto ao perfil dos médicos entrevistados, verificou-se a predominância do sexo feminino (55,3%), sendo que 47,4% tinham entre 20 e 30 anos e 36,8% entre 31 e 40 anos. Mais de 70% desses profissionais formaram-se em instituições de ensino privadas. Observou-se que 21,1% eram recém-graduados, ou seja, haviam concluído a graduação há menos de um ano, 34,2% apresentavam menos de dois anos de formados e 55,2% haviam se formado nos últimos cinco anos.

Ressalte-se que 42,1% dos médicos não apresentavam especialização nem residência médica concluída no momento da entrevista. Entre os que possuíam, houve grande variedade de especialidades, sendo as mais comuns: pediatria (cinco profissionais), cardiologia (cinco), clínica médica/medicina interna (quatro) e cirurgia (três). Outras especialidades relatadas foram: ginecologia e pneumologia (dois casos cada); alergologia, dermatologia, psiquiatria, homeopatia, otorrino, proctologia, medicina ortomolecular, medicina do trabalho e saúde da família (com um caso cada). Apenas dois médicos haviam concluído pós-graduação *Stricto Sensu* na modalidade mestrado acadêmico ou doutorado.

Em relação à experiência dos profissionais nas UPAs visitadas, identificou-se distribuição mais homogênea, com 34,2% dos médicos atuando nas unidades há mais de dois anos, 39,5% atuando entre sete e 24 meses e 26,3% há menos de seis meses.

Quanto ao vínculo trabalhista, mais da metade dos médicos (57,9%) possuíam vínculo regido pela CLT e menos de um quarto eram estatutários (21,1%). Foram identificados, ainda, contratos temporários (13,2%) e mesmo situações de pagamento por recibo de pagamento autônomo.

Confirmando as informações fornecidas pelos coordenadores, os empregadores/contratantes diretos mais frequentemente citados foram as OS (52,6%). Observou-se a presença de médicos militares, estatutários, contratados pela Defesa Civil (21,1%). Vale ressaltar, no entanto, que no momento da pesquisa as UPAs estaduais estavam passando por um momento de transição, com a redução progressiva do número de bombeiros, o término de convênios estabelecidos com algumas organizações e a entrada de novas OS como gestoras das unidades.

Segundo 40% dos médicos entrevistados, o processo seletivo para seu ingresso na UPA foi feito por meio da análise de currículos e entrevistas, de forma simplificada. Somente os bombeiros estatutários realizaram concurso público, que envolveu prova escrita e prática, além de outras avaliações. Houve ainda vários relatos de contratação por indicação de colegas e seis médicos afirmaram não terem sido submetidos a nenhum processo seletivo. A maioria dos profissionais (63,2%) tinha regime de contratação de 24 horas semanais, realizados em esquemas de plantões (um de 24 horas ou dois de 12 horas).

A faixa de remuneração de 65,8% dos médicos entrevistados variava de R\$ 4.000,00 a R\$ 8.000,00, sendo que 15,8% recebiam mais que R\$ 8.000,00 e 18,4% menos que R\$ 4.000,00. Para a maior parte desses profissionais (51,4%), no entanto, a remuneração recebida na UPA representava até metade de sua remuneração bruta total (Tabela 5).

TABELA 5 **Distribuição dos médicos entrevistados, segundo proporção que a remuneração recebida pelo trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento do estado do Rio de Janeiro representava na sua remuneração bruta total – Brasil, 2012-2013**

PROPORÇÃO DA REMUNERAÇÃO	N	%
Até 25%	7	18,9
Mais de 25% até 50%	19	51,4
Mais de 50% até 75%	6	16,2
Mais de 75% até 100%	5	13,5
Total	37	100,0

A maior parte dos médicos relatou experiência profissional prévia em atendimento de urgência e emergência, principalmente em emergências hospitalares (57,9%), mas também em outras UPAs ou serviço de pronto atendimento, 18,4% cada. Apenas 5,3% referiram experiência prévia em SAMU. Quase 80% dos profissionais relataram ter realizado algum curso com enfoque em atenção às urgências e emergências hospitalares após a conclusão

do curso de graduação em Medicina, a maior parte deles apenas após a contratação nas unidades de pronto atendimento. Contudo, mais de 20% dos médicos entrevistados nunca tiveram nenhum tipo de capacitação em urgências após a graduação. Ainda assim, a maior parte desses médicos considerava sua formação e experiência sempre ou frequentemente satisfatória para a sua atuação nas UPAs.

Quando indagados sobre os fatores que os motivaram a trabalhar nas UPAs, os médicos destacaram, principalmente: a facilidade em trabalhar próximo ao domicílio (39,5%), a boa remuneração (31,6%), a oportunidade de primeiro emprego, o ganho de experiência profissional e a afinidade com o trabalho em urgências (cada um dos últimos foi citado por 26,3% dos profissionais). No entanto, 63,2% dos médicos consideravam a UPA como um emprego por tempo determinado, seja porque planejavam realizar residência ou especialização, seja pela insegurança gerada pelas mudanças de gestão relacionadas à entrada das OS.

Quanto aos enfermeiros entrevistados, a maioria era do sexo feminino (84,2%) e situava-se na faixa etária entre 20 e 30 anos (63,2%). Quase 80% desses enfermeiros fizeram a graduação em instituições privadas de ensino do estado do RJ, com conclusão do curso em anos variados, entre 2004 e 2011. Quanto à pós-graduação, 57,9% ainda não tinham realizado nenhuma especialização ou residência. Entre os oito que fizeram, foram citadas especializações em cardiologia, acreditação hospitalar e saúde da família. Nenhum enfermeiro tinha realizado algum curso de pós-graduação *Stricto Sensu*.

A maioria dos enfermeiros (63,2%) relatou exercer suas atividades há mais de dois anos nas UPAs, 31,6% atuavam de 7 e 24 meses e apenas 5,3% há menos de seis meses. A forma de vínculo mais frequente (47,4%) foi o contrato regido pela CLT, estabelecido em grande parte por OS.

No que se refere aos mecanismos utilizados no processo seletivo dos enfermeiros para contratação na UPA, os mais citados foram: prova escrita (57,9% dos casos), análise de currículo (47,4%) e entrevista (36,8%). Apenas 5,3% não foram submetidos a qualquer processo seletivo.

O regime contratual estabelecido para os enfermeiros era de plantão ou rotina diurna. A carga horária dos entrevistados variou de 40 horas semanais (42,1%) e esquemas de plantões de 24 horas até 36 horas por semana.

A remuneração dos enfermeiros variou de acordo com a carga horária, predominando salários de R\$ 2 mil (42,1%) ou entre R\$ 2 mil e R\$ 4 mil (42,1%). Para 57,9% dos enfermeiros, a remuneração recebida nas UPAs representava mais da metade de sua remuneração bruta total (Tabela 6).

TABELA 6 **Distribuição dos enfermeiros entrevistados, segundo proporção que a remuneração recebida pelo trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento do estado do Rio de Janeiro representava na sua remuneração bruta total – Brasil, 2012-2013**

PROPORÇÃO DA REMUNERAÇÃO	N	%
Até 25%	1	5,3
Mais de 25% até 50%	7	36,8
Mais de 50% até 75%	4	21,1
Mais de 75% até 100%	7	36,8
Total	19	100,0

Em relação à experiência profissional, 52,6% dos enfermeiros entrevistados relataram atividade prévia de no mínimo seis meses em algum tipo de serviço de atenção às urgências/emergências. Entre esses, 26,3% atuaram em emergência hospitalar, 15,8% em UPA e 15,8% no SAMU. Quanto à capacitação específica em urgência e emergência, 47,4% dos enfermeiros tinham realizado curso ou treinamento com o tema de urgência e emergência antes de serem contratados na UPA e 36,8%, algum curso após a contratação. Além disso, mais de 90% consideraram sua formação e experiência satisfatória para o atendimento aos casos de urgência na UPA.

No que tange às motivações indicadas pelos enfermeiros para exercer suas atividades nas UPAs, destacaram-se: ganho de experiência profissional (57,9%), proximidade do domicílio (42,1%) e afinidade com o tema das emergências (42,1%). Por sua vez, a maior parte dos enfermeiros sugeriu expectativa de trabalho na UPA por tempo determinado (52,6%), sendo que vários indicaram insegurança quanto à entrada das OS na gestão das unidades.

4.3.4 ASSISTÊNCIA PRESTADA E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Uma primeira forma de analisar a assistência prestada nas UPAs diz respeito à dimensão territorial de abrangência de atendimentos. Segundo depoimentos dos entrevistados (coordenadores, médicos e enfermeiros), a maioria das UPAs investigadas (36,8%) atendiam a um grupo de municípios (Tabela 7).

TABELA 7 **Origem predominante dos pacientes atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento do estado do Rio de Janeiro, segundo entrevistados – Brasil, 2012-2013**

ORIGEM DOS PACIENTES	N	%
Uma região dentro do município	25	32,9
Todo o município	20	26,3
Grupo de municípios	28	36,8
Todo o estado	1	1,3
Não sabe	2	2,6
Total	76	100,0

Observou-se que a demanda era maior que a capacidade de atendimento para 53,9% dos entrevistados, sendo considerada compatível em 43,4% dos casos, e em apenas 1,3% inferior à capacidade de atendimento. Para os profissionais, a classificação de risco era sempre realizada (100%) e, entre os atendimentos, predominavam aqueles de baixo risco (67,1%). A importância da classificação de risco relacionava-se à possibilidade de priorização do atendimento de casos com maior gravidade (mencionados por 93,4% dos entrevistados) e sofrimento (57,9%). Em relação ao tempo de espera, apesar de a maioria dos entrevistados ter mencionado a existência de atendimento médico imediato para os casos de alto risco (96,1%), predominou o tempo de espera de duas a seis horas (55,3%) para os pacientes de baixo risco (Tabela 8).

TABELA 8 Tempo médio de espera para atendimento médico, segundo classificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento do estado do Rio de Janeiro de acordo com entrevistados – Brasil, 2012-2013

RISCO / TEMPO DE ATENDIMENTO	ATENDIMENTO IMEDIATO		ATÉ 1 HORA		MAIS DE 1 ATÉ 2 HORAS		MAIS DE 2 ATÉ 6 HORAS		NÃO SABE		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Alto risco	73	96,1	1	1,3	1	1,3	0	0	1	1,3	76	100,0
Médio risco	9	11,8	46	60,5	18	23,7	2	2,6	1	1,3	76	100,0
Baixo risco	1	1,3	17	22,4	15	19,7	42	55,3	1	1,3	76	100,0

n. 28
 Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

Os adultos constituíram-se no grupo prioritariamente atendido (57,9% dos entrevistados), com predomínio da faixa de 20 a 39 anos (35,5%). Entretanto, ressalta-se a frequência de realização de atendimentos pediátricos nas UPAs (Tabela 9).

TABELA 9 Frequência de realização de atendimentos pediátricos nas Unidades de Pronto Atendimento do estado do Rio de Janeiro, segundo entrevistados – Brasil, 2012-2013

FREQÜÊNCIA DE ATENDIMENTOS	N.	%
Sempre	55	72,4
Frequentemente	13	17,1
Algumas vezes	3	3,9
Raramente	3	3,9
Nunca	2	2,6
Total	76	100,0

Na pesquisa, foram identificadas algumas demandas não atendidas pelos médicos das UPAs: casos para os quais não existe especialista (relatado por 10,5% dos entrevistados); casos considerados passíveis de atendi-

mento em unidades básicas de saúde (3,9%); recusas por atestados médicos (7,9%); e reposição de formulários (6,6%).

O tipo de atendimento realizado nas UPAs foi analisado por grupo de risco. Para o baixo risco, os profissionais identificaram o predomínio de afecções do trato urinário e dor lombar/afecções osteoarticulares (38%) seguidos de infecções respiratórias (27%); afecções do trato digestivo (25%); hipertensão arterial (19%); diabetes (17%); e alcoolismo (16%). No médio risco, houve predomínio de diabetes (34%); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e asma (32%); infecções respiratórias agudas (28%); e crise hipertensiva (27%). Esse era um padrão esperado e compatível com o objetivo da implantação das UPAs no estado. A dor torácica foi o principal diagnóstico para o alto risco (46%), seguido pela DPOC e asma (24%), hipertensão/crise hipertensiva (22%) e violências e traumas (15%).

As UPAs, apesar da estrutura modular, tinham condições de infraestrutura física para o atendimento consideradas ótimas ou boas, para, respectivamente, 27,6% e 34,2% dos profissionais, sendo identificadas como ruins ou péssimas para 10,5% dos entrevistados. Também foram consideradas predominantemente ótimas ou boas as seguintes condições: disponibilidade de equipamentos para a consulta (55,2%); infraestrutura e disponibilidade de equipamentos da sala de observação/estabilização (60,5%); disponibilidade de medicamentos para administração (77,7%); disponibilidade de medicamentos para dispensação (55,2%); disponibilidade de serviços laboratoriais e tempo de resposta de serviços laboratoriais (71,1%).

A disponibilidade de serviços de imagem foi considerada ótima pela maioria dos entrevistados (47,4%), com tempo de resposta igualmente ótimo (57,9%). Essa disponibilidade laboratorial e de imagem são fatores positivos para o atendimento, ainda assim, para 39,5% dos entrevistados, a falta de alguns exames, tais como a ultrassonografia (mencionada em 39,5% das entrevistas), prejudica a assistência na UPA. O mesmo fato pode ser dito em relação a alguns medicamentos para administração e dispensação, com destaque para antibióticos, cuja ausência foi identificada como prejudicial, respectivamente, por 30,3% e 39,5% dos entrevistados.

As UPAs realizavam, majoritariamente, os seguintes procedimentos cirúrgicos: suturas (98,7%); drenagem de abscesso (44,7%); e debridamento de feridas (19,7%). A utilização de protocolos clínicos era rotineira (84,2%), cuja principal fonte era a própria gestão da UPA (73%).

A capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos na UPA foi considerada ótima ou boa por, respectivamente, 13,2% e 56,6% dos entrevistados. Apenas 3,9% consideraram a capacidade de resolução ruim (Tabela 10).

TABELA 10 **Avaliação da capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento do estado do Rio de Janeiro, segundo entrevistados – Brasil, 2012-2013**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

CAPACIDADE RESOLUTIVA	N.	%
Ótima	10	13,2
Boa	43	56,6
Razoável	19	25,0
Ruim	3	3,9
Não Sabe	1	1,3
Total	76	100,0

Em relação à coordenação do cuidado, segundo 42,1% dos entrevistados, o atendimento a pacientes da atenção básica ocorre “sempre” ou “frequentemente”. A maioria dos respondentes classificou os encaminhamentos da atenção básica como “bom” (34,2%), “razoável” (31,6%), “ruim” ou “péssimo” (19,7%). O padrão dessas respostas sugere problemas no atendimento de urgências de baixa complexidade nas unidades de atenção básica, bem como na interação entre estas e as UPAs.

Conforme estipulado pela regulamentação federal, toda a UPA deveria estar vinculada a um SAMU. Entretanto, 50% dos entrevistados afirmaram “raramente” ou “nunca” atender a pacientes encaminhados do SAMU no RJ.

Também se considera importante a disponibilidade de outros serviços envolvidos nas situações de urgências médicas para encaminhamento de pacientes atendidos nas UPAs. Essa disponibilidade dos serviços foi avaliada qualitativamente nas entrevistas realizadas com os profissionais. A maioria dos entrevistados considerou a disponibilidade da atenção básica “razoável” (25%), assim como a de ambulatórios especializados médicos

(27,6%). A disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico foi considerada boa para cerca de 26% dos entrevistados.

No que diz respeito aos serviços hospitalares, o acesso à emergência hospitalar foi considerado “bom” ou “razoável” para 60,6% dos profissionais, enquanto para os leitos hospitalares predominou o padrão de resposta “razoável” ou “ruim” (63,1%) e para os leitos intensivos “razoável”, “ruim” ou “péssimo” (88,5%).

Os encaminhamentos das UPAs para a atenção básica, para os serviços ambulatoriais especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico era feito essencialmente por meio de formulários. No caso dos hospitais, os encaminhamentos envolviam a regulação e o contato pessoal para 56,6% e 11,8% dos profissionais consultados.

A permanência nas UPAs por mais de 24 horas ocorria “sempre” ou “frequentemente”, segundo 73,7% dos entrevistados, sendo o principal motivo a inexistência de vagas (94%). Por sua vez, o atendimento de um paciente com a mesma queixa nas UPAs era também frequente (52%).

4.3.5 CONDICIONANTES DA IMPLANTAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DAS UPAS

Os principais facilitadores e entraves da implantação e do funcionamento das UPAs no RJ identificados no âmbito da pesquisa podem ser agrupados em diferentes dimensões e encontram-se sistematizados no Quadro 2. Esses condicionantes estão relacionados ao contexto de formulação e aos diferentes momentos de implementação da política no estado.

Do ponto de vista histórico-estrutural, destaca-se que o RJ é um estado predominantemente metropolitano, que apresenta importantes desigualdades socioeconômicas, dinâmicas territoriais específicas associadas às suas regiões, concentração populacional e carência de infraestrutura na região metropolitana. Tais características incidem nas condições de vida e saúde de sua população e nas demandas pelos serviços de atenção às urgências. Além disso, é importante considerar na conformação do seu sistema de saúde, as repercussões políticas, econômicas e institucionais da fusão ocorrida em 1975, que imprime complexidade adicional às relações intergovernamentais na oferta, na gestão e na coordenação da Rede de Atenção às Urgências (RAU) no estado.

No que se refere aos fatores político-institucionais, ressaltam-se: os contornos políticos no processo de implantação das UPAs e a atuação mais expressiva do estado na gestão e na prestação desses serviços; as influências recíprocas entre as diferentes esferas de governo (federal, estadual e a capital) na condução da política; a forte coalizão político-governamental que sustenta a expansão das UPAs a partir de 2009; o caráter tardio do enfoque regional e da RAU na proposta; o ritmo de expansão da implantação das UPAs acelerado e dissociado de iniciativas de melhoria dos demais componentes de atenção às urgências nas regiões e nos municípios; a fragmentação e a desarticulação institucional (intra e intergovernamental) no processo de condução da política.

Em relação aos aspectos organizacionais, verificam-se: as especificidades dos locais de implantação das UPAs que, embora sejam de fácil acesso, possuem carência da oferta de serviços; a fragilidade do sistema de regulação da urgência; os problemas de acesso, cobertura e resolubilidade da atenção básica e deficiência de leitos, principalmente na região metropolitana; a baixa articulação dos componentes do sistema de atenção às urgências; a multiplicidade dos mecanismos de gestão das UPAs, com predominância do modelo de Organização Social (OS).

Por último, identificam-se o perfil dos agentes (formuladores e implementadores) e as características da infraestrutura e dos profissionais que modulam a assistência prestada. Nesse âmbito, evidenciam-se, por um lado, a trajetória e a experiência dos gestores da política, elementos que favoreceram a entrada e a permanência das UPAs na agenda governamental. Por outro, a predominância de médicos jovens e com pouco tempo de formado e a presença de profissionais com vínculos, contratos e remuneração diversos atuantes nas UPAs, o que traz enormes desafios para a gestão da força de trabalho e da assistência prestada.

Ainda assim, cabe mencionar a predominância da visão positiva dos profissionais em relação às condições de infraestrutura para prestação da assistência à saúde, o que favorece a resolução das situações de baixo e médio risco atendidas nas UPAs. Entretanto, não parece haver garantias para a continuidade do cuidado ao paciente nos casos em que a internação é necessária. Esse é um ponto crítico do funcionamento das UPAs no RJ: a necessidade de intervenção em outros pontos de atenção às urgências sem os quais não haverá maiores avanços na consolidação da rede no estado.

QUADRO 2 **Síntese dos condicionantes da implantação e do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro evidenciados na pesquisa**

DIMENSÃO	CONDICIONANTES
HISTÓRICO-ESTRUTURAL	<ul style="list-style-type: none"> - Importância histórica, política e econômica do estado do RJ na federação. - Desdobramentos políticos, econômicos e institucionais da fusão ocorrida em 1975 entre o estado da Guanabara (atualmente capital) e o antigo estado do Rio de Janeiro. - Características demográficas do estado (elevada densidade demográfica e concentração urbana, com alta mobilidade populacional na região metropolitana). - Desigualdades regionais com carência de infraestrutura de serviços urbanos na região metropolitana. - Presença de dinâmicas territoriais específicas relacionadas às regiões de saúde (conformação de polos econômicos regionais no interior do estado). - Características do sistema de atenção à saúde: concentração de serviços hospitalares na capital; multiplicidade de comandos e dificuldades de integração entre serviços existentes (federais, estaduais e municipais); forte dependência dos municípios metropolitanos (particularmente, daqueles situados na Baixada Fluminense) aos serviços existentes no município do RJ; desigualdades regionais na cobertura e na qualidade dos serviços de atenção primária.
POLÍTICO-INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Contornos políticos no processo de implantação inicial das UPAs (disputas político-partidárias entre o governo estadual e a capital) com atuação mais expressiva do estado na prestação de serviços (predominância da gestão estadual das UPAs). - Importante interdependência federativa entre os governos federal, estadual e municipal (capital) na produção da política de urgência no estado. - Forte coalizão político-governamental que sustenta a implantação das UPAs a partir de 2009. - Caráter tardio do enfoque da Rede de Atenção às Urgências (RAU) e fragilidade do enfoque regional no processo de implantação da política. - Ritmo de expansão da implantação das UPAs acelerado e dissociado de iniciativas de melhoria dos demais componentes de atenção às urgências nas regiões e nos municípios. - Fragmentação e desarticulação institucional (intra e intergovernamental) no processo de condução da política.
ORGANIZACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Especificidades territoriais relacionadas aos locais de implantação das UPAs (áreas de fácil acesso com carência da oferta de serviços). - Fragilidade do sistema de regulação da urgência. - Problemas de acesso, cobertura e resolubilidade da atenção básica e deficiência de leitos na região metropolitana. - Baixa articulação dos componentes do sistema de atenção às urgências (atenção básica, SAMU, serviços de apoio diagnóstico, emergências e hospitais). - Multiplicidade dos mecanismos de gestão das UPAs, com predominância do modelo de Organização Social (OS).

AGENTES E PRÁTICAS

- Experiência dos agentes condutores da política e dos gestores (bombeiros) na atenção às urgências.
- Predominância de profissionais jovens e com pouco tempo de formado na prestação da assistência médica.
- Presença de vínculos e contratos diversos dos profissionais atuantes nas UPAs.
- Reconhecimento pelos profissionais de condições razoáveis de infraestrutura para prestação da assistência médica.
- Predomínio do atendimento de situações de baixo e médio risco.
- Descontinuidade do cuidado prestado aos pacientes.

n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)

4.4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DAVIDOVICH, F. Estado do Rio de Janeiro: singularidade de um contexto territorial. *Revista Território*, n. 9, p. 9-24, 2000.

_____. Metrôpole e território: metropolização do espaço no Rio de Janeiro. *Cadernos Metrôpoles*, n. 6, p. 67-77, 2001.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Rio de Janeiro, 2001.

FUNDAÇÃO CEPERJ (FUNDAÇÃO CENTRO ESTADUAL DE ESTATÍSTICAS, PESQUISAS E FORMAÇÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO DE JANEIRO). **Estado do Rio de Janeiro**: regiões de Governo. Disponível em: <http://www.fesp.rj.gov.br/ceep/info_territorios/divis_regional.html>. Acesso em: maio 2014.

GERSCHMAN, S. Formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M. A.; SÁ, M. C.; MARTINS, M.; NETO, F. C. B. (Org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. p.69-88.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: maio 2014.

KONDER, M. T. **Atenção às urgências**: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

KUSCHNIR, R. Coordenadora. **Atlas de serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro 2008**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2009.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.; LIRA, A. M. L.; SONODA, G.; FONSECA, T. M. P. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M. A.; SÁ, M. C.; MARTINS, M.; NETO, F. C. B. (Org.). **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. p.215-240.

LESSA, C. **O Rio de todos os Brasis**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NATAL, J. **O estado do Rio de Janeiro pós-1995: dinâmica econômica, rede urbana e questão social**. Rio de Janeiro: Publicati, 2005.

NORONHA, J. C.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. A metrópole Rio de Janeiro: desafios para o planejamento em saúde. In: NETO, E. R.; BÓGUS, C. M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003 (Série técnica do projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde).

PARADA, R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de Inserção. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p.19-104, 2001.

PINHEIRO, A. C.; VELOSO, F. (Org.). **Rio de Janeiro: um estado em transição**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2012.

VIANNA, R. P. **Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

CAPÍTULO 5
A IMPLANTAÇÃO
DAS UPAS NO
ESTADO DE MINAS
GERAIS

A IMPLANTAÇÃO DAS UPAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

5

CARMEN CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS
DOMENICO FELICIELLO
MARIA CRISTINA RESTITUTTI
MARIA JOSÉ COMPARINI NOGUEIRA DE SÁ
MARIA TERESA DALLA FONTANA PINTO MOREIRA PORTO

Apresenta-se, neste capítulo, o estudo realizado no estado de Minas Gerais quanto à implantação e ao funcionamento de um conjunto de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) selecionadas, de diferentes regiões de saúde. Optou-se por contextualizar esta avaliação tanto no âmbito de evolução do SUS no estado, especialmente no que se refere ao processo de regionalização, quanto de organização de um modelo próprio da Rede de Atenção às Urgências (RAU).

O estado de Minas Gerais é a quarta maior unidade federativa do Brasil em extensão territorial, com 586.528 km². Segundo o Censo de 2010, o estado é o segundo mais populoso do Brasil, com pouco mais de 20 milhões de habitantes. A capital é a cidade de Belo Horizonte, que reúne em sua região metropolitana cerca de 5 milhões de habitantes. Possui no total 853 municípios.

O Sistema Único de Saúde em Minas Gerais vem se caracterizando pela implantação dos princípios e das diretrizes constitucionais, colaborando de modo expressivo com inovações para a sua organização.

Nesse aspecto, serão destacados: o modelo de regionalização cooperativa adotado; as ações desenvolvidas para organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos diferentes âmbitos regionais; e o desenvolvimento de modelos de atenção à saúde, voltados para o enfrentamento das condições agudas e crônicas, respeitando o perfil de morbimortalidade da população do estado.

Além disso, destaca-se o papel exercido pela gestão estadual na condução do processo de regionalização e de implantação de redes, com a aplicação de recursos financeiros de acordo com os planos regionais desenhados e aprovados. Essa postura expressa-se por meio do protagonismo da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) nos planos estaduais de saúde, nos planos regionais e no planejamento das diferentes redes, incluindo a RAU.

O texto a seguir está organizado em grandes itens, abordando inicialmente a metodologia do estudo. Na sequência, apresentam-se a caracterização do sistema de saúde no estado de Minas Gerais; a organização de sua rede de atenção às urgências e emergências; e a estruturação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

5.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

Respeitando-se o escopo e a metodologia definida para o estudo em âmbito nacional e considerando as singularidades do estado de Minas Gerais, particularmente relacionadas à extensão de seu território e às características de seu sistema de saúde, este trabalho exigiu, além da análise documental, da análise de dados secundários obtidos junto aos bancos de dados do DATASUS e da realização de entrevistas com gestores e profissionais de saúde do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais, um grande cuidado na definição dos municípios e das unidades que seriam objeto da pesquisa no estado.

Assim, realizaram-se visitas a 12 municípios nos quais foram efetivadas: entrevistas com as equipes gestoras; visitas às unidades; entrevistas com os gerentes de 15 UPAs e 15 UBS; e aplicação de questionários aos profissionais médicos e enfermeiros dessas UPAs.

Considerando-se o processo de regionalização no estado de Minas Gerais e a distribuição territorial das UPAs existentes, buscou-se constituir uma amostra que contivesse unidades do tipo I, II e III e cuja localização fosse representativa de todas as regiões do estado.

Assim, após a identificação no DATASUS das 29 UPAs existentes em outubro de 2012 e a avaliação do Plano de Desenvolvimento Regional do

Estado de Minas Gerais (PDR MG), das 29 identificadas, buscou-se selecionar 15, respeitando-se a representatividade regional e o porte dos serviços. Foram então visitados os seguintes municípios: Brumadinho, Ibirité, Vespasiano, Betim, Contagem, Belo Horizonte, Uberaba, Juiz de Fora, Varginha, São João Del Rei, Teófilo Otoni e Manhuaçu.

A Tabela 1 apresenta os serviços que constituíram a amostra do presente estudo, lembrando que também compuseram essa amostra 15 Unidades Básicas de Saúde localizadas na mesma região de cada UPA.

TABELA 1 Caracterização da amostra por município, população, macrorregião e UPA por nome e tipo, no estado de MG, 2012

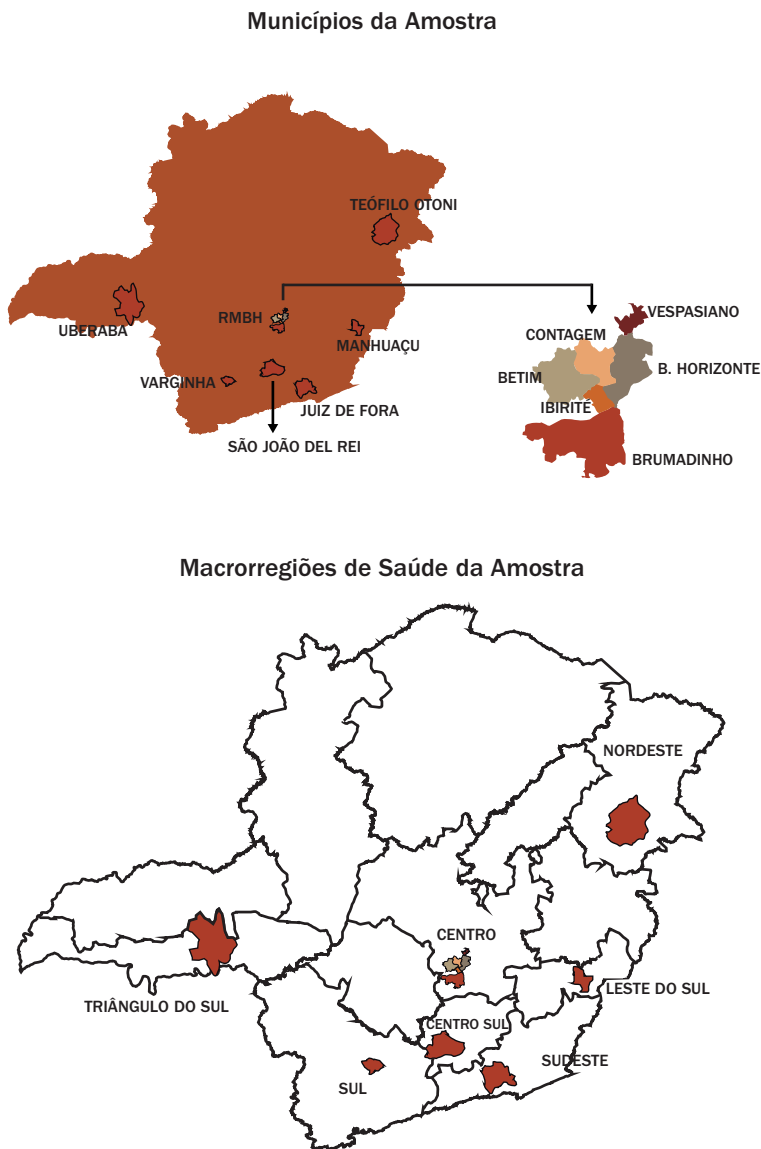
MUNICÍPIO	POP.*	MACRORREGIÃO	UPA E TIPO
Belo Horizonte	2.238.527	Centro Metropolitana BH	Nordeste – II Barreiro – III
Contagem	538.017	Centro Metropolitana BH	Vargem das Flores – I JK – III
Betim	306.675	Centro Metropolitana BH	Sete de Setembro – II Teresópolis – III
Brumadinho	26.614	Centro Metropolitana BH	Brumadinho – I
Ibirité	133.044	Centro Metropolitana BH	Ibirité – II
Vespasiano	76.422	Centro Metropolitana BH	Vespasiano – III
Uberaba	252.052	Triângulo do Sul	Uberaba – III
Juiz de Fora	456.797	Sudeste	Norte Nova Era – III
Varginha	108.998	Sul	Varginha – III
São João Del Rei	78.616	Centro Sul	São João Del Rei – II
Teófilo Otoni	129.494	Nordeste	Teófilo Otoni – III
Manhuaçu	67.123	Leste do Sul	Manhuaçu – II

FONTE: IBGE, CENSO 2010, PDR MG 2011; DATASUS. NEPP UNICAMP ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

As figuras a seguir apresentam a localização dos municípios visitados no estado, bem como indicam a macro e a microrregião de saúde a que pertencem.

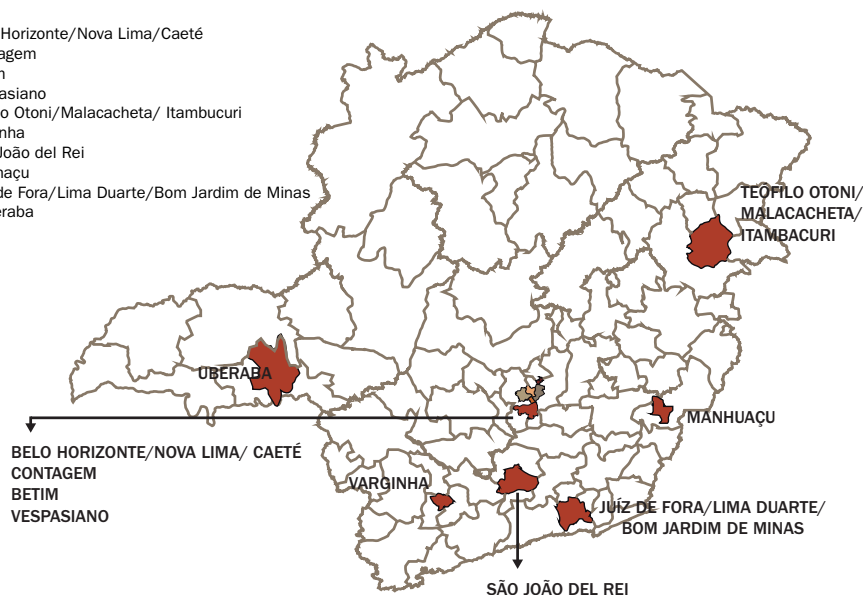
FIGURA 1 Localização dos municípios da amostra, segundo macrorregiões e microrregiões no estado de Minas Gerais

n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)



Microrregiões de Saúde da Amostra

- 1 Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté
- 2 Contagem
- 3 Betim
- 4 Vespasiano
- 5 Teófilo Otoni/Malacacheta/ Itambacuri
- 6 Varginha
- 7 São João del Rei
- 8 Manhuaçu
- 9 Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas
- 10 Uberaba



O trabalho de campo¹ iniciou-se com contato telefônico com os responsáveis pelo estado de Minas Gerais no Ministério da Saúde, com o Co-sems-MG e com os respectivos gabinetes das secretarias estadual e municipais, visando à obtenção de informações mais gerais acerca do objeto, bem como à organização dos agendamentos com os diferentes profissionais. A seguir, foram informadas com Ofícios as respectivas instâncias com explicações sobre o objetivo da pesquisa, sua abrangência, as datas das visitas e os cargos a serem entrevistados. No anexo seguiu o respectivo projeto.

No âmbito da gestão estadual, participaram da pesquisa o gestor estadual bem como os coordenadores estaduais de: Urgência e Emergência, de Regulação, de Assistência Hospitalar e de Atenção Básica, que responderam aos instrumentos, ofertaram e indicaram alguns documentos.

Foi também entrevistado um representante do Ministério da Saúde responsável pelo acompanhamento do processo de implantação das UPAs no estado de Minas Gerais e, também o presidente do COSEMS/MG.

1 **Pesquisadores de campo:** Carlos A. Pegolo da Gama; Carmen Cecília de Campos Lavras; Domenico Feliciello; Eric Ferdinando Kanai Passone; Juliana Pasti Villalba; Kátia dos Santos Araújo; Maria José Comparini Nogueira de Sá; Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira Porto; Selma Patti Spinelli; Thiago L. Trapé; Zilda Barbosa. **Estagiários:** Ana Carolina Spatti; Thiago Fernando Bonatti.

No âmbito municipal, conforme descrito na amostra, foram visitados 12 municípios com um total de 15 UPAs. Todos os instrumentos previstos foram aplicados, à exceção das entrevistas junto aos gestores de São João Del Rei e Uberaba, que receberam os instrumentos dos pesquisadores, mas não os retornaram. Também não obtivemos retorno dos gestores hospitalares dos municípios de Uberaba e Juiz de Fora. Segue Tabela 2 contendo o demonstrativo dos instrumentos aplicados. Assim, das 142 entrevistas previstas foram realizadas 138.

TABELA 2 **Quantitativo de instrumentos de pesquisa aplicados e respectivos atores**

INSTRUMENTOS	ATORES	TOTAL
Roteiro de entrevista	Representante MS	1
Gestor estadual/municipal	10 Mun. 1 SES-MG 1 Cosems	12
Coordenador de RAU	1 SES 12 Mun.	13
Coordenador de Regulação	1 SES 12 Mun.	13
Coordenador de Atenção Básica	1 SES 12 Mun.	13
Coordenador Hospitalar	1 SES 10 Mun.	11
Coordenador UBS	15	15
Coordenador UPA	15	15
Médicos de UPA	30	30
Enfermeiros de UPA	15	15
Total de instrumentos aplicados		138

FONTE: NEPP, UNICAMP. AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UPAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS.

No tocante à sistematização de dados e informações obtidos por meio de questionários, estes foram digitados no sistema disponibilizado pela coordenação da pesquisa com retorno dos dados inseridos de forma agregada, em arquivos do Excel, para permitir sua utilização nas análises que se seguiram.

Em contrapartida, para o processamento dos dados obtidos por meio da análise documental e de entrevistas, utilizou-se como técnica a extração sintética dos requisitos de cada componente, constituindo matrizes de análise da pesquisa por município e/ou outros entes (MS – estado – Cosems). Isso favoreceu a leitura das respostas obtidas nas entrevistas bem como a análise das informações extraídas dos documentos selecionados.

Após essa etapa, realizou-se oficina de trabalho com a equipe de pesquisadores para discussão e construção dos eixos de análise e levantamento dos principais aspectos observados no estado de Minas Gerais.

Esses dados e informações foram sistematizados a fim de sustentar a análise, a seguir apresentada e que está organizada em grandes tópicos, incluindo: a caracterização do sistema de saúde no estado de Minas Gerais; a organização de sua rede de atenção às urgências e emergências; e a estruturação das Unidades de Pronto Atendimento.

5.2 A REGIONALIZAÇÃO DO SUS EM MINAS GERAIS

A partir da década de 1990, como a maior parte dos estados brasileiros, Minas Gerais viveu uma municipalização intensa com fragmentação e distribuição irregular da oferta de serviços no território. Todavia, no fim da mesma década, pelas características geográficas e econômicas de Minas Gerais, voltou a ser dominante no estado a ideia de descentralização de caráter regional. A atual proposta de regionalização começou a ser gestada em 1999, a partir de estudos de fluxos de atendimento, capacidade instalada de serviços de saúde e acesso viário. Foi proposto naquele momento um desenho de micro e macrorregiões autossuficientes para um elenco de procedimentos de média e alta complexidade, respectivamente.

Hoje, as Gerências Regionais de Saúde (GRS) têm a função de representar a coordenação estadual junto aos municípios. A organização e o funcionamento dessas gerências não seguem um padrão linear, de modo que algumas possuem maior capacidade técnica que outras.

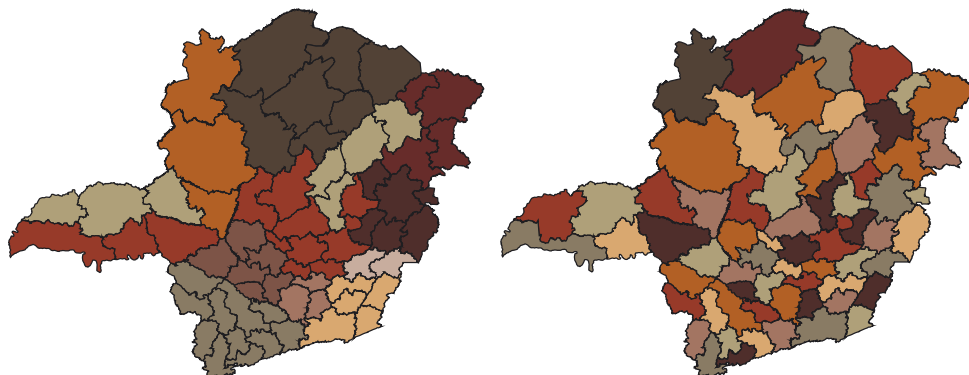
Todavia, esse desenho regional proposto em 1999 de micro e macrorregiões não coincide com os territórios que guardam correspondência com as GRS. Isso porque um baseia-se nos princípios da assistência à saúde e o outro, na divisão administrativa para gerência dos serviços.

Ao instituir a CIB-MG, a Resolução n. 637, de 25 de junho de 1993, previu também a implantação de CIBs regionais, o que, por sua vez, só foi concretizado 10 anos mais tarde por meio da Deliberação CIB n. 95, de 17 de maio de 2004, que definiu as competências de cada uma dessas instâncias e norteou o processo de implantação. Alguns anos depois, o Pacto pela Saúde (2006) propôs a criação de Colegiados de Gestão Regional (CGR), que guardavam alguma semelhança com as instâncias micro e macrorregionais já existentes no estado. Em resumo, podemos concluir que em MG, desde 1999, desenvolve-se e implanta-se um processo de planejamento regional que precede a construção de redes.

Visando potencializar a ação da SES-MG para o exercício de suas funções gestoras, foi realizada uma reestruturação organizacional em 2011. No organograma atualmente vigente, o desenvolvimento da Política de Urgência e Emergência está vinculado à Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde da SES-MG.

A SES-MG adota desde 2002, no Plano Diretor de Regionalização (PDR), uma divisão territorial na qual agrupou os municípios em macro e microrregiões para garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações necessárias, assegurando a otimização dos recursos disponíveis. O desenho proposto pelo PDR, contendo 75 Microrregiões e 13 Macrorregiões, pode ser observado a seguir.

FIGURA 2 **Macros e microrregiões, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2003**



FONTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS/GERÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO E INFORMAÇÕES EM SAÚDE, 2011.

No PDR, definiu-se que todos os municípios são responsáveis pela atenção primária; os municípios-polo de microrregiões devem oferecer atenção secundária (com alguns procedimentos de alta complexidade mais frequentes); e os municípios-polo de macrorregiões devem ofertar atenção terciária (com alguns procedimentos de média complexidade, cuja ocorrência seja mais rara).

Em Minas Gerais, a regionalização é entendida como um princípio estruturador do sistema de saúde, que visa estabelecer uma base territorial para a descentralização das ações e dos serviços. Objetiva promover a descentralização com racionalidade a fim de construir um sistema que possibilite melhoria no acesso e na resolutividade. A regionalização prevê ainda mecanismos financeiros para compensação das desigualdades regionais.

O escopo da regionalização no estado abrange, em maior grau, a organização da rede de serviços de saúde, incluindo as redes prioritárias do estado: Rede Viva Vida, Rede de Atenção à Urgência e Emergência, Saúde em Casa e Pro-Hosp,² contemplando ainda as áreas de vigilância, formação

² O Pro-Hosp destina recursos para o fortalecimento e a melhoria de hospitais públicos ou filantrópicos que desempenhem funções de hospitais-polo macro ou microrregionais atendendo à rede SUS. A escolha dos hospitais é realizada nas CIB Micro e Macrorregionais a partir de critérios definidos pela SES-MG e tais critérios não privilegiam os hospitais da rede estadual sob a gerência da FHEMIG.

de recursos humanos e provisão de insumos. Além disso, inclui a conformação de redes específicas como de oncologia, cardiologia, oftalmologia e saúde mental.

A regionalização da saúde em Minas Gerais ocupa um lugar importante na agenda principal da política estadual de saúde, uma vez que se insere no Plano de Governo do Estado como um projeto prioritário (Projeto Estruturador).

A SES-MG tem conduzido a regionalização, em parceria com o Cosems e o Conselho Estadual de Saúde (CES). A gestão do processo é bipartite, estando envolvidos GRS, CIB micro e macrorregionais. A participação do Ministério da Saúde é particularmente importante no que diz respeito aos incentivos e aos recursos mobilizados.

A atuação da SES-MG na **formulação de políticas e no planejamento regional** é norteada por três instrumentos de planejamento governamental: o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), o Plano Plurianual de Ações de Governo (PPAG) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses três instrumentos de planejamento articulados contêm as diretrizes para a ação de todos os setores do governo, sendo elaborados pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (Seplag), com a colaboração dos setores operacionais.

As estratégias do processo de planejamento regional da saúde envolveram oficinas regionais com a presença do estado, de municípios e CES; discussões internas da SES com pactuação de metas, visando à minimização da fragmentação interna e ao alinhamento entre as áreas; e discussão nas áreas de formação das redes de atenção prioritárias.

O planejamento regional para construção do PDR fez-se por meio de algumas etapas: identificação dos fluxos de referências intermunicipais; levantamento da capacidade instalada para prestação de serviços nos municípios; identificação de áreas com carências assistenciais; realização de estudos sobre acesso viário e geográfico; e, enfim, a definição do modelo de regionalização a ser adotado.³

³ O documento-base para a definição desse modelo foi chamado “Organização dos serviços assistenciais segundo níveis crescentes de complexidade tecnológica”, aprovado na CIB de 14 de novembro de 2000. A partir dele foi elaborada a “Tipologia assistencial hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais”.

Para a definição das redes de atenção prioritárias do estado foi realizado um estudo de carga de doenças, a fim de identificar os principais problemas a serem enfrentados.

Segundo os entrevistados, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) foi planejada a partir das definições do PDR acerca da base territorial e responsabilidades de cada nível regional (município, micro e macrorregião), sendo coordenada pelo estado nas comissões bipartites. Verificou-se importante participação da SES na compensação de desigualdades regionais e no repasse de recursos para o fortalecimento da regionalização.

O estado conta com **estratégias de regulação** em interface com a regionalização. Cabe destacar a implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial (SUS Fácil) e a promoção de ações educacionais como estratégias predominantes.

O SUS Fácil baseia-se na implantação de três instrumentos principais: 13 Centrais de Regulação Macrorregionais; um Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento; e o software SUS Fácil. Além deles, o prontuário eletrônico também deve ser implantado, segundo os entrevistados. Cabe citar ainda, no âmbito das estratégias de regulação implantadas no estado, o Cartão Nacional de Saúde.

Existem **estratégias de contratualização** previstas em todos os projetos prioritários da SES (Projetos Estruturadores). Quando são estabelecidas entre entes federados, recebem o nome de Termo de Compromisso entre Entes Públicos; se forem firmadas entre municípios e prestadores (públicos, filantrópicos ou privados), são chamadas de Contratos de Gestão. Não é possível afirmar, a partir desta pesquisa, o grau de implantação e funcionamento dessas estratégias.

Foram relatados os principais conflitos relacionados ao planejamento e à regulação da saúde em Minas Gerais. Dizem respeito à competição entre os municípios, e falta de disposição destes em se complementarem na oferta de serviços; e à pressão dos prestadores para se tornarem referências regionais ou se credenciarem.

Assim, podemos observar que o planejamento regional é potente, com importante papel da SES na sua condução.

No que se refere ao **transporte sanitário**, segundo os entrevistados, a SES-MG conta com sistema logístico para transporte de pacientes, insumos

e materiais para exames, denominado SETS (Sistema Estadual de Transporte em Saúde). Vale ressaltar que esse não é o transporte utilizado para os casos de Urgência e Emergência.

Visando minorar as desigualdades regionais e iniquidades no acesso ao SUS, Minas Gerais utiliza uma **estratégia redistributiva** para efetuar transferências intergovernamentais e alocação regional de recursos próprios. O critério que determina tal estratégia é o fator de alocação.⁴

Os 853 municípios do estado foram divididos em quatro grupos a partir do cálculo do fator de alocação de cada um deles, de modo que os municípios com menor independência econômica e piores condições de saúde recebam proporcionalmente mais que aqueles que possuem melhores condições.

Os repasses realizados com recursos do Tesouro Estadual ocorrem por meio dos projetos prioritários da SES-MG (Projetos Estruturadores), não podendo ser empregados no custeio das ações e dos serviços.⁵ Percebe-se que os incentivos ao fortalecimento da regionalização são indiretos, pois se fazem por meio dos investimentos regionais e da transferência de recursos a partir dos projetos prioritários. Essa é uma estratégia para garantir o alcance das metas pactuadas junto ao governo do estado, efetivando as redes de atenção prioritárias nas regiões definidas no PDR.

Os projetos: Viva Vida, Urgência e Emergência, Hiperdia e Mais Vida (as quatro redes prioritárias do estado) preveem recursos para implantação de unidades de atenção secundária e ações educativas voltadas para os profissionais.

Por meio do Pro-Hosp, a SES-MG investe nos pontos de atenção terciária de cada uma dessas redes (Pronto-Socorro, Centros de Trauma e Unidades de Terapia Intensiva no caso da Rede de Urgência e Emergência; Hospitais Macro e Microrregionais, na Rede Viva Vida, Hiperdia e Mais Vida).

4 Esse fator foi construído pela associação de dois índices: 1) Índice de Necessidades em Saúde, composto por seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas; e 2) Índice de Porte Econômico, que representa o valor per capita do ICMS de cada município a partir de uma expressão logarítmica, expressando a capacidade do município em autofinanciar os cuidados com a saúde da sua população (MINAS GERAIS, 2004). Esse fator foi definido por um estudo da Fundação João Pinheiro em parceria com o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar – UFMG) .

5 A única exceção encontra-se em alguns serviços da atenção secundária, para os quais, por meio de Contratos de Gestão, o estado repassa recursos para custeio.

Por meio do projeto Saúde em Casa, o estado investe na construção, na reforma e na aquisição de equipamentos para fortalecimento da Atenção Básica, bem como transfere recursos para capacitação profissional nesse nível de atenção.

5.3 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Conforme já relatado anteriormente, as redes prioritárias de saúde no estado de Minas Gerais são resultado do planejamento estratégico iniciado em 2003, no âmbito do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Pode-se observar também que, no projeto estadual de Regionalização da Atenção à Saúde, destacam-se algumas iniciativas, tais como o Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (Pro-Hosp) e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Quanto ao Pro-Hosp, em 2003, alguns gargalos foram observados pela gestão na atenção hospitalar, principalmente a existência de mais de 600 hospitais de gestão municipal, espalhados pelos 853 municípios do estado, sendo 30% deles com menos de 50 leitos. Era necessário profissionalizar a gestão desses estabelecimentos, sendo criado o programa de qualificação da gestão hospitalar para os diretores de hospitais considerados de referência. Foi oferecido curso de especialização, que formou 600 especialistas, desde então, em 530 hospitais que trabalham para o SUS, sendo 140 deles nos hospitais do Pro-Hosp.

Especificamente para a organização da rede de resposta às condições agudas em Minas Gerais, são utilizados na sua estruturação os seguintes elementos, considerados fundamentais:

- protocolo único de Classificação de Risco;
- fluxos de encaminhamentos desenhados e pactuados internamente em cada instituição, com responsabilização nominal dos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinado por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;
- pactuação dos fluxos de encaminhamento que é compartilhada por estrutura reguladora também responsável pelo transporte do paciente, se necessário, até o destino pactuado;

- compartilhamento das “regras” com as estruturas de logística, que se corresponsabilizam pelos resultados;
- informatização dos processos; e
- comando único.

A partir do que foi exposto, a Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Coordenação de Urgência e Emergência, propôs um desenho das matrizes das **Redes de Atenção às Urgências e Emergências**, com definição dos pontos de atenção, da competência ou responsabilidade de cada ponto, e da respectiva área de abrangência, tendo como eixo norteador o Protocolo de Manchester.

No que diz respeito a essas redes, o estado de Minas Gerais “tem envidado grandes esforços no intuito de constituir Redes Macrorregionais de Atenção às Urgências e Emergências”,⁶ com as seguintes características e os componentes:

- definição da população macrorregional de abrangência;
- organização de estruturas regionais (macrorregionais);
- coordenação e comando único (Complexo Regulador e Comitê Gestor);
- gestão supramunicipal com a instituição de nove Consórcios Intermunicipais Públicos de Natureza Jurídica Pública;
- utilização de protocolo único, ainda em processo de implantação (Protocolo de Manchester);
- organização de SAMU regional; e
- atuação do Núcleo de Educação Permanente, na capacitação de recursos humanos.

É importante ressaltar que a utilização de um protocolo de Classificação de Risco, por si só, não garante os resultados em uma instituição ou uma rede, sendo apenas parte estratégica desse sistema. Esse protocolo foi a linguagem adotada em Minas Gerais, após amplo debate no Comitê Estadual de Urgência/Emergência, instância interinstitucional criada por ato normativo do Secretário Estadual de Saúde.

⁶ O modelo de atenção às urgências e emergências adotado pelo estado de Minas Gerais” In: SES-MG. **Implantação da Rede de Urgência e Emergência no estado de Minas Gerais**. Oficina Macrorregional: alinhamento conceitual e matriz de competências dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência. Mimeografado 2012.

Os **pontos de atenção da Rede de U/E** englobam as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Hospitais de Urgência Básica, as unidades não hospitalares de atendimento às urgências (UPAs) e os Hospitais Micro e Macrorregionais.

As UBSs são tradicionalmente associadas à atenção e aos procedimentos eletivos, mantendo política refratária e insuficiente de atendimento a casos agudos. Diante disso, pacientes em condições de urgência menor ou de urgência social passaram a ser os principais “causadores de fila”, gerando congestionamento, com conseqüente piora na resolutividade dos serviços de urgência.

Na proposta de Rede de Atenção às U/E de Minas Gerais, a **Atenção Primária** deve se responsabilizar na sua área de atuação pela maioria dos pacientes classificados como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo Protocolo de Manchester. Isto implica a reestruturação da Atenção Primária. Pacientes que chegam à UBS em condições graves, em urgência ou emergência por demanda espontânea, deverão ter seu primeiro atendimento nesse local. Isso leva à reconfiguração do espaço físico e dos fluxos, além de qualificar a equipe. É importante salientar que os doentes graves nunca devem ser encaminhados para esses pontos pelo complexo regulador. O primeiro atendimento a doentes graves se dará somente quando esses se apresentarem espontaneamente nessas estruturas.

Em relação ao **Hospital de Urgência Básica**, na atual proposta do estado de Minas Gerais, os hospitais com menos de 50 leitos, que se localizam em regiões em que o acesso até o hospital de referência microrregional se dá em mais de uma hora, deverão ter papel no atendimento de urgência e emergência de acordo com os seguintes critérios:

- Ter médicos e enfermeiros presenciais nas 24 horas do dia, sete dias por semana.
- Trabalhar com orçamento fixo e não mais com produção.
- Período de observação do paciente de no máximo 72 horas.
- Para a referência ao Hospital Microrregional, utiliza estruturas de apoio para ganho de escala.
- Dispor de Suporte Básico de Vida.
- Não trabalhar com economia de escala para sua referência. A variável principal aqui é o tempo de acesso.

- Investir em adequação, custeio, qualificação e educação continuada.

Outro ponto de atenção da rede são as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), estruturas definidas na Portaria n. 2.048/2002 do Ministério da Saúde como integrantes do sistema regional de atenção às urgências. Elas fazem parte da rede de resposta às urgências de média complexidade e devem contar com retaguarda hospitalar. No atual projeto, as UPAs são ligadas por contrato de gestão a um hospital de referência, com definição clara do papel de cada um.

A rede de atenção conta também com os Hospitais Micro e Macrorregionais. Os hospitais microrregionais são hospitais que devem ser referência para as urgências médico-cirúrgicas de média complexidade, podendo em alguns casos até ser referência em procedimentos clínicos mais complexos. Esses hospitais são organizados com base nas seguintes características:

- Trabalhar com escala mínima de referência de 100 mil habitantes.
- Possuir plantões na área de emergência de adultos e crianças e retaguarda em cirurgia geral e ortopedia (em regiões em que a referência populacional é acima de 200 mil habitantes é importante a presença contínua do componente cirúrgico).
 - Se existir um Pronto Atendimento na região, este deve ser formalmente referenciado a este(s) hospital(is) como retaguarda para internação e urgências e emergências cirúrgicas de média complexidade.
 - Recomenda-se uma interface entre as equipes dessas instituições e a do Pronto Atendimento, se houver, por exemplo, direção médica única nas duas instituições.
 - Devem evoluir para ter Unidades de Terapia Intensiva Geral.
 - A resposta cirúrgica para casos de trauma maior tem lógica própria.

Os hospitais macrorregionais, por sua vez, são hospitais de maior resolatividade e capacidade de resposta a situações complexas. A organização da rede é feita por especialização da resposta aos dois principais problemas que aumentam os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP): o trauma maior e a urgência em cardiologia e quadros cerebrovasculares.

A implantação dessas redes, assim como a concentração de recursos tecnológicos (qualificação de pessoas, estrutura física adequada e coordenação da resposta), mostrou redução de mortalidade e é fator fundamental na mudança do prognóstico.

A partir desses dois principais problemas indicados, a rede organiza-se de forma mais complexa, concentrando-se em grandes hospitais no polo macrorregional. Alguns dos pontos da rede, entretanto, devem, posteriormente, ser descentralizados e especializados, uma vez que a redução do tempo da resposta inicial tem profunda relação com a sobrevivência.

Visando dar resposta adequada ao trauma maior, o Projeto Estadual de Redes de Atenção às U/E organizou os hospitais em três níveis de resposta:

- Hospitais Nível 1 – Centros altamente especializados no trauma: são hospitais preparados para resolução de todos os tipos de trauma maior, para onde irá a maioria dos casos graves da macrorregião. Deve apresentar vários dos procedimentos chamados de “alta-complexidade” e possuir número diferenciado e especializado de leitos de terapia intensiva.

- Hospitais Nível 2 – Centros Especializados no Trauma: em geral estão em região do mesmo número dos hospitais de nível 1. A diferença entre eles é a ausência da neurocirurgia e cirurgia vascular (angiografia intervencionista).

- Hospitais Nível 3 – Estão em regiões mais distantes e prestam-se à estabilização dos pacientes com trauma maior até a transferência definitiva para o hospital de primeiro ou segundo nível.

PRINCIPAIS DESAFIOS DA RAU EM MINAS GERAIS

Segundo o gestor estadual de saúde, até 2005/2006, Minas Gerais seguiu o debate e as diretrizes nacionais, com visão “topográfica” de Rede e em lógica de incentivos financeiros federais, com o SAMU restrito aos grandes centros. A partir de 2007, teve início a implantação de experiência modular na Macrorregião Norte de Montes Claros, que com base em referenciais conceituais internacionais, se propunha a implantar quatro redes de atenção prioritárias voltadas para: o binômio mulher-criança, os pacientes com condições crônicas (em especial Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus), os idosos (Viver Mais e Melhor), a urgência/emergência e, a partir do ano de 2011, foi acrescentado o cuidado em psiquiatria.

A visão que a SES-MG possui em relação à Política Federal de Urgência e Emergência é de que o governo federal define as diretrizes, sem considerar que a capacidade de resposta de cada estado é diferenciada. Em MG,

por exemplo, esta política está sedimentada em eixos basilares definidos, todavia, cada território tem capacidade institucional de responder de forma diferenciada a essas diretrizes. A contrapartida do MS não vem na medida dessas necessidades e diferenças existentes. O tratamento dado pelo MS tem de ser equitativo, merecendo ações diferenciadas. Isso até vem avançando, mas ainda não atende de forma suficiente.

No que se refere às UPAs, a SES-MG possui crítica à proposta. No caso de MG, o estado possui 853 municípios, separados por grandes distâncias e esses necessitam de incentivo financeiro para compensar a falta de escala. Em Minas, o modelo proposto nacionalmente não se adapta. Na opinião do gestor estadual, as UPAs são boas para as grandes cidades e o modelo UPA I não deveria sequer existir, pois sua resolubilidade é limitadíssima. Ainda na opinião dos gestores da SES-MG, as UPAs foram criadas pelo Ministério da Saúde sem papel claro dentro da rede.

Na opinião do Cosems de Minas Gerais, o Ministério da Saúde deve ampliar o financiamento das UPAs e não deve atuar diretamente nos municípios, como vem fazendo para atraí-los para implantação, o que deixa a CIB enfraquecida. Ainda de acordo com a representação do Conselho dos Secretários Municipais, os municípios e o estado estão custeando muito, acima de 75%, quando o custeio deveria estar assim distribuído: 50% federal, 25% estadual e 25% municipal.

A Gestão Estadual acredita que a Política de Urgência e Emergência foi de grande contribuição para o SUS, considerando a existência de graves problemas de acesso, e pode-se afirmar que o impacto para o usuário é visível. Acredita ainda que a Rede de Atenção fica mais fácil de desenhar/visualizar a partir da lógica de rede de urgência e emergência. A questão dos agudos, a agudização dos crônicos, a implantação do complexo pré-hospitalar, o SAMU e o sistema de regulação do acesso por meio do SUS Fácil (apoio logístico) propiciaram todo um aparato mais bem direcionado. O planejamento dessa forma organizou o sistema, possibilitando sua operacionalização de forma mais integrada.

INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO DA RAU

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial opera com o suporte de um software, o SUS Fácil MG,⁷ e viabilizou-se com a implantação das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial (CR).⁸ Essas centrais estão presentes em 13 municípios-polo das macrorregiões de saúde. Funcionam de forma ininterrupta, 24 horas, com a presença de médicos reguladores plantonistas (investidos de autoridade sanitária) e contam com um médico coordenador regulador macrorregional. Abrangem os 853 municípios de Minas Gerais, representando cerca de 20 milhões de usuários potenciais do SUS.

Na Gerência de Regulação Assistencial (GRA) da SES, foi constituído também o Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento/SES-MG,⁹ composto por quatro coordenadores estaduais, com função estratégica de: apoiar, monitorar os dados relevantes do sistema; produzir os relatórios estatísticos e informações importantes para o aprimoramento do processo de regulação assistencial; e identificar a necessidade de adequações do sistema operacional informatizado (SUS Fácil MG).

Os objetivos definidos com a implantação do SUS Fácil MG são: organizar de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, garantindo a alternativa assistencial adequada aos usuários do SUS; e fortalecer a cooperação entre os gestores e os prestadores de serviços. Na entrevista

⁷ O *software* SUS Fácil pretende integrar a rede de atenção por meio da interligação entre Núcleo Estadual, Centrais de Regulação Macrorregionais e serviços de saúde presentes nos municípios. Segundo os entrevistados, a princípio, apenas a regulação das internações hospitalares tem sido feita pelo Sistema Estadual de Regulação, portanto, os pontos de conexão com esse sistema, nos municípios, são os hospitais; em municípios de pequeno porte, nos quais não existem hospitais, os pontos de conexão foram estabelecidos nas Secretarias Municipais de Saúde.

⁸ De acordo com o desenho regional proposto pelo PDR, 13 Centrais de Regulação Macrorregionais foram implantadas no período de janeiro de 2006 a junho de 2007, em regime de funcionamento ininterrupto. Em cada central, médicos reguladores exercem autoridade sanitária, delegada por lei pelo gestor estadual, sendo um deles o coordenador, portanto, vinculado ao Núcleo Estadual; além deles, existem técnicos de nível médio que operam o *software* (no mínimo, cinco no turno diurno e dois no noturno).

⁹ O Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento é formado por três reguladores estaduais, sendo um deles o coordenador. Além de configurar um apoio ao exercício dos reguladores macrorregionais, tal núcleo é responsável por monitorar o sistema, produzindo informações importantes e relatórios estatísticos.

com os responsáveis, ressaltou-se que esse sistema informacional permite a interface entre prestadores, gerentes e gestores, sistema hospitalar informatizado, possibilitando a qualquer um desses atores “enxergar” o mapa de leitos.

No caso específico da Atenção às Urgências e Emergências, foi criada a figura do Complexo Regulador da Assistência, por meio da Resolução SES MG n. 2.607, de 7 de dezembro de 2010. Trata-se de estrutura de representação da governança da rede, que tem como premissa garantir a melhor resposta, no tempo adequado, para situações de gravidade com potencial de deterioração rápida, com garantia de escuta médica ininterrupta e com autoridade delegada pelo poder público e pactuada com todos os componentes da rede para a gestão do fluxo mais correto de acordo com as linhas-guia. Suas decisões estão embasadas em três princípios: 1) gravidade (risco) estimada; 2) tempo máximo definido para a resposta à situação estimada; 3) recurso mais adequado para dar a resposta.

Essa estrutura tem como finalidade garantir e coordenar a resposta a uma situação aguda. O Complexo Regulador deve garantir que o recurso da pactuação regional (PPI) “siga” o paciente e seus relatórios devem servir de base para mudanças nesta na pactuação regional. O complexo também se responsabiliza pela regulação da transferência de pacientes, sendo o responsável pela garantia de transferência de situações de maior gravidade e que exijam transporte especializado (ex.: UTI móvel, transporte aéreo).

TRANSPORTE SANITÁRIO

A Resolução SES n. 2.024, de 16 de setembro de 2009, instituiu o Sistema Estadual de Transporte de Saúde (SETS) no estado de Minas Gerais, com o objetivo de implantar um sistema de logística em transporte, integrando os municípios das microrregiões do estado e obedecendo ao Plano Diretor de Regionalização.

O SETS foi criado para garantir o deslocamento mais eficiente de usuários do SUS para outro município, devendo os municípios organizarem-se por meio dos consórcios de saúde. Destina-se a constituir um completo sistema de logística de transporte em saúde integrando os municípios das microrregiões em um mesmo planejamento logístico, buscando mais eficiência, economia de escala e racionalidade administrativa.

O SETS deverá observar os vários tipos de transporte, visando otimizar custos e implementar uma metodologia de gestão de frota, bem como de um sistema de monitoramento para garantir o rastreamento da frota e controlar o fluxo dos veículos. Para o acompanhamento desse sistema, a SES implantou a Central de Gestão de Frotas, a sala de situação, o monitoramento e rastreamento de viaturas, o relatório de situação e o módulo intramunicipal.

No que refere ao transporte de urgência, o estado de Minas Gerais adota a lógica do SAMU regionalizado, com financiamento tripartite, segundo as disposições da Portaria Ministerial n. 2.972, de 2008. Esse estímulo visa melhorar a estruturação da logística da rede que é articulada pelo SAMU.

A determinação do quantitativo e a localização das bases descentralizadas observam o critério populacional e o critério tempo de resposta máxima de 60 minutos. Isso possibilita o atendimento a um maior percentual da população no menor tempo possível e o transporte dos usuários, em casos de urgência, para o ponto de atenção adequado.

Nesse aspecto, investe-se ainda na criação do projeto básico, para aquisição de aeronaves de asas fixas e rotativas para a prestação de suporte aeromédico. Nesse sentido e considerando as dimensões do estado, a SES-MG decidiu pela adoção desse meio, com aquisição de helicópteros para atender a alguns casos assim definidos:

- distâncias maiores que 250 km para RN e crianças;
- crianças com cardiopatias congênitas que necessitem de abordagem cirúrgica;
- cirurgias complexas que não possam ser realizadas pelos municípios de referência;
- casos clínicos de terapia intensiva que não podem ser resolvidos nas unidades com distâncias menores que 250 km;
- pacientes vítimas de trauma com indicação de tratamento e propeleuticas não existentes em distâncias menores que 250 km;
- recém-nascidos prematuros ou não com insuficiência respiratória e/ou sepse que não conseguiram vaga nas unidades com distâncias menores que 250 km;
- pacientes cardiopatas, com síndrome coronariana, AVC (Acidente Vascular Cerebral), que não consigam ter resolução do quadro nas unidades com distâncias menores que 250 km;

- pacientes com quadro de sepse, choque-séptico que não consigam ter resolução do quadro nas unidades com distâncias menores que 250 km;
- casos clínicos de terapia intensiva que necessitem de transporte onde não existem estradas ou estradas mal conservadas que impeçam o transporte terrestre.

A GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A Política de UE em MG está sendo implantada desde 2003/2004, e conforme o planejamento estadual, deverão ser organizadas 14 RAUs no estado até 2014. Assim, pode-se afirmar que a iniciativa em MG de ordenar a RAU iniciou-se antes de o MS criar a UPA. Por outro lado, a SES-MG não considera a UPA como prioridade para o avanço e a organização da RAU. As prioridades na área de urgência são de fato qualificar a UBS para atender aos casos e encaminhá-los corretamente; qualificar a rede hospitalar no que se refere ao trauma, AVC e infarto; organizar o SAMU; e implantar o transporte por meios aéreos.

A estruturação das RAUs visa ao atendimento em tempo e local oportunos, possibilitando a redução de mortes e sequelas evitáveis. A gestão da RAU dá-se por meio das seguintes estruturas: 1) comitê gestor macrorregional de urgência; 2) CIB macrorregional; e 3) consórcio público macrorregional para gestão do SAMU.

O Comitê Macrorregional de Gestão das Urgências caracteriza-se por ser um órgão técnico de suporte da CIB Macrorregional, que no seu âmbito também constitui câmaras técnicas para eventos específicos que apresentam metas de resultados (exemplo: trauma maior, infarto, AVC etc.).

Nesse sentido, um aspecto bastante positivo observado é que todas as avaliações são feitas com base em dados epidemiológicos e indicadores construídos para permitir o acompanhamento e subsidiar a decisão e os redirecionamentos. Dessa forma, o Monitoramento da RAU é feito por meio do acompanhamento de conjunto significativo de indicadores.

Além disso, vale destacar a organização dos municípios em consórcios estimulados pela SES-MG. O estado possui 65 consórcios de saúde que abrangem cerca de 750 municípios. Destes, três são consórcios temáticos da área de U/E. Esses consórcios gerenciam programas do governo estadu-

al com destaque para Viva Vida, SETS e Urgência e Emergência. Segundo informações da SES, atualmente são realizados pelos consórcios de saúde de MG cerca de 700 mil consultas especializadas e 700 mil procedimentos diagnósticos por ano.

De acordo com a SES-MG, a questão da “linguagem” passa a ser fundamental para a integração entre os diferentes componentes das redes. Por essa razão, foi feita a opção pela implantação de um protocolo de Classificação de Risco, como elemento organizador da rede regional, implantado até mesmo na Atenção Primária, dando concretude ao fato de que, em situações agudas, o paciente terá de ser atendido em algum ponto do sistema, deixando clara, assim, a atribuição de cada um deles. Essa escolha tem possibilitado grande transformação cultural na rede básica, induzindo ao atendimento de pacientes com queixas agudas.

O Protocolo de Manchester¹⁰ já está implantado em cerca de 3 mil pontos de atenção. Também foi criado um padrão estadual para novas UBSs que estão sendo construídas. Foi criada uma sala de situação na SES que permite o monitoramento da rede de atenção às urgências em todo o estado.

AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Para implantação das UPAs, o estado de Minas Gerais criou uma planta padrão e apoia financeiramente a implantação de UPA III. Segundo dados fornecidos pela Secretaria Estadual, o governo de Minas até 2014 investirá mais de R\$ 40 milhões na construção de novas unidades, com previsão de custeio da ordem de mais de R\$ 35 milhões/ano em UPA em todo o estado.

Conforme já indicado, a SES-MG não considera a UPA como uma prioridade para o avanço e a organização da RAU. Para os gestores, a UPA

¹⁰ Trata-se de metodologia de trabalho implementada em Manchester, em 1997, e amplamente divulgada no Reino Unido, estando em curso sua aplicação em vários outros países como Portugal, Suécia, Holanda e Espanha. Além disso, o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBACR) está autorizado pelo Modelo de Manchester (MTG) e Grupo Português de Triagem (GTP) a implantá-lo no Brasil. O objetivo do protocolo é estabelecer um tempo de espera pela atenção médica e não de estabelecer diagnóstico. O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o fluxograma de decisão. Por fim, estabelecer o tempo de espera que varia de acordo com a gravidade.

é uma oportunidade para os municípios de grande porte desafogarem as portas de entrada mais complexas, em razão do seu papel de instância intermediária entre a Atenção Primária e a Rede Hospitalar. Para as cidades menores, a diretriz da SES-MG é a vinculação das UPAs aos hospitais de média complexidade.

O estado planejou as UPAs nas redes desenhando-as como parte do complexo pré-hospitalar, junto com o SAMU e o sistema de regulação do acesso (SUS Fácil). O Plano de implantação das UPAs foi definido após o plano estadual e vêm sendo atualizado com as implantações das UPAs e com a edição de novas portarias ministeriais.

Vale ressaltar que a gestão estadual entende que para apoiar a implantação de UPA no estado alguns critérios e pressupostos necessitam ser observados. Conforme já explicitado anteriormente, a gestão estadual acredita que as UPAs no contexto de implantação da Rede de Urgência e Emergência são estruturas para atendimento de urgências de menor complexidade e tem maior função em municípios de maior população como retaguarda para horários e dias de não funcionamento da Atenção Primária. Essas unidades devem se vincular de modo formal a um hospital de referência e não devem atender em nenhuma hipótese, em uma rede organizada, a casos de trauma maior, e nem substituem a resposta hospitalar nem a responsabilidade da Atenção Primária.

As UPAs têm como principal missão atender aos usuários do SUS que apresentam quadro clínico agudo de qualquer natureza, devendo funcionar nas 24 horas durante sete dias da semana. Devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível da média complexidade, além de garantir assistência às urgências com observação até 24 horas para a própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

AS UPAS DO PONTO DE VISTA DOS GESTORES MUNICIPAIS

De acordo com os gestores municipais de saúde entrevistados em Minas Gerais, serviços de saúde com papel semelhante às UPAs foram implantados nos diferentes municípios como serviços municipais, precedendo, em várias décadas, a política do MS. Desse modo, as propostas de RAU e UPA são consideradas um reforço às diretrizes que já vinham sendo implan-

tadas, trazendo novos incentivos financeiros para a construção e a manutenção destas unidades.

Além disso, em grande parte dos municípios visitados, as UPAs foram planejadas para integrarem as Redes de Atenção às Urgências, na medida em que a regionalização e a organização de Redes de Atenção à Saúde são duas diretrizes incorporadas pelos gestores públicos do SUS no estado de Minas Gerais há vários anos, antecedendo também as ideias do MS.

Entretanto, diferentemente da Região Metropolitana de Belo Horizonte, na qual foi possível observar grande identidade regional com projetos mais coesos, em outras regiões visitadas foi possível verificar enorme diversidade no processo de formulação e na implantação das UPAs.

Verificou-se que de modo geral o processo de elaboração do Plano de Ação Regional das RAUs indica a construção de forma ascendente, com a participação de vários municípios na lógica microrregional e pactuado com o gestor estadual.

Quanto a critérios, motivos e expectativas para implantação da UPA, de modo geral os gestores dos municípios avaliam que essas unidades têm melhorado os encaminhamentos aos hospitais, sendo ponto de extrema importância na RAU. Segundo os relatos, houve ampla participação dos atores-chave na formulação/elaboração da proposta (CIB, CIR, Cosems, Consórcio Intermunicipal e Comitê Gestor da Macrorregião). Nos municípios, quem mais vem participando e conduzindo esse processo é o coordenador da RAU.

No que se refere ao gerenciamento das unidades, a maioria é gerenciada por consórcios intermunicipais, atendendo a mais de um município. No município de BH, que possui várias unidades, a gerência é municipal.

Em Belo Horizonte, o custeio das UPAs é composto em 25% de recursos federais e os 75% restantes são financiados pelo município. Não existe cofinanciamento por parte da esfera estadual. Nas outras regiões, todos os gestores foram unânimes em afirmar que a maior parte do custeio está a cargo do município e do estado, e para uma situação mais equânime é necessário que a União aumente consideravelmente o seu percentual nesse processo.

Os gestores afirmam que há boa resolutividade nas UPAs, estando no geral todos muito satisfeitos. A gestora da RAU de BH afirmou que possuem dados que revelam que nas UPAs há em média resolução de 90% dos casos e redução de 15% na mortalidade das urgências. Dos pacientes, 95%

saem em até 72 horas com alta ou internação. Todavia, ainda há muitos atendimentos realizados que são de competência da Atenção Básica.

Quanto à inserção da UPA na Rede de Atenção à Saúde, são apontados vários desafios. No caso da articulação entre as UBSs/PSF e as UPAs, foram ressaltadas algumas dificuldades de integração, na medida em que o processo de implantação das UPAs nem sempre foi acompanhado pelas equipes das UBSs das áreas de abrangência. Além disso, não há registro eletrônico, sendo todas as informações dos pacientes registradas em papel e a comunicação entre profissionais é feita por telefone. Destaca-se ainda que a UPA não é agente matriciador, todavia, desenvolve alguns processos de educação e apoio para a Atenção Básica.

As articulações existentes entre os hospitais, a Atenção Primária, os Prontos-Socorros e as UPAs são possibilitadas pelo Complexo Regulador da RAU, onde ele está estruturado, reunindo a central de regulação e o SAMU. Há, todavia, em Minas Gerais, ainda grande deficiência nos mecanismos de referência e contrarreferência, sendo um grande desafio a sua organização e qualificação.

A integração/coordenação e a articulação com o SAMU vêm ocorrendo desde o início, em que pesem alguns SAMUs estarem ainda se organizando em várias regiões. De qualquer forma, cabe à UPA solicitar a sua retaguarda sempre que a gravidade ou a complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade. Cabe ainda à UPA funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU.

De modo geral, nas situações de urgência/emergência, o estabelecimento de origem realiza a solicitação de internação/transferência, pelo Sistema SUS Fácil MG. O paciente é levado para atendimento em uma das portas de acesso, a fim de evitar sequelas ou o evento morte. Esse atendimento ambulatorial, de responsabilidade dos gestores municipais, por meio das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), PAM (Pronto Atendimento Médico), UAI (Unidade de Atendimento Imediato) e outros, dá-se até as primeiras 24 horas, contadas da Classificação de Risco e efetivo atendimento do paciente.

Não sendo caso de alta médica, ou seja, decidindo-se pela sua internação hospitalar, o profissional médico assistente faz o cadastramento do paciente no sistema informatizado SUS Fácil, com vista à disponibilização

de um leito para sua internação, responsabilizando-se pela atualização da evolução do quadro clínico do paciente a cada 12 horas.

A partir do cadastro do paciente no SUS Fácil MG, a responsabilidade pela busca do leito hospitalar para o usuário é do Gestor Estadual, por meio de suas centrais macrorregionais de regulação assistencial, em que conta, em cada uma delas, com um profissional médico regulador, investido de poder de polícia sanitária, podendo, se for o caso, fazer a compra privada de leito particular, às expensas da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

AS UPAS DO PONTO DE VISTA DE SEUS PROFISSIONAIS

Segundo a maioria das opiniões de gerentes das 15 UPAs avaliadas, bem como de seus médicos e enfermeiros, essas unidades são consideradas serviços de âmbito regional, inseridas em uma rede de serviços e com adequada infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos.

No que se refere aos recursos humanos, observou-se a existência de número de médicos e de atendimentos acima dos parâmetros estipulados pelas Portarias do Ministério da Saúde, embora as respostas indiquem a insuficiência de pessoal de enfermagem e de médicos clínicos. As modalidades de contratação predominantes desses profissionais são estatutárias (em 50% dos casos), seguida de contrato por regime especial temporário (em 35,7%). O principal empregador indicado é a Secretaria Municipal de Saúde em 71,4% dos casos.

Quanto à estrutura tecnológica, a maioria dos profissionais a considera adequada, embora a minoria das opiniões indique a falta de equipamentos para ecografia, endoscopia e ultrassom, e de medicamentos específicos. O número de leitos para observação é adequado e encontra-se também acima dos parâmetros estipulados.

Quanto aos aspectos gerenciais da UPA, todas contam com gerentes formalmente indicados para a função. Segundo os gerentes dos serviços, 93% das UPAs foram implantadas na perspectiva de organização da RAU na microrregião e consideram a localização adequada. Os coordenadores das UPAs indicam que as SMS, a SES e o Ministério da Saúde influem nas suas decisões na unidade. Quase a totalidade (93%) dos coordenadores avalia que a sua unidade interage com os outros componentes da RAU no seu processo decisório.

Menos de um terço das unidades possui contratos de gestão, embora 60% dos coordenadores das UPAs refiram a existência de mecanismos de avaliação da unidade. Esse mesmo percentual de coordenadores indica a SMS como o órgão principal que realiza a avaliação e 13% referem o MS e a SES como responsáveis pela avaliação.

Entretanto, 47% dos coordenadores mencionam que não existem **indicadores de monitoramento do funcionamento da UPA** implantados; 33% dos coordenadores indicam a existência desses indicadores definidos pela equipe da UPA; e 27% referem que existem indicadores definidos pelas secretarias de saúde. Quanto a **metas de produção da unidade**, 67% dos coordenadores citam que não existem e 27% dos coordenadores referem que existem metas definidas pela secretaria de saúde ou pela equipe da unidade.

No que se refere à integração da unidade na rede de serviços, observa-se que a demanda encaminhada pelas Unidades Básicas de Saúde e pelo SAMU é considerada muito frequente, embora a demanda das UBSs seja considerada inadequada na maioria das vezes.

Os serviços de saúde considerados de grande demanda para encaminhamento de pacientes atendidos nas UPAs incluem: leitos hospitalares e retaguarda hospitalar para emergências; Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Unidades Básicas de Saúde; ambulatórios de especialidades médicas; e UTI. Entretanto, a disponibilidade desses serviços para encaminhamento da UPA é considerada regular ou ruim pela maioria dos profissionais. Os serviços menos disponíveis para encaminhamento são os ambulatórios de especialidades não médicas e outras UPAs.

Em grande parte dos casos, os encaminhamentos contam com o uso de formulários institucionais e com o suporte do SUS Fácil, no caso das internações. Mesmo assim, foram constatadas situações frequentes de permanência do paciente por mais de 24 horas na UPA em razão da ausência de vagas para leitos hospitalares.

Quanto à demanda atendida, os profissionais de saúde consideram, na sua maioria, que é superior à capacidade instalada. As faixas etárias indicadas como as mais atendidas são de 20 a 39 anos e de 40 a 49 anos, e apenas nas UPAs II ressalta-se o atendimento acima de 60 anos. Na média geral, é elencada a seguinte classificação de faixa etária atendida: Crianças e Adolescentes – 13,3%; Adultos – 60,0%; Idosos – 20,0%.

As condições mais frequentemente atendidas nas UPAs referem-se à agudização de condições crônicas, incluindo: hipertensão/crise hipertensiva/insuficiência cardíaca; Diabetes Mellitus e complicações; infecções respiratórias agudas; dor torácica/infarto agudo; DPOC e Asma; e afecções do trato urinário.

Com respeito à prática clínica, a maioria dos profissionais da UPA refere que utiliza protocolos de Classificação de Risco, sendo ainda orientada rotineiramente por demais protocolos clínicos, embora um número significativo (cerca de 40%) refira que não usam protocolos. Esse último aspecto é mais frequente nas UPAs de porte II e III.

Na maioria, os protocolos utilizados são fornecidos pela direção e/ou implantados formalmente na UPA. Quanto à avaliação da capacidade de resolução da UPA, a grande maioria dos profissionais (mais de 70%) a avalia como boa e 7% como ótima.

CONCLUSÕES

Foi possível, no âmbito desse trabalho, identificar um conjunto de fatores facilitadores e de entraves existentes tanto no processo de constituição das Redes de Atenção às Urgências em Minas Gerais quanto no próprio desempenho das UPAs, resumidamente indicadas a seguir.

5.4 A CONSTITUIÇÃO DA RAU NO ESTADO DE MG

REGIONALIZAÇÃO

A estrutura organizacional da SES-MG mostrou-se preparada para a implantação e o acompanhamento de Redes Regionais de Atenção à Saúde. A Gestão Estadual tem atuação bastante forte como coordenadora do processo de regionalização no estado. O processo de avaliação instituído na SES-MG, bem como a existência de salas de situação em tempo real são utilizados como potentes instrumentos de gestão e de apoio ao processo de regionalização.

As regiões estão todas definidas e, de modo geral, as CIR trabalham adequadamente respeitando essa lógica regional. Os territórios sanitários são bem configurados e os pontos de atenção são claramente identificados

com competências bem definidas. Foram detectados modelos de governança e custeio compartilhado por microrregiões, e a operacionalização dos serviços nas regiões de saúde é realizada por meio de consórcios intermunicipais que vêm operando de forma bastante satisfatória.

REGULAÇÃO DO ACESSO E APOIO LOGÍSTICO

A implantação da regulação do acesso, por meio do Sistema Estadual da Regulação Assistencial, está razoavelmente avançada com o desenvolvimento do SUS Fácil. Observou-se a existência de Plano Estadual com metas para estruturação dos complexos reguladores por todo o estado, integrando a Central de Urgência do SAMU e a Central de Regulação Assistencial Macrorregional com protocolos preestabelecidos.

Observou-se ainda a existência de desenho e pactuação dos fluxos micro e macrorregionais a partir da Classificação de Risco utilizada, bem como a adoção de nova tipologia hospitalar, com configuração mínima e investimentos por parte do estado e MS em equipamentos, construção/adequação de áreas e capacitação das equipes. Ressalta-se também a Política de Expansão e Regionalização do SAMU e de novos leitos de terapia intensiva a serem instalados em microrregiões.

Detectaram-se ainda investimentos na reorganização do transporte sanitário regional, incluindo o transporte aéreo sanitário com a viabilização de 50 horas/mês de voo de helicóptero em parceria com a Polícia Militar de Minas Gerais, e previsão de aquisição de aviões e helicópteros.

MODELO DE REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A SES-MG desenvolveu um modelo próprio de RAU, primeiramente implantado na Região de Montes Claros, e busca sua disseminação nas demais microrregiões do estado. A constituição do Comitê Macrorregional de Gestão das Urgências, como órgão técnico de suporte ao Colegiado de Gestores Bipartite (CIB) Macrorregional, auxilia na implantação desse modelo.

A implantação de UPA não é considerada como uma prioridade para a organização dessas RAUs. As prioridades na área de urgência são de fato: qualificar as UBSs para atender aos casos e encaminhá-los corretamente;

qualificar a rede hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias; qualificar o SAMU; e implantar o transporte por meio aéreo.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO CUIDADO VOLTADOS AO ATENDIMENTO DE U/E

Identificou-se a adoção progressiva em todas as estruturas de atendimento (incluindo a Atenção Primária) do Protocolo de Manchester como potente mecanismo de classificação de risco dos atendimentos, determinando os tempos de resposta e o fluxo na RAU.

Outra iniciativa importante em relação à gestão do cuidado foi a informatização, por meio do software ALERT, adquirido pela SES-MG, e em processo de implantação em alguns pontos, com comunicação pela internet. O software é constituído por três sistemas – o Alert Manchester, que é utilizado para classificação do paciente antes da consulta em unidades de atendimento básico; o Alert Edis, que é uma ferramenta de gestão clínica que possibilita o controle completo do atendimento, arquivando o prontuário do paciente; e o Alert ADW, software estatístico que possibilita a criação de relatórios analíticos com base nos dados do Alert Manchester e do Alert Edis.

ENTRAVES OBSERVADOS NA GESTÃO DA RAU

Apesar dos fatores facilitadores acima indicados, alguns entraves observados referentes à gestão da RAU incluem:

- burocratização no processo de qualificação de todos os componentes da Rede;
- desconhecimento por parte dos gestores das RAUs quanto ao financiamento, mesmo entre aqueles com mais de 24 meses de coordenação da RAU, além do financiamento insuficiente para sua estruturação;
- insuficiência na capacidade gestora para monitoramento do funcionamento da RAU, e fragilidades no processo de acompanhamento do desempenho dos componentes da Rede;
- dificuldades na relação com prestadores e ausência de compromissos e metas claramente estabelecidas (contratualização incipiente); e

- deficiências na capacitação/qualificação dos profissionais para atuação nos componentes da Rede.

5.5 DESEMPENHO DAS UPAs NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Foi observado um conjunto importante de fortalezas e fragilidades no desempenho das UPAs no estado de Minas Gerais, conforme resumo a seguir.

n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)

GESTÃO DA UNIDADE

Observou-se a existência de consórcios fomentados pela SES para Gerência das UPAs, bem como o caráter regional das UPAs, particularmente as consorciadas, que já nascem com esse caráter regional.

Ressalta-se ainda a existência de algum mecanismo de avaliação na maior parte das UPAs analisadas, a partir de dados rotineiramente coletados, que, entretanto, se referem mais ao perfil da demanda e aos dados administrativos que à trajetória assistencial do paciente e ao processo de atenção.

Em contrapartida, detectaram-se algumas fragilidades na gestão da unidade, relacionadas a:

- Fraca atuação das Comissões Intergestores Regionais nas UPAs e processo burocrático para qualificação das unidades moroso.
- Financiamento insuficiente e com a participação muito elevada do município no custeio. As contrapartidas federais embora venham melhorando ainda não são suficientes.
- Ausência de planejamento local com metas definidas, mecanismos frágeis de monitoramento das UPAs pelos municípios, apesar de a maioria das unidades possuir monitoramento por meio de reuniões e supervisão, mas sem a definição de indicadores.
- Boa parte dos coordenadores de UPA apresenta desconhecimento sobre contrato de gestão.

RECURSOS HUMANOS

Quanto à qualificação dos profissionais das UPAs, destaca-se a existência de Núcleo de Educação no âmbito estadual voltado às urgências, e a

utilização do Canal Minas Saúde que promove a capacitação dos profissionais a distancia.

Boa parte dos profissionais possui vínculo estatutário, todavia, ainda há forte presença de vínculos precários com a existência de contratos temporários. Boa parte dos médicos escolheu trabalhar na UPA por afinidade com o objeto de trabalho e possui expectativa de longa permanência.

As principais fragilidades no que se refere aos recursos humanos nas UPAs incluem:

- insuficiência de profissionais, particularmente técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos clínicos;
- alta rotatividade de médicos nos serviços;
- profissionais com formação deficiente em urgência e emergência.

INTEGRAÇÃO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE

De acordo com os coordenadores, a demanda encaminhada pela Atenção Básica (AB) é em cerca de 70% dos casos considerada pertinente. Para o acesso aos leitos hospitalares, as unidades utilizam o sistema de regulação disponibilizado (SUS Fácil) na grande parte dos casos. Para tanto, os setores de regulação regional e estadual vêm atuando junto com a regulação municipal.

Em termos de fragilidades, a maioria dos gerentes de unidades indica que a população tem dado preferência para o atendimento na UPA, que vem sendo utilizada como substituição da AB no período noturno e fins de semana. Observa-se ainda alto volume de encaminhamentos feitos pelas UBSs para as UPAs I e II e do SAMU para as UPAs III. Além disso, a informatização das unidades de saúde é precária e a comunicação é ainda insuficiente entre as unidades.

Outra fragilidade refere-se aos mecanismos inadequados de contrarreferência da UPA para AB, por dificuldades de infraestrutura na AB. Para o encaminhamento aos SADT e ambulatorios de especialidade ainda há alto índice de solicitações por meio de contato pessoal. Outra grande dificuldade indicada refere-se à obtenção de vagas para internação hospitalar e vagas em UTI, o que vem acarretando a permanência dos pacientes por de mais de 24 horas nas UPAs.

INFRAESTRUTURA DA UNIDADE

As condições de infraestrutura são bem avaliadas pelos profissionais médicos e enfermeiros e constata-se satisfação, pela maior parte dos coordenadores do serviço, quanto à suficiência dos equipamentos. Constatou-se, entretanto, insatisfação por parte dos coordenadores do serviço quanto à suficiência dos equipamentos para apoio diagnóstico em algumas áreas.

ATENDIMENTO REALIZADO

A maior parte dos profissionais médicos e enfermeiros avaliou como boa ou ótima a capacidade de resolução de problemas de saúde atendidos na UPA. Todos os médicos foram unânimes em afirmar que existe Classificação de Risco.

Há protocolo técnico nas práticas de enfermagem em todas as unidades avaliadas, e esses profissionais se reúnem sistematicamente e utilizam prontuário único da equipe na maior parte das UPAs analisadas.

Todos os profissionais avaliam como boa a disponibilidade de exames e medicação, e avaliam positivamente os procedimentos cirúrgicos nas UPAs. Entretanto, a maioria dos médicos considera que a demanda é superior à capacidade de atendimento, que a UPA atende predominantemente a casos de risco intermediário, e que ocorre o atendimento de volume significativo de condições crônicas agudizadas, como, por exemplo, de casos descompensados de diabetes e hipertensão arterial.

5.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Com o intuito de contribuir com a qualificação das UPAs em Minas Gerais, apresenta-se como parte final deste estudo um conjunto de considerações e recomendações.

Inicialmente, deve-se considerar o processo de implantação das UPAs a partir da política do Ministério da Saúde, no âmbito das Redes de Atenção à Saúde no estado de Minas Gerais. Nessa perspectiva, o fato de o gestor estadual ter desenvolvido uma concepção própria de RAS, ter implantado inicialmente um modelo de RAU na região de Montes Claros e inúmeros municípios já possuírem uma rede de unidades de pronto atendimento (UAI

– Unidade de Atendimento Imediato) possibilitou que a política federal fosse integrada às diretrizes e às necessidades do estado e das regiões, de modo que a localização das UPAs emergisse efetivamente de decisões regionais, no âmbito das RAS, e não apenas da relação entre gestor municipal isolado e gestor federal.

Mesmo assim, a forma como ocorreu o processo de implantação das UPAs e o momento em que ocorreu, especialmente em ano eleitoral das administrações municipais, levaram ao afogadilho na implantação de muitas UPAs, o que não possibilitou maior integração com os demais pontos de atenção, especialmente a AB e a atenção hospitalar.

Em contrapartida, apesar de a atenção dispensada pelas UPAs em Minas Gerais poder ser avaliada como boa/satisfatória, seja pelo investimento realizado e infraestrutura existente, seja pela atenção dispensada com grande prontidão nas 24 horas, observa-se que ainda persiste demanda elevada (maior de 70%) de risco azul (não urgente) e verde (pouco urgente), em razão das condições ofertadas pela AB. Nesse aspecto, destacam-se o não funcionamento das UBSs nos períodos noturnos, em fins de semana e feriados, além da demora e da dificuldade na realização de exames e consultas com especialidades, bem como as demandas advindas de municípios e regiões vizinhas, em busca do bom atendimento da UPA.

O pronto atendimento e a qualidade do serviço ofertado pelas UPAs, no que se refere aos casos classificados como urgente (amarelo), muito urgente (laranja) e de emergência (vermelho), têm levado a uma crescente procura, uma vez que muitas UPAs tornaram-se mais qualificadas que vários serviços de portas de hospitais, persistindo as dificuldades de internação hospitalar em razão da baixa disponibilidade de leitos para casos mais complexos.

Nesses aspectos, as UPAs correm o risco de se tornarem tanto opção para o pronto atendimento que deveria ser realizado também pela AB, especialmente para os casos de agudização de condições crônicas (riscos azul e verde), quanto para a internação de casos urgentes. Nesse sentido, podem-se constituir em unidades que dificultam a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em vez de se apresentarem como um facilitador, na medida em que estimulam a atenção de pronto atendimento às urgências, sem inserção em um processo de atenção integral, contínua e permanente.

Essa constatação indica os limites de propostas de redes especializadas, quando desenvolvidas isoladamente, e a necessidade em se desenhar e implantar estratégias adequadas para a organização de RAS.

Considerando a atuação do gestor estadual e dos gestores municipais em Minas Gerais, no sentido de fortalecimento da regionalização e da implantação de RAS, recomenda-se o desenvolvimento de ações que qualifiquem a AB e os serviços que lhe dão retaguarda (ambulatorios de especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico), na perspectiva da implantação de linhas de cuidado, bem como o desenvolvimento de ações que promovam uma integração mais estreita das UPAs com as UBSs, a fim de garantir o cuidado continuado dos pacientes.

Nessa perspectiva, o processamento das informações coletadas pelas UPAs, tanto do perfil da demanda quanto do trajeto dos pacientes, deve ser utilizado para avaliar as demandas em diferentes municípios e regiões, e dessa forma auxiliar no desenho de estratégias de qualificação do cuidado em saúde na AB.

Em contrapartida, a dificuldade generalizada de encaminhamento dos casos mais graves, por falta de vagas em leitos e na UTI, indica a necessidade de se repensar a rede hospitalar nas diferentes regiões de Minas Gerais e de desenhar estratégias conjuntas entre os gestores em saúde, considerando a significativa diferença na capacidade instalada de leitos nas várias regiões do estado.

Quanto às questões referentes ao gerenciamento da UPA, torna-se evidente a necessidade de definição de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação das unidades, bem como a definição clara de indicadores e de contratos de metas a serem atingidas.

No que tange ao financiamento, detectou-se alta participação dos governos municipais, o que pode levar, ao longo dos anos, à falta de recursos para manutenção, especialmente das equipes de profissionais de saúde, conforme as mudanças das administrações e das prioridades nas três esferas de governo. Nesse sentido, a vinculação dessas unidades, de modo mais efetivo às RAU e às RAS, no âmbito da regionalização cooperativa, pode se constituir em elemento garantidor de sua continuidade e financiamento.

5.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIVROS E TEXTOS

IBANEZ, N. (Coord.) **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e desempenho das unidades de Pronto atendimento (UPA)**. Brasília, 2011.

MAFRA, A. A. *et al.* Rede de Urgência e Emergência. In: MARQUES, A.J.S.; Mendes, E.V.; Lima, H.O. **O Choque de Gestão em Minas Gerais: Resultados na Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. 360 p.

MARQUES, A. J. S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência: estudo de caso**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/REDE-DE-URGENCIA-E-EMERGENCIA-NORTE-MINAS-Estudo-de-Caso.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

_____. **Implantação da Rede de Urgência e Emergência no estado de Minas Gerais** – alinhamento conceitual e matriz de competência dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. (Oficina Microrregional 1). Disponível em: < <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Oficina%20Microrregional%20Final.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2013.

VIANA, A. L. A. (Coord.). **Avaliação nacional das comissões intergestores bipartites (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS** – relatório estadual Minas Gerais. s.l.: USP/Fiocruz, 2010.

PORTARIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.648, de 7 de novembro de 2011**. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAPÍTULO 6
AS UNIDADES
DE PRONTO
ATENDIMENTO
NO ESTADO DE
SÃO PAULO

AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DE SÃO PAULO

6

OZIRIS SIMÕES
NELSON IBAÑEZ

O presente capítulo apresenta e discute os resultados da pesquisa Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no estado de São Paulo, que identifica os condicionantes (facilitadores e entraves) de implantação e funcionamento desses serviços. Nossa abordagem, de natureza eminentemente qualitativa, envolveu: entrevistas semiestruturadas com dirigentes da secretaria estadual e das secretarias municipais de saúde; entrevistas estruturadas (questionários) com os coordenadores e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) das UPAs; análise de informações documentais e dados secundários.

Em setembro de 2012, o Ministério da Saúde disponibilizou nova planilha com informações relativas às UPAs em funcionamento em todo o território nacional. De acordo com essa planilha, São Paulo contava com 36 UPAs, sendo 10 de porte I, 18 de porte II e 8 de porte III, localizadas em 17 municípios diferentes (Araraquara, Atibaia, Batatais, Bauru, Campinas, Diadema, Guarujá, Guarulhos, Itatiba, Mauá, Olímpia, Piracicaba, Praia Grande, Ribeirão Preto, Rio Claro, Santo André, São Bernardo do Campo). Do total, 11 UPAs encontravam-se na Grande São Paulo, estando as demais distribuídas por seis regiões do interior do estado. A capital do estado não implantou nenhuma UPA. O município de São Paulo optou por um modelo de unidades de atendimento às urgências, as AMAs, diferente da proposta do Ministério da Saúde. No período foram implantadas 116 AMAs, em diferentes regiões do município, conforme Estudo AMAs (2012).

A pesquisa de campo foi realizada em um conjunto de UPAs previamente selecionado. Para a composição dessa amostra intencional e de conveniência, foram levados em conta critérios de natureza diversa, explicitados a seguir:

- Localização da unidade: região metropolitana e interior; região de saúde.
- Porte da unidade: UPAs de porte I, II e III.
- Dimensão populacional: a fim de incluir municípios com tamanhos populacionais variáveis.
- Complexidade da oferta de serviços – encarada como um fator que deve facilitar o desempenho das UPAs em uma rede de urgência e emergência (U/E) –, bem como a proporção dos serviços oferecidos pela área pública.
- A existência de universidades no entorno da cidade: relação de apoio também foi interpretada como favorável ao desenvolvimento da Rede de Atenção às Urgências (RAU).
- Razão de internações: critério utilizado levando em conta a proporção de internações importadas por internações exportadas.
- Proporção de médicos com vínculos no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Proporção da Atenção Básica (AB) na produção ambulatorial, a partir dos resultados de estudo em que os municípios foram agrupados em seis categorias¹ – quatro destas foram contemplados na amostra.

Esses critérios estão sintetizados no Quadro 1.

¹ Grupo 1: composto por 15 municípios, com baixa complexidade de serviços e indicadores sociais desfavoráveis. Grupo 2: composto por 12 municípios com média complexidade de serviços e indicadores sociais menos favoráveis. Grupo 3: composto por 8 municípios com alta complexidade de serviços e indicadores sociais menos favoráveis. Grupo 4: composto por 5 municípios com baixa complexidade de serviços e indicadores sociais mais favoráveis. Grupo 5: composto por 9 municípios de média complexidade de serviços e indicadores sociais mais favoráveis. Grupo 6: composto por 13 municípios com alta complexidade de serviços e indicadores sociais mais favoráveis. (PROESEF, 2005).

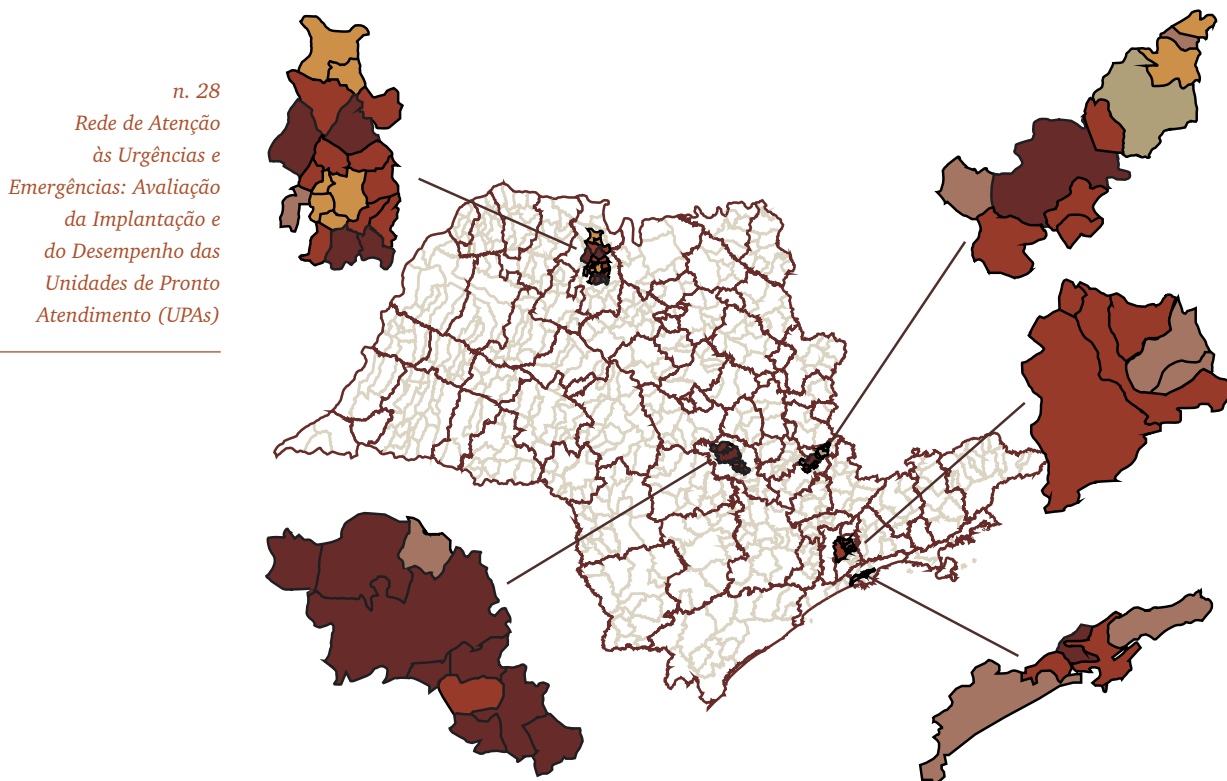
QUADRO 1 **Critérios para seleção dos municípios como casos de estudo do desempenho das UPAs em relação à rede U/E, estado de São Paulo – 2012**

MUNICÍPIOS	PORTE	DRS	REGIÕES DE SAÚDE	RAZÃO DE INTERNAÇÃO	PROPORÇÃO DE MÉDICOS COM VÍNCULO NO SUS	PROPORÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PRODUÇÃO AMBULATORIAL (%)	GRUPO HOMOGÊNEO DE MUNICÍPIOS	MOTIVOS DE ESCOLHA
Guarujá	II	BAIXADA	BAIXADA	1,03	60,6	44,4	1	Pertencer ao litoral e a rede da baixada
Campinas	III — I	CAMPINAS	CAMPINAS	0,82	57,7	24,2	6	Metrópole, densidade de serviços e maturidade no SUS, experiência na regionalização e apoio de universidade
São José do Rio Preto	III	SJR PRETO	SJR PRETO	0,84	90,1	26,9	6	Interior, característica da região com vários municípios pequenos
São Bernardo do Campo	I — II — III	GDE S PAULO	GDE ABC	1,07	35,4	43,2	4	Região metropolitana de São Paulo, tipo de inserção da UPA na rede municipal
Piracicaba	I — II — III	PIRACICA-BA	PIRACICABA	1,08	60,4		2	Interior, quantidade de UPA

FONTE: AUTORES. *SEGUNDO GRUPOS DE MUNICÍPIOS HOMOGÊNEOS POR CLUSTER DE ACORDO COM A COMPLEXIDADE DE SERVIÇOS E INDICADORES SOCIAIS, COM NUMERAÇÃO CRESCENTE

Os municípios selecionados e as regiões de saúde a que pertencem estão representados no Mapa 1:

MAPA 1 **Mapa de São Paulo com as divisões por regiões de saúde, em destaque as selecionadas**



Nos cinco municípios foram selecionadas oito UPAs com portes diferenciados. Nos municípios com maior número de unidades implantadas, foram estudadas duas unidades, como foi o caso das cidades de São Bernardo do Campo, Campinas e Piracicaba.

O Quadro 2 apresenta a lista de cidades, identificando cada UPA estudada, segundo seu porte, nome e localização geográfica.

QUADRO 2 **Amostra das UPAs por municípios no estado de São Paulo**

AMOSTRA DAS UPAS POR MUNICÍPIOS SELECIONADOS DO ESTADO SP			
MUNICÍPIO	PORTE	UPA	ENDEREÇO
Guarujá	II	UPA Enseada Paulo Flavio Afonso Piasenti	Av. D. Pedro I c/ Av. Atlântida – Bairro Enseada – CEP 11450-000
São Bernardo do Campo	III	UPA São Pedro	Rua D. Pedro de Alcântara n. 273 – Vila São Pedro – CEP 09771-281
	II	UPA União Alvarenga	Estrada dos Alvarengas, n. 5.779 – Bairro Alvarenga – CEP 09850-550
Campinas	I	UPA São José	Rua Bertolo Fernando de Castro, s./n. – Jardim Bandeira 02 – CEP 13051-116
	III	UPA Sérgio Arouca	Rua Dirce de Oliveira Santos 280 – Campo Grande – CEP 13058-002
Piracicaba	III	UPA Piracicamirim – Dr. Fortunato Losso Neto	Rua Rio Grande do Norte n. 135 – Bairro Vila Prudente – CEP 13420-500
	I	UPA Vila Rezende Dr. Alfredo José de Castro Neves	Avenida Conceição n. 350 – Bairro Vila Resende – CEP 13405-280
São José do Rio Preto	III	UPA Região Norte “Dr. Gilberto Lopes da Silva Júnior”	Rua Manoel esquina Rua Josepha Voltarelli Sanfelice, s./n. – Bairro Jardim Antunes – CEP 15047-101

O Quadro 3 apresenta a distribuição das 62 entrevistas realizadas em São Paulo, discriminando os entrevistados, segundo as várias categorias de gestores, dirigentes e profissionais de serviços (das UPAs e das Unidades Básicas de Saúde, UBSs).

QUADRO 3 **Entrevistas realizadas no estado de São Paulo***

MUNICÍPIO	N. UPAs	GESTORES						UPAS			UBS	Total
		SMS	REG	U/E	Reg	AB	CH	GER	MED	ENF	GER	
Guarujá	1	1	-	1	1	1	-	1	2	1	1	9
São Bernardo do Campo	2	1	-	1	1	1	1	2	4	2	2	15
Campinas	2	1	-	1	1	1	1	2	4	2	1	14
Piracicaba	2	1	-	1	1	1	-	2	3	2	1	12
São José do Rio Preto	1	1	-	1	1	1	-	1	2	1	1	9
SES	-	-	1	1	2	-	-	-	-	-	-	4
Cosems	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	8	5	1	6	6	5	2	8	15	8	6	62

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

FONTE: AUTORES. *SMS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE), REG (COORDENADOR DE REGIÕES DE SAÚDE DE SES-SP), U/E (COORDENADOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – UM ESTADUAL E CINCO MUNICIPAIS), REG (COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO – UM ESTADUAL E CINCO MUNICIPAIS), AB (COORDENADOR DE ATENÇÃO BÁSICA – MUNICIPAIS), CH (COORDENADOR HOSPITALAR – MUNICIPAIS), GER – GERENTE DE UPAS, MED (MÉDICOS DE UPA), ENF (ENFERMEIROS DE UPA), GER GERENTES DE UBS).

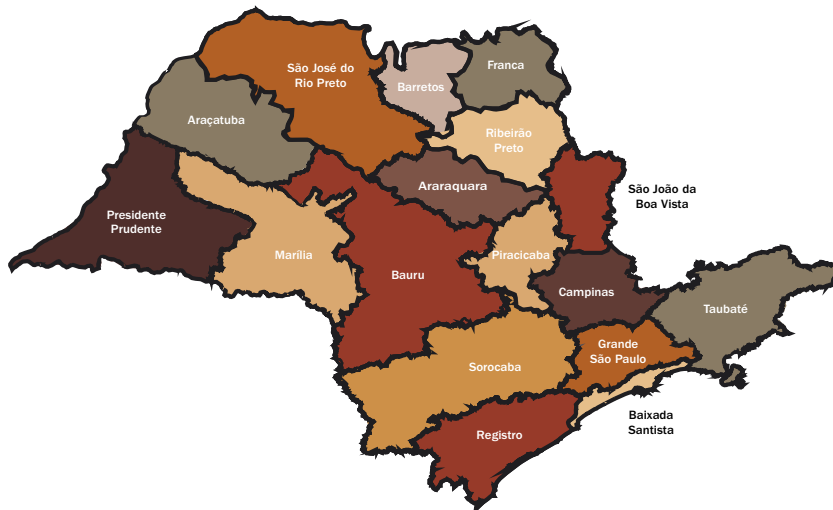
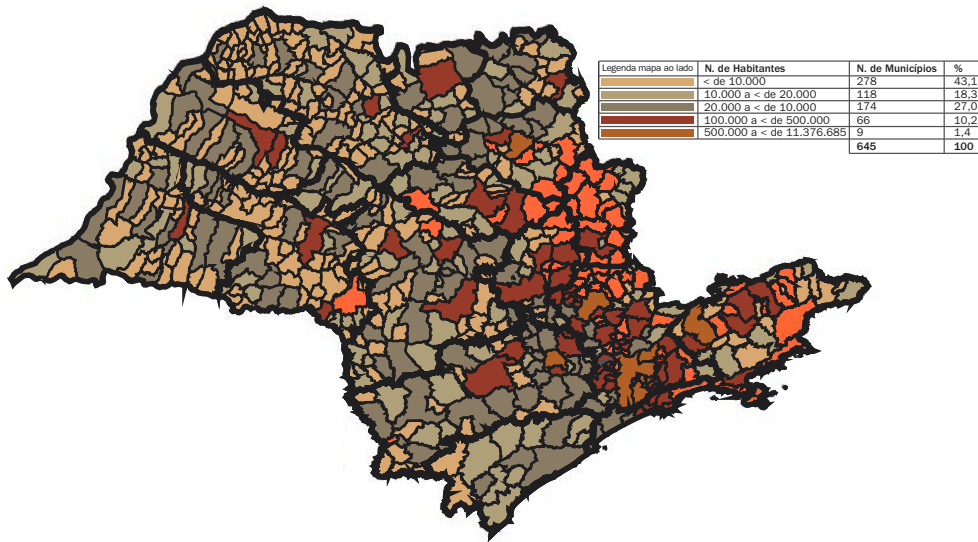
6.1 CONTEXTO ESTADUAL DE IMPLANTAÇÃO DAS UPAS EM SÃO PAULO

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO

O estado de São Paulo situa-se na região Sudeste do país, com uma extensão territorial de 248.209,43 km². Sua divisão territorial política e jurídico-administrativa é de: 645 municípios; 15 Regiões Administrativas de Go-

verno; e 17 Diretorias Regionais de Saúde (DRS). A maioria dos municípios (88,4%) não ultrapassa os 100 mil habitantes, sendo que 48,8% desses têm população menor que 10 mil habitantes. A maioria desses municípios localiza-se na região centro-leste do estado, como se observa no Mapa 2.

MAPA 2 **Distribuição dos municípios do estado de São Paulo, segundo porte populacional, 2012**

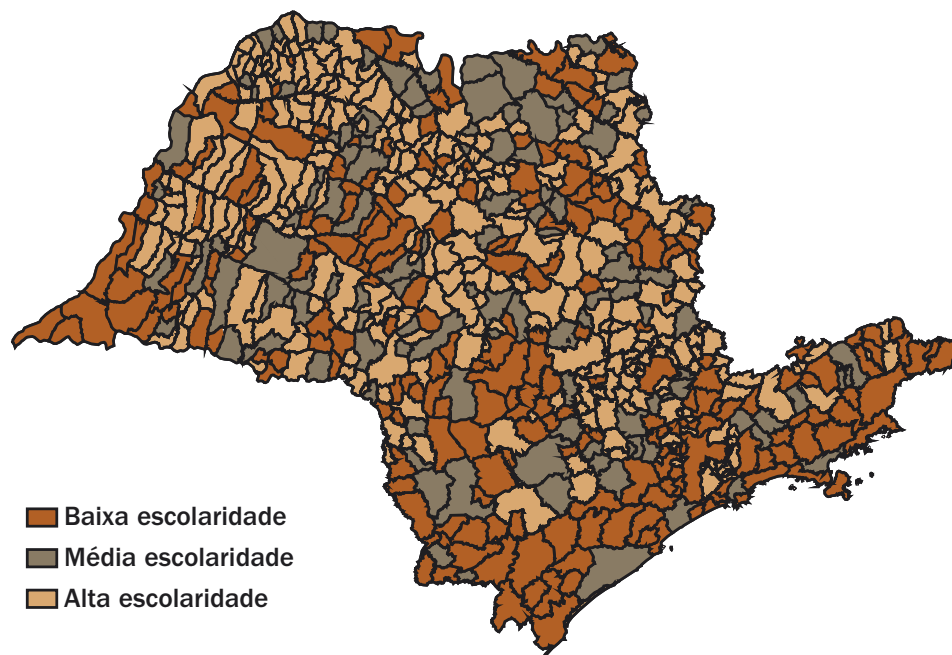


O estado de São Paulo atingiu, em 2010, a marca de 48 pontos no indicador de escolaridade do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS),² com um avanço de oito pontos em relação a 2008. Esse avanço na escolaridade se deu de forma generalizada nas Regiões Administrativas (RAs) do estado – as de São José do Rio Preto, Marília e Franca foram as que mais evoluíram (acréscimos de dez pontos) e a RM da Baixada Santista e a RA de Barretos foram as que tiveram menores aumentos (seis pontos a mais). Apenas três regiões ficaram com pontuação abaixo da média estadual (São Paulo, Baixada Santista e Registro), conforme o Mapa 3.

Uma primeira análise das características das regiões do estado com maiores e com menores indicadores de escolaridade revela algumas diferenças importantes, a começar pela dimensão riqueza. Com exceção da RA de Registro, as regiões com pior escolaridade estão entre as de maior riqueza. As RMs de São Paulo e Baixada Santista têm os dois melhores indicadores de riqueza (48 e 47, respectivamente), mas os piores indicadores em escolaridade. A RA de São José dos Campos também não foge à regra: quinta maior em riqueza (43 pontos) é a quarta menor em escolaridade. Da mesma forma, entre as seis RAs com escolaridade alta, apenas a Central e a de Campinas têm altos indicadores de riqueza (40 e 44, respectivamente); enquanto as de Marília, Araçatuba, Franca e São José do Rio Preto registram, respectivamente, 36, 37, 37 e 38 pontos, nessa dimensão.

2 Na edição de 2012, o indicador de escolaridade do IPRS inovou sua composição, com a inclusão de componentes que captam a oferta, o rendimento e o atraso escolar na educação básica. Essa opção justifica-se pelo fato de que indicadores de desempenho escolar e defasagem idade-série refletem a qualidade da oferta do sistema de ensino. Este eixo compreende o seguinte elenco de indicadores: média da proporção dos alunos da rede pública que atingiram o nível adequado nas provas de português e matemática (5º ano do ensino fundamental); média da proporção dos alunos da rede pública que atingiram o nível adequado nas provas de português e matemática (9º ano do ensino fundamental); taxa de distorção idade-série no ensino médio – este indicador dimensiona o atraso escolar relativo ao fluxo, tanto no Ensino Médio quanto no Ensino Fundamental; taxa de atendimento escolar na faixa de 4 a 5 anos – este indicador reflete o esforço municipal em busca do acesso universal à educação infantil.

MAPA 3 **Índice Paulista de Responsabilidade Social, componente escolaridade, por municípios do estado de São Paulo, 2012**



FORNTE: FUNDAÇÃO SEADE – ÍNDICE PAULISTA E RESPONSABILIDADE SOCIAL – IPRS

6.2 ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO: DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

BREVE HISTÓRICO

No estado de São Paulo, o processo de descentralização e regionalização da saúde é anterior à Constituição Federal de 1988. Três momentos são importantes nesse processo. Entre as primeiras realizações, podemos apontar o Programa Metropolitano de Saúde (PMS), que teve início em 1982. O PMS foi um projeto voltado à reestruturação da rede de serviços de saúde da RM de São Paulo, abrangendo, principalmente, áreas mais carentes. O programa implementou, entre outras ações, a construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de hospitais, muitos dos quais, depois de concluídos, tiveram sua gestão trans-

ferida para os municípios em que se localizavam. O município de São Paulo, por motivos políticos, tem uma trajetória diferente na constituição do SUS.

A regionalização é eixo estruturante do Pacto de Gestão (Pacto pela Saúde – Portarias MS/GM n. 399 e n. 699/2006) e norteada pelos princípios da integralidade e equidade no acesso aos serviços com economia de escala; ela deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

CONSTRUÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE

Partiu-se do desenho de microrregiões de saúde definido pelo (65) Plano Diretor de Regionalização de 2002; elas foram estabelecidas segundo critérios da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), porque, após esse traçado, não houve outro movimento de abrangência estadual.

O destaque no processo de regionalização diz respeito ao modelo assistencial. A organização piramidal do sistema de saúde atual por níveis hierarquizados de “complexidade”, ao reproduzir a ideia de centro/periferia, discrimina negativamente os municípios menores, reproduzindo desigualdades e induzindo relações competitivas, incompatíveis com uma nova proposta de **regionalização solidária**, que demanda formas de articulação mais igualitárias, horizontais e flexíveis.

O trabalho integrado para elaboração do Plano Estadual de Saúde e do Pacto pela Saúde desenvolveu-se em etapas, cuja divisão foi didática, na medida em que todos os processos foram contínuos e interdependentes. As Oficinas Regionais foram realizadas com participação do nível central – inserindo-se em momentos diferentes do trabalho – e dinâmicas compatíveis com a fase em que cada DRS se encontrava.

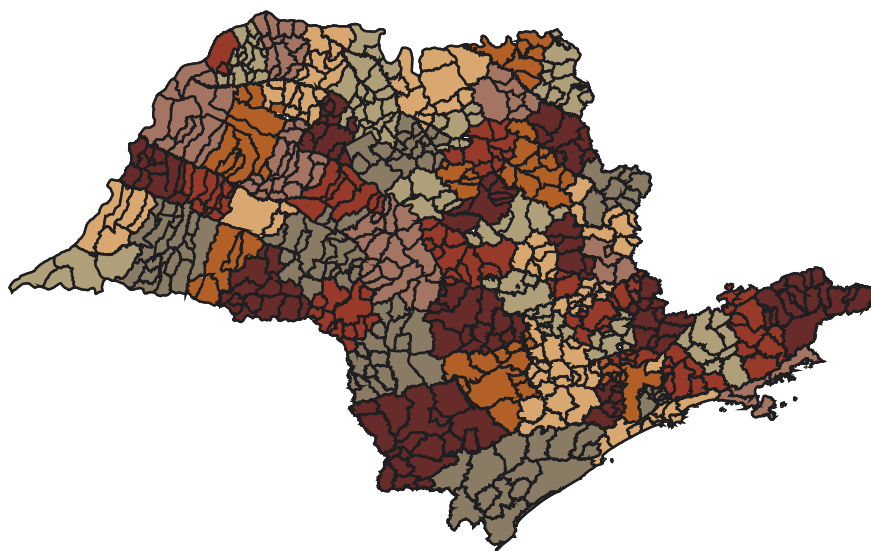
O nível central da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o Cosems, com apoio das universidades, participaram de todas as Oficinas Regionais, apoiando e orientando todas as fases do trabalho integrado nas regiões; também tiveram a responsabilidade pela consolidação das contribuições regionais ao Plano Estadual de Saúde e na elaboração do Termo de Compromisso de Gestão estadual, Mapa 4.

Os DRS e os municípios concluíram o desenho de suas regiões, segundo os seguintes critérios:

- contiguidade intermunicipal e identidade socioeconômica e cultural;
- infraestrutura de transportes e comunicação social;
- número de municípios e tamanho da população, evitando desenho com regiões muito pequenas em população, com poucos municípios ou com municípios demais, o que inviabilizaria o bom funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs);
 - fluxos assistenciais atuais e/ou correções necessárias e possíveis em curto prazo;
 - compatibilização de economia de escala e equidade no acesso;
 - resolubilidade da região em média complexidade;
 - redução do número de regiões, evitando pulverização, mas de acordo como critérios anteriores;
 - flexibilidade, segundo especificidades regionais.

Para o desenvolvimento dos colegiados regionais foram construídos princípios considerados fundamentais, que nortearam as avaliações realizadas pelo coletivo de acompanhamento, composto pela gestão estadual, apoiadores das universidades e apoiadores do Cosems:

- os Colegiados – um para cada território definido (Regiões de Saúde) – como espaço para os gestores e de deliberação por consenso;
 - coordenados pelo diretor DRS ou representante com poder de decisão;
 - formados pelos secretários municipais de saúde;
- os Colegiados deliberam sobre planejamento, programação, regulação, avaliação no âmbito do território;
 - colegiados requerem regimento interno, pautas definidas em conjunto, secretaria-executiva;
 - inter-relação com a CIR por representação – secretários municipais indicados pelo CGR.



n. 28
*Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

FONTE: COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - SES/SP

6.3 AS BASES PARA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), por meio dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), coordenou o processo de reconhecimento das necessidades regionais de saúde no âmbito do CGR, de forma compartilhada com os gestores municipais, articulando ações coletivas e individuais para definição de prioridades e estratégias de intervenção, de forma a fortalecer e qualificar os processos de planejamento e seus instrumentos de gestão.

Para tanto, faz-se necessário o fortalecimento e a reorganização dos DRS, sem o que eles não poderão cumprir, de fato, suas responsabilidades e atribuições, de ampliar e qualificar o apoio técnico aos municípios de sua área de abrangência, principalmente os de pequeno porte.

Um dos pontos importantes nesse processo foi a identificação da necessidade de se priorizar a AB, em uma agenda permanente de discussão nos CGRs, destacando a importância do seu fortalecimento, como ordenadora da rede e orientadora do cuidado, com melhoria da relação custo/efetividade e resolubilidade da atenção à saúde em nível regional.

Impôs-se a organização de um movimento de articulação de projetos de apoio institucional da SES-SP, dos apoiadores do Cosems, dos Articuladores da Atenção Básica da SES-SP e do apoio do Ministério da Saúde, buscando integrar e unir esforços, para garantir que todos os municípios tivessem apoio técnico para sua AB, independentemente de seu porte populacional.

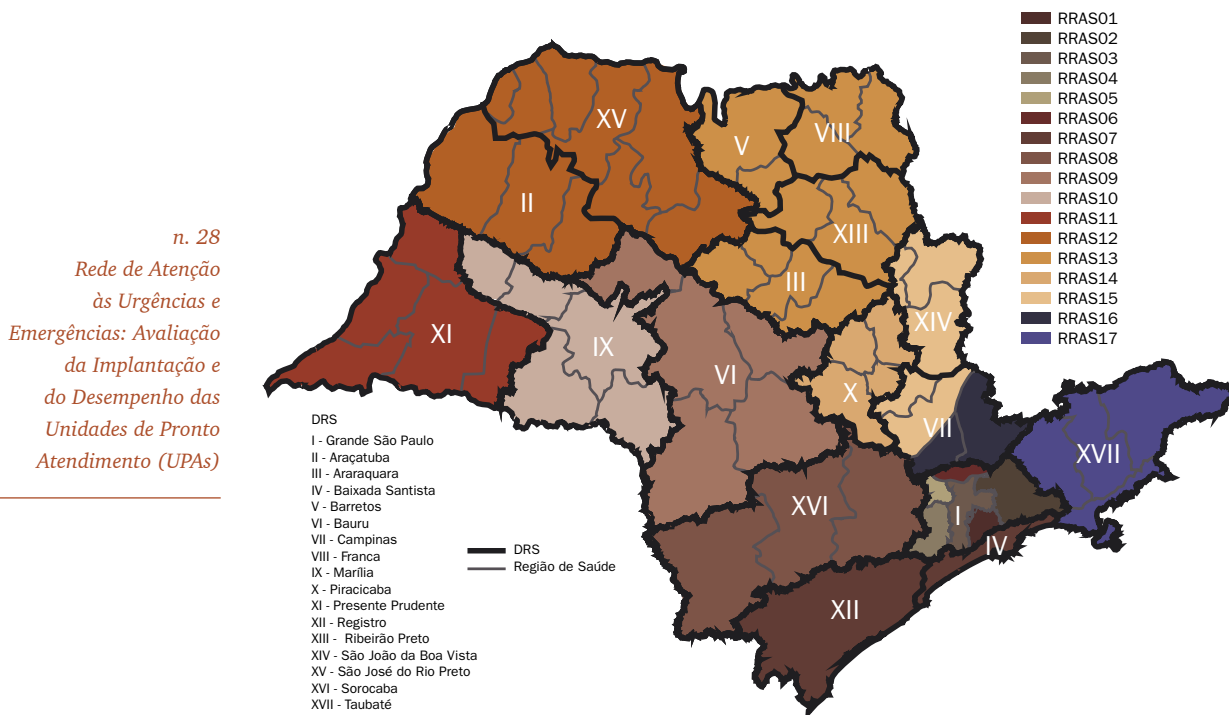
Muitos avanços foram alcançados na construção das propostas de Redes de Atenção à Saúde. A constituição de espaços contínuos de trabalho, seja nos CGRs, seja nas câmaras técnicas com a participação dos profissionais da SES-SP e do Cosems, fortaleceu técnica e politicamente as propostas.

Alguns pontos demandam investimento contínuo para que se consolidem os avanços obtidos na formulação e pactuação das propostas. Emerge a necessidade de se implantarem estratégias para garantir a integralidade do cuidado à saúde, com prioridade para o transporte sanitário, visto que a maior parte do absenteísmo nas consultas médicas gerais ou especialidades está relacionada à falta de transporte adequado.

Em relação à Rede de Urgências e Emergências, de acordo com a Coordenação de Urgências e Emergências da SES, ligada à Coordenadoria das Regiões de Saúde, foram selecionadas 36 portas hospitalares estratégicas em São Paulo (além dos critérios estabelecidos na Portaria GM/GM n. 1.600), de acordo com os seguintes critérios:

- Porte definido pelo número de leitos; hospitais com 100 ou mais leitos.
- Referência regional: que realizem, no mínimo, 10% dos atendimentos de outros municípios.
- Papel assistencial: que sejam referência para, pelo menos, uma das três linhas de cuidado prioritárias, com habilitações de alta complexidade em cardiovascular, neurologia/neurocirurgia ou traumatologia, pediatria.
- Conforme análise situacional do volume da população e extensão territorial, indicar as demais, acrescidos dos leitos de retaguarda.
- Habilitação de leitos novos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), leitos de longa permanência.
- Criação de UCO (unidade coronariana) e unidade de AVC.
- Garantir pelo menos uma porta de entrada hospitalar estratégica em cada território das RRAS, Mapa 5.

MAPA 5 **Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo, 2012**



6.4 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

O primeiro serviço de socorro médico de urgência, provido pelo estado, na cidade de São Paulo, remonta a 1893, quando médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do estado passaram a atender as emergências da cidade. Com o crescimento da cidade, em 1924, criou-se o Posto Médico da Assistência Policial. Em 1950, o estado passa a responsabilidade pelo atendimento de urgência para o município, que assume o pronto-socorro, que tinha como retaguarda alguns hospitais (GALLETTI Jr., 2013).

Em 1956, foi instalado o primeiro PABX para atender as necessidades de remoção, já, então, dos prontos-socorros municipais, e também as solicitações da população em situações de urgência e emergência (AZEVEDO, 2002).

Ao longo dos anos, esse serviço passou por uma série de mudanças, sendo criada uma Central de Comunicações (Cecom), que controlava as vagas hospitalares, recebia as solicitações de serviços de emergência feitas

pela população por meio de ligações telefônicas pagas e encaminhava para o pronto-socorro ou hospital mais próximo (AZEVEDO, 2002).

Em março de 1980, a Central passou a atender, por telefone, pelo número de telefone 192. Em 1986, acordo firmado entre o governo municipal e Federação dos Municípios Canadenses (Toronto) tornou possível priorizar a organização de um Sistema de Emergência Pré-Hospitalar, com incremento do serviço de comunicação de emergência, treinamento de pessoal e planejamento do atendimento em casos de catástrofes e acidentes de grandes proporções.

6.5 A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (SAMU)

Em 1988, a SES-SP criou o Grupo de Programas de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar (Gepro), cujo objetivo era implantar, desenvolver, implementar e fiscalizar o Programa de Emergência em Saúde. Esse programa, publicado em 1989, desenvolveu-se de maneira desarticulada; os critérios para o estabelecimento a grade de regionalização foram pouco discutidos; a SES, para fazer uma revisão da grade proposta, mapeou as áreas de abrangência dos hospitais terciários e delegou as responsabilidades pelo atendimento em cada área, sem prévia consulta... Todo o processo durou oito meses (DALLARI e col, 2001).

Em 22 de maio de 1989, uma Resolução Conjunta (SS-SSP n. 042, de 22/5/1989) assinada entre a SES (Sistema de Atendimento Médico de Urgência, SAMU-SP) e a Secretaria da Segurança Pública, por meio do Corpo de Bombeiros e Grupamento de Radiopatrulha Aéreo (GRPAe), concretizou o Projeto.

A Secretaria Estadual de Segurança Pública e a de Saúde selaram essa integração, que culminou na criação do projeto-piloto de atendimento pré-hospitalar denominado “Projeto Resgate”. Esse serviço teve início efetivamente em 1990, com atuação na Grande São Paulo e em 14 municípios do estado, empregando 36 Unidades de Resgate, duas Unidades de Suporte Avançado e um helicóptero. Também a partir de 1990, firmou-se acordo de cooperação entre a SES-SP e o SAMU da França, para o aprimoramento técnico das equipes e auxílio na implantação do Atendimento Pré-Hospitalar (APH)

em São Paulo, quando se iniciaram o intercâmbio e estágios técnicos de profissionais de ambos os serviços (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001; OLIVEIRA PAROLIN; TEIXEIRA Jr., 2002).

O SAMU municipal é acionado pelo telefone 192 Cecom e se destina, preferencialmente, ao atendimento de pacientes clínicos; mas faz parte de um sistema federal mais abrangente.

A organização do atendimento às emergências na RM de São Paulo, após o mandamento constitucional que obriga a implementação de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde com atendimento integral, teve início em julho de 1992, com a assinatura de um acordo básico interinstitucional entre o governo federal, o governo paulista e os municípios da RM de São Paulo (DALLARI e col. 2001).

O Programa Integrado de Atendimento Médico de Urgência (Piamu), implantado no âmbito do SUS do estado de São Paulo, a partir de 7 de outubro de 1992, tinha como principais características regionalizar e hierarquizar o atendimento médico de urgência, garantindo o atendimento, independentemente da existência de vagas hospitalares – conceito fundamental para a organização de sistemas de emergência, uma vez que neles não existe número fechado de leitos ou capacidade limite a priori.

Apenas em julho de 1999, o Ministério da Saúde veio a disciplinar, por meio da Portaria n. 824, o atendimento pré-hospitalar no Brasil. Aprovando as Normas de Atividade Médica em Nível Pré-hospitalar, essa Portaria estabelece, além dos critérios para "o atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido agravo à sua saúde", aqueles necessários à organização de um sistema que permita o atendimento regionalizado, hierarquizado e integrado. A síntese cronológica das etapas e ocorrências que permitiram o desenvolvimento do plano está sintetizada no Quadro 4.

QUADRO 4 **Síntese cronológica das ações para o Piamu**

ANO	ATIVIDADES
1990	Por meio de Convênio de Cooperação Técnica e Científica entre São Paulo e a França na área das U/E, incorporou-se o conceito de regulação médica e o conceito inovador de gestão do fluxo das U/E.
1992	Foi implantado, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, um plantão de escuta médica das urgências, denominado de Plantão Controlador Metropolitano (PCM) nas 24 horas do dia, com o objetivo principal de ordenar o fluxo de pacientes graves entre os hospitais da RM de São Paulo.
1996	A estrutura foi incorporada pela SES-SP e ampliada com a criação de 15 Plantões Controladores Regionais (PCR) no âmbito das Diretorias Regionais de Saúde (DIR) e Núcleos de Saúde, que compunham a estrutura administrativa de saúde da região metropolitana de São Paulo. Em seguida foram instituídos quatro Plantões Controladores Universitários (PCU): HCFMUSP, Santa Casa, Hospital São Paulo e Casa de Saúde Santa Marcelina; e, por último, o PCR Mulher.
1998	A Coordenadoria de Saúde do Interior da SES-SP, em face de problemas crescentes em sua área de abrangência, relacionados ao atendimento às urgências, implantou o Sistema Regional de Referência Hospitalar para Urgências e Emergências, com 19 Centrais de Regulação Regionais.
2007	Seguindo as orientações do Pacto de Gestão, foram conformadas, segundo o Plano Diretor de Regionalização, 64 Regiões de Saúde, com seus respectivos Colegiados de Gestão Regional.
2009	Em 2009, a SES centraliza em espaço físico, em São Paulo, a Central de Regulação de Urgências Estadual (Crue), que funciona 24 horas ininterruptas, para atender solicitações de urgência de todas as 64 regiões do estado. Manteve, nos 17 DRS, Núcleos de Regulação com funcionando de segunda a sexta-feira, no período de 8h a 17h, com atribuições de agendamento de consultas, exames ambulatoriais e procedimentos de ordem eletiva.
2010	A SES agrega à Crue outro módulo operacional para agendamento também de consultas exames e procedimentos. Assim, a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (Cross) passa a representar as duas modalidades de trabalho: urgência e ambulatorial.

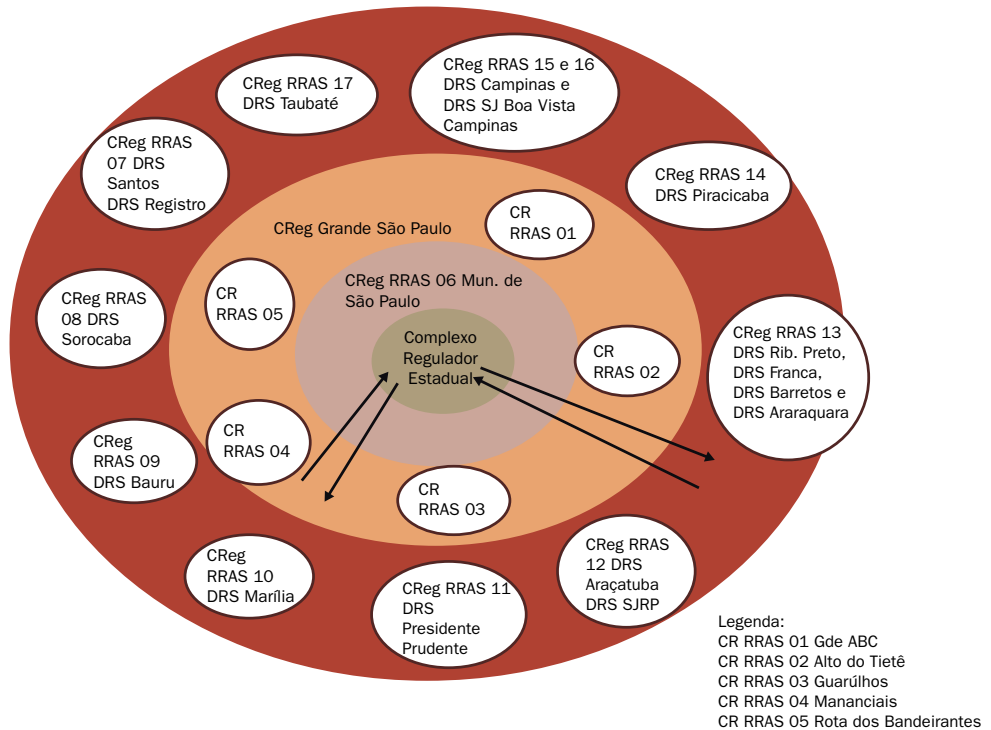
6.6 CENÁRIO RECENTE DA RUE NO ESTADO DE SÃO PAULO

As atividades que se desenvolveram em relação à construção da rede foram intensas durante os últimos três anos. As redes regionais devem seguir conformação de acordo com esquema contido na Figura 1. A Central de Regulação Estadual serve de suporte para todas as regionais com relacio-

namento mais próximo à região metropolitana, pela dimensão e densidade populacional. Descentralização dos complexos reguladores regionais envolve autonomia relativa, de acordo com a capacidade operacional – muitas vezes com operação diurna e retaguarda noturna pela central, pela indisponibilidade de recursos humanos.

FIGURA 1 **Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde e sua relação com o Complexo Regulador Estadual**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)



6.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

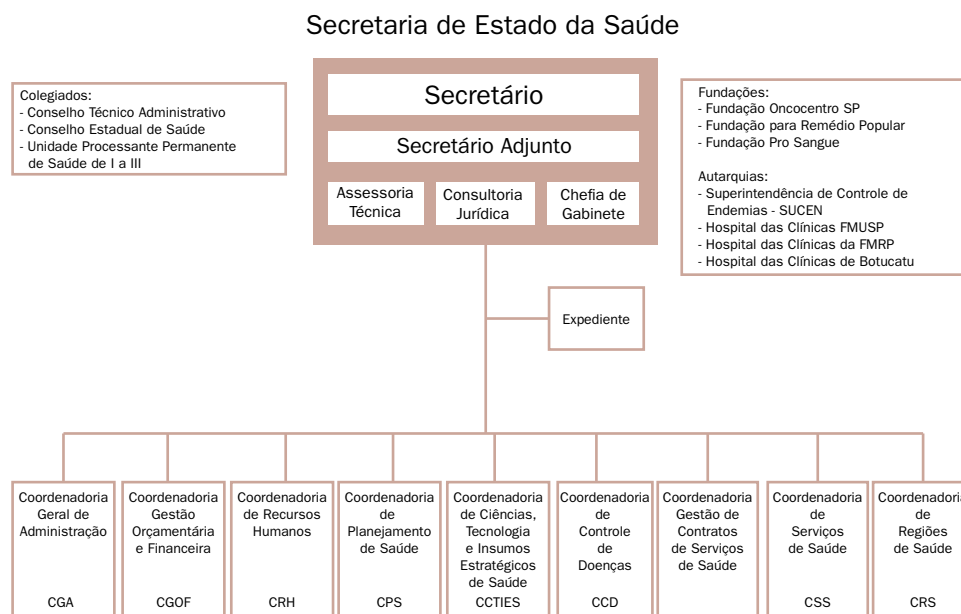
GESTORES ESTADUAIS

Para a compreensão da participação da gestão estadual no estudo é interessante conhecer a estrutura da SES-SP, representada no organograma (Figura 2). A SES-SP possui, na articulação dos serviços, duas grandes coordenadorias:

1. A Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS) é responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde locorregional, além da compatibilização dos planos, programas e projetos dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), em função das políticas e diretrizes da SES-SP e dos recursos disponíveis.

2. A Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS) tem como uma de suas principais atribuições a coordenação, no âmbito da SES-SP, das atividades dos hospitais e ambulatórios de especialidades próprios, integrantes de sua estrutura.

FIGURA 2 **Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde e sua relação com o Complexo Regulador Estadual**



As contribuições da gestão estadual (nível central da SES) são oriundas de entrevistas com o Coordenador de Regiões de Saúde, representantes dessa Coordenadoria e da Coordenadoria de Serviços de Saúde, envolvidos no processo de regionalização e articulação das RAS, em específico a RUE.

A temática de emergência é tratada na SES por meio de duas interlocuções: a Equipe Técnica em Urgência e Emergências, vinculada ao Grupo Técnico de Planejamento, que trabalha com a regionalização, desde 2011. E uma

interlocução ligada a Coordenadoria de Serviços de Saúde (à qual se vinculam os hospitais regionais) especializada na assistência de urgência e emergência.

Os depoimentos e conclusões sintetizadas a seguir são provenientes de entrevistas com todos esses protagonistas da secretaria de saúde estadual.

6.8 SÍNTESE DAS ENTREVISTAS – GESTÃO ESTADUAL

A criação das redes respeita o desenho dos CGRs e no momento está na fase de desenvolvimento das Redes Temáticas pactuadas com o Cosems e com os apoiadores do Ministério da Saúde. As principais articulações são com a Rede Cegonha – por terem sido propostas quase concomitantemente, pela tradição de trabalho entre áreas e pela relativa semelhança das instâncias que compõem a rede.

A articulação da Rede de Urgência, na visão dos entrevistados, foi um processo interessante para a SES identificar seu papel, como instância estadual, no processo de consolidação do SUS no estado de São Paulo. Como principal parceria, eles destacam a importância do Cosems, grupo condutor regional e estadual.

Atualmente, a SES tem pouca interferência na formulação das redes municipais e, portanto, na escolha de localização e porte das UPAs. A articulação das UPAs com as UBSs/USF existe onde a Coordenação Central participa, mas é na região que ela se dá de forma efetiva. Não há previsão de participação direta da Coordenação Hospitalar no arranjo assistencial das UPAs.

A gestão estadual tem forte influência do histórico de formação de Redes de U/E no estado, que se caracterizou por vários condicionantes. Entre eles, estão a densidade de serviços de atenção primária, os antigos centros de saúde, que foram municipalizados e compõem hoje a rede municipal; há, inclusive, unidades mistas, que remetem às tentativas de ordenar a U/E em municípios cuja retaguarda hospitalar é insuficiente e com pouca capacidade de fixação de equipes de saúde, principalmente médicos. Esse esforço tem impacto nas regiões e nos municípios, assim como também influencia a própria SES, que passa identificar com mais clareza seu papel de gestor estadual.

Na RM de São Paulo, o Programa Metropolitano de Saúde, na década de 1980, com financiamento do Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), incrementou essa rede, orientado por modelo Siste-

ma Local de Saúde (SILOS); vários hospitais foram planejados e construídos a partir do projeto, acompanhados por uma rede de UBS a eles acoplada. Esses hospitais funcionam hoje como retaguarda da rede de U/E – ainda que nem sempre articulados com a lógica de território local – embora tendam a se transformar em hospitais regionais com gerenciamento estadual.

O estudo identifica fatores históricos no trabalho da SES-SP que atuam como facilitadores no processo de construção da rede de U/E, e outros fatores, mais conjunturais, que atuam como obstáculos/desafios.

_____ **Facilitadores:**

- Criação de todo o sistema de emergência desde 1988, com destaque para implantação do SAMU.

- Implantação e desenvolvimento dos Complexos Reguladores municipais.

- Criação e fortalecimento da Central de Regulação Estadual.

- Forte empenho na implantação das NOBs, destacando a discussão e formulação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que, embora não tenha sido implantada, deixa forte presença na construção das regiões de saúde, por conta do Pacto da Saúde.

- Construção das Regiões de Saúde: desenho de microrregiões de saúde (65) do Plano Diretor de Regionalização de 2002, estabelecidas segundo os critérios da NOAS; construção das Regiões de Saúde, com a participação do Cosems e Universidades.

- Composição e fortalecimento dos CGR, grupo condutor Regional e Central (BIPA).

- Articulação com o Cosems.

- Participação na formulação das redes temáticas e na rede de U/E.

- A Central de Regulação Estadual foi terceirizada, por meio de uma ONG denominada Cross, o que tem como pontos positivos a qualificação dos recursos humanos e um sistema de informação que propicia a gestão dos casos a serem regulados.

- Replicação do sistema da Cross nos municípios – sistema foi construído pela própria SES-SP e disponibilizado, com suporte integral, para os municípios, que passaram a regular no seu âmbito de atuação.

- A Regulação demonstra grande envolvimento na construção e condução da RUE voltada para o município, reconhece a importância das UPAs,

mas indica os mesmos problemas na articulação com a AB e com o comportamento dos médicos na condução das propostas de regulação.

- A maturidade da equipe e o fato de o município ser permeável ao processo regulatório possibilitam mudanças de paradigmas e a regulação é de 100% da alta complexidade.

_____ **Obstáculos e desafios da gestão estadual**

- A participação dos vários setores da SES é qualificada, entretanto ainda é possível perceber a fragmentação entre os setores envolvidos, pela presença de várias instâncias de coordenação, sem articulação entre si.

- A SES tem pouca interferência na formulação das redes municipais e, portanto, na escolha da localização e do porte das UPAs.

- Não há previsão de participação direta da Coordenação dos Serviços de Saúde (área hospitalar) no arranjo assistencial das UPAs.

- A relativa independência dos Hospitais Regionais, em relação aos DRS e mesmo à Regulação, gera dificuldades na composição dos acordos necessários para a consolidação dos pactos regionais (destacando que tal independência se dá com ou sem o fato de serem geridos por Organizações Sociais [OS] na sua maioria).

- A relativa independência da SES no financiamento das Redes de U/E, constituídas e em construção, não impede o desarranjo nas finanças municipais que a adesão a UPA pode gerar; com o aumento dos encargos, os recursos municipais podem ficar escassos para cumprir os contratos hospitalares municipais.

- Em relação à indução do Ministério da Saúde, os dispositivos que compõem a rede são conflitantes: as UPAs tendem a ser iniciativas municipais, nem sempre com a aprovação do CGR (que quase sempre é posterior à implantação); muitas vezes o custeio das UPAs absorve recursos destinados às Santas Casas, gerando instabilidade financeira (ou seja, os municípios deixam de destinar aos hospitais filantrópicos os recursos que passam a ser necessários às UPAs). Outro obstáculo é que as UPAs nem sempre correspondem ao porte do município, costumeiramente maiores. Nessas circunstâncias, emerge a opinião de que seria melhor readequar os serviços já existentes, em vez de criar uma UPA.

- Em relação aos recursos humanos, o destaque é para a questão da fixação dos médicos, que teria de sair da lógica da regulação do mercado, atuando-se com radicalidade no direcionamento de sua formação.

- A regulação estadual enxerga a implantação das UPAs no estado de São Paulo de forma positiva no processo da Política Nacional de Urgência e Emergência desde 2002; depois com o componente móvel e agora, na sequência, com a implantação das UPAs. A preocupação manifestada é com a ativação de unidades de emergência sem a devida retaguarda hospitalar.

- A impossibilidade de regular a totalidade dos leitos dos hospitais regionais e de ensino é o principal obstáculo, de acordo com a compreensão do Coordenador de Regulação Estadual.

- A Regulação é parte do sistema, com envolvimento em todos os processos de discussão da rede; o principal obstáculo para regulação são as especialidades, pela dependência em relação aos hospitais regionais.

- Principais desafios: regular a totalidade do sistema de saúde, implantar todas as Redes Temáticas, informatizar e reconstruir o quadro de recursos humanos, fazer entender a mudança de paradigma que o conceito de regulação traz, regular todos os leitos inclusive os hospitais universitários.

_____ **Gestão municipal**

As opiniões e conclusões da gestão municipal estão organizadas de acordo com as categorias de análise e representam a síntese dos depoimentos dos gestores dos municípios e das coordenações Hospitalar, de Emergência, regulação e Atenção Básica. Os gerentes de UPAs e de UBSs, bem como os médicos e enfermeiros, foram ouvidos, e seus posicionamentos são referidos no texto de acordo com as específicas categorias de análise.

_____ **Gestores municipais**

Para os gestores municipais, o decreto para a composição da RAU, em particular das UPAs, foi identificado como qualificador e estruturante, pois torna possível discutir todos os conceitos de atuação e articulação dos vários pontos de atenção, no momento em que se discutem os critérios para a implantação de uma UPA.

Foi possível identificar na análise das entrevistas uma tipologia na condução da gestão municipal da Rede de U/E, assim como das UPAs em particular: uma gestão em que a articulação é ativa com identificação mais clara dos obstáculos e desafios; uma gestão de transição, em que se nota tendência menos estruturada de mudança; e uma gestão ainda incipiente.

Essa análise traduz não só a percepção em relação aos dirigentes dos municípios estudados, mas também condicionantes definidos na caracterização destes, do ponto de vista histórico-estrutural do sistema, do desenvolvimento político-institucional e da composição de atores envolvidos no processo, como universidades, por exemplo.

———— Governança das redes

As principais facilidades apontadas foram: a estratégia de implantação da rede com ampla participação das equipes dos pontos de atenção; a existência de alguma suficiência da rede municipal poupa a UPA da insuficiente participação regional da SES; a implantação da rede é reconhecida por todos como positiva, tendo contribuído para a organização do sistema de U/E municipal.

Como obstáculos, foram destacadas a questão financeira, a formação e a disponibilidade de recursos humanos, a articulação regional e a participação parcial da SES-SP, em particular no financiamento.

Quanto ao repasse dos recursos, o projeto de implantação das UPAs está truncado pela excessiva normatização.

A participação da SES é decisiva para a condução de qualquer proposta de rede, entretanto é ainda incipiente.

Existe a necessidade de se avançar na articulação em rede e há bons espaços de articulação: Colegiado Distrital (onde se sentam Atenção Básica e Urgência); Câmara Técnica de Especialidades, Câmara Técnica de Políticas Hospitalares; existe fluxo assistencial definido; há os protocolos de acesso clínicos, entre outros. De certa forma existe uma rede instituída, regionalizada, de UBSs e de serviços hospitalares, mas com problemas sérios, sendo, hoje, o de recursos humanos o pior deles. Os espaços de discussão na microrregião são difíceis.

A gestão do trabalho médico é muito complexa. Ainda que sejam bem remunerados, os profissionais não têm vínculos com a população, com o município, nem com a unidade ou equipe; eles compensam facilmente ausências com horas extras, quando lhes convém, e são capazes de faltar sem aviso, se necessário.

Os profissionais de enfermagem, como também os médicos, têm problemas de formação; a gestão das UPAs está sendo feita por enfermeiros, entretanto há necessidade de retaguarda médica.

_____ Assistência prestada/desempenho

O acesso facilitado, criado pela UPA, gera inflexão importante, pois a porta de entrada fica flexibilizada, podendo gerar distorções desde que não haja condições de referir essa demanda. Mas a resolutividade é apontada como boa pelos dirigentes envolvidos na RAU, pelos profissionais envolvidos no atendimento direto, coordenações municipais e estaduais.

Os entrevistados têm confiança no sistema de U/E, na sua capacidade de resposta e organização e no apoio à Rede; entendem que as UPAs conseguem ser retaguarda hospitalar para a rede U/E, e até mesmo para casos de especialidades como os de Saúde Mental, por exemplo.

A rede de Campinas é bem estruturada e tem boa resolução. Embora Campinas possuísse uma Rede de U/E já estruturada, um dos facilitadores para a RAU foi a discussão sobre a participação da AB na Rede de U/E. Suas UBSs têm condições de atender urgências/emergências. O desempenho da UPA é considerado adequado por parte dos entrevistados, que entendem que a sua relação com a Regulação é adequada; não há, entretanto, relacionamento programado delas com a AB.

Acreditam no desempenho das UPAs, com preferência em relação às UBS. Aventa-se a possibilidade de o atendimento da demanda espontânea ser feito pelas UBSs; mas há depoimentos contrários, que apontam a sua insuficiência para isso.

Em alguns municípios não há visão integrada de rede municipal; e a integração com outros municípios é pouco mencionada em todos os casos estudados.

O funcionamento da UPA é reconhecido como resolutivo, tendo como principal resultado o de desafogar a porta dos hospitais; entretanto, elas também acabam atendendo demanda que poderia ser suprida pelas UBSs.

Com exceção de um dos casos estudados, não há linhas de cuidado estabelecidas com a Atenção Básica; os protocolos entre SAMU e UPA são cumpridos de forma adequada. O cuidado hospitalar não tem protocolos conhecidos e estabelecidos conjuntamente.

_____ **Coordenação do cuidado**

Naqueles municípios onde há articulação mais ativa, várias características são observadas: expansão da rede de UPAs de acordo com um plano de cobertura de territórios delimitados; a Emergência tem territorialização conjunta com a AB; constituição de colegiados por território, envolvendo uma UPA e algumas UBSs, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), SAMU, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad); criação de instrumentos de articulação entre os serviços que permitem reconhecer demandas que deveriam estar em seguimento e que são clientes de UPA; distribuição de responsabilidades de forma colegiada entre os diversos pontos de atenção, em função de objetivos delimitados pelas redes temáticas ou linhas de cuidado; homogeneidade entre os discursos dos diversos atores que participaram do estudo; valorização do trabalho em Rede de U/E.

O município implanta um conjunto amplo de estratégias e dispositivos para assegurar trabalho em rede, como: acolhimento, classificação de risco, diretrizes clínicas, Processos Operacionais Padronizados (POP), informatização de cadastro de pacientes.

O Modelo de Saúde da Família é próprio e contempla alguns especialistas de clínicas básicas, como Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia. Os especialistas fazem parte da equipe, como se fossem uma Unidade Básica de Saúde que atua por meio da estratégia Saúde da Família exclusivamente. A AB tem ainda unidades tradicionais, mas com Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em matriciamento.

A existência de experiências anteriores de trabalho integrado (como é o caso de outro município), acompanhado de um adensamento de serviços de todos os tipos e com apoio de universidades constitui articulação em

transição em que existem avanços em vários setores: distritalização, com trabalho voltado para o território; disposição e proporção de serviços relativamente adequados; modelo da AB diferenciado; experiência de trabalho colegiado; complexo regulador consistente.

Porém, ao mesmo tempo, existem condicionantes conjunturais que impedem que os serviços tenham a articulação e o desempenho necessários: carência de recursos humanos por dificuldade de estabelecer novos contratos de trabalho, desarticulação entre a base e os vários níveis de coordenação.

Os casos que foram considerados incipientes mostram que a implantação da UPA foi considerada oportuna e estruturante para o restante da rede, tendo permitido sua qualificação e das unidades já existentes. Os posicionamentos dos entrevistados refletem fragmentação: há procedimentos em algumas unidades que não são abrangentes nem padronizados em outras, ou, ainda, que sofrem interrupções por falta de recursos humanos, o que também se verifica nas UBSs.

Reconhece-se a importância da existência das portarias que normatizam a rede, assim como a indução positiva do Ministério da Saúde; entretanto, tem-se em comum a crítica sobre a falta de qualificação correspondente na participação da AB. Essa crítica não decorre da insuficiência de recursos, mas reflete, principalmente, inconsistência de postura.

É possível verificar uma intencionalidade na organização da AB, que se reflete na interação com a RE municipal; há dispositivos que qualificam tanto a UPA como a UBS, como classificação de risco e sistema de informação para a demanda; faltam recursos humanos qualificados; e a referência de discussão por território é pouca.

6.9 CARACTERÍSTICAS DE RECURSOS HUMANOS: FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VÍNCULO, REMUNERAÇÃO

Os recursos humanos constituem parte significativa da estrutura das UPAs e o seu desempenho é estritamente dependente da sua oferta e qualificação; dessa forma, destacam-se alguns aspectos referenciados por coordenadores de área técnica, coordenadores de unidades, médicos e enfermeiros.

Há falta de recursos humanos, principalmente médicos, em particular pediatras. Entretanto, a maior problemática está relacionada à postura profissional; ela se agrava na perspectiva do trabalho em rede, em que o profissional tende a perder parte de sua autonomia em função de uma racionalidade externa, da forte influência do referencial epidemiológico e, portanto, coletivo.

Agrega-se aos problemas relatados a baixa fidelização dos médicos aos postos de trabalho, o que se constitui em um desafio para as estratégias de educação permanente. A rotatividade é alta, os salários não são atraentes. Outra insuficiência apontada é a falta de treinamento em U/E para os profissionais da AB.

Do ponto de vista dos médicos, 33,3% deles consideram sempre satisfatória sua formação em U/E para a função a desempenhar. Quanto aos motivos por eles apontados para escolher a UPA, a afinidade com o objeto de trabalho foi o motivo mais alegado (por 46,7% dos entrevistados). Além disso, 20% apontam ganhos de experiência, 20% a flexibilidade de horário e 13,3%, a proximidade do domicílio. Para 80% dos médicos, está a expectativa de que seja um emprego de longa duração.

O motivo mais declarado pelas enfermeiras é semelhante ao dos médicos, ou seja, afinidade com o objeto de trabalho (50%).

O processo de trabalho dos enfermeiros não é diferente de outras unidades de pronto atendimento ou hospitalares, ou seja, eles têm forte participação na assistência e um acúmulo de funções administrativas, com pouco tempo para exercer reflexão sobre seu trabalho técnico ou administrativo.

Considerando as características da formação básica, que poucos profissionais fazem curso de especialização na área após a formação e, ainda, que a seleção não é muito rigorosa (para muitos se limita a uma entrevista), não é possível dizer que a equipe tenha qualificação específica.

_____ Infraestrutura

A infraestrutura é considerada boa por 60% dos médicos; 26,7% consideram-na razoável ou ruim. Em relação aos equipamentos, 43% consideram-nos razoáveis ou ruins, mas 53,3% consideram-nos bons e ótimos. A

sala de estabilização e considerada boa por 60% dos médicos e ótima para 13,3% deles. A opinião dos enfermeiros é semelhante à dos médicos.

Os portes das UPAs variam de forma independente do tamanho da área de abrangência, de acordo com a visão de vários dos entrevistados.

Também não há muita diferença quanto ao número de funcionários em relação aos atendimentos realizados, segundo o porte das UPAs. Da menos complexa (tipo 1) à mais complexa (tipo 3), a média é de 1,2, 1,2 e 1,3 funcionários, respectivamente, ou seja, apesar do maior porte, a complexidade da demanda pode não ser tão diferente; ou, ainda, a intensidade dos cuidados não é proporcional ao número de funcionários envolvidos.

_____ Processo de Gestão

É no processo de gestão que se verificam as maiores diferenças entre os cinco casos em estudo, com repercussões importantes na estruturação e no desempenho das redes de U/E e das UPAs.

A possibilidade de trabalho integrado, solidário, participativo e com resultados na organização da rede e na qualificação do cuidado com o paciente tem influência no engajamento dos profissionais, na compreensão de suas responsabilidades e em seu desempenho.

As estratégias de gestão compartilhada constituem o maior diferencial entre os municípios, uma vez que é de reconhecimento geral que as portarias ministeriais são importantes no desenvolvimento das redes, garantindo, por exemplo, a qualidade dos serviços nos seus aspectos organizativos e estruturais. Mas elas não conferem garantias para o desenvolvimento dos processos de articulação, que se garantem pelas estratégias de gestão.

É evidente que, junto com as estratégias de gestão, é preciso ter convicção no trabalho em rede e no estabelecimento de linhas de cuidado por meio da constituição de pontos de atenção diferenciados, que permitam a complementação dos já existentes, garantindo a cobertura de aspectos que não se asseguram com o trabalho interno da UBS e da UPA. Esses diferenciais são conseguidos pelas equipes de PSF ou por equipes de ACS, ou ainda com as Enad, as equipes de consultórios de rua, entre outros.

É importante destacar que a rede, quando mencionada pelos entrevistados, guardava maior relação com as preocupações municipais que com

os problemas e situações relacionadas aos municípios vizinhos. Considerando que os municípios selecionados têm característica de “polos”, ou seja, mais recebem internações que as exportam, essa constatação é preocupante, quanto à efetivação dos princípios das RAU, já em curso na Baixada Santista e em Campinas, entre outras.

Nos processos de formação de rede e articulação ativa, o que se verifica é uma preocupação em sua formulação que se explicita em todos os pontos de atenção e em todas as estratégias de organização.

Nos processos de gestão com articulações mais frágeis, o que se verifica é estrutura forte e herança de trabalho estruturado em rede, mas com incongruências entre vários âmbitos de atuação, devido à situação de transição em que se encontram; fica claro, porém, que a expectativa é positiva, no sentido de fortalecimento da RAU.

Nos municípios mais incipientes, a rede nem sempre é identificada como uma proposta seja federal, estadual ou municipal. As visões são divergentes, isto é, enquanto para alguns ela é existente e ativa, no mesmo município, outros manifestam total discordância e crítica a ela.

Os fóruns de discussão, quando existem, são direcionados às UBSs ou às UPAs, sem que se note a formulação de colegiados por território, o que possibilitaria a discussão do papel e das responsabilidades de cada ponto de atenção.

Em relação à participação nas decisões, a maioria dos coordenadores refere participar das decisões relativas ao contrato de gestão das UPAs, embora não defina seu elenco de atividades. Entre eles, 75% se sentem participantes da RAU, mas apenas uma unidade estabelece metas de desempenho e produção.

Também é possível notar diferenciação entre as unidades com maior ou menor estrutura; entretanto, alguns municípios enquadrados como em transição estão incipientes em relação à estrutura, enquanto alguns incipientes no processo de gestão se encontram com a estrutura das UPAs em franco desenvolvimento.

Apenas metade refere a existência de mecanismos de avaliação, independentemente do porte. Metade dos coordenadores de UPA refere existirem indicadores que são definidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pela equipe de urgência e emergência. Existem metas para a maioria dos coordenadores de UPAs de todos os portes (62%); mas elas não são defini-

das no âmbito da UPA. Frequentemente, os pacientes retornam com as mesmas queixas (62,5%); e apenas 25% deles responderam que as atividades assistenciais respondem ao que está previsto para a RAU.

A classificação de risco é realizada segundo relato de 86,7%. A maioria (80%) acredita que a classificação de risco possibilita a priorização do atendimento de maior gravidade; com menor frequência, acreditam que ela também: possibilita maior organização na disposição dos recursos (40%); que prioriza aqueles com maior sofrimento (33,3%); que reduz a demanda inapropriada (26,7%); e 20% acreditam que ela educa ou informa os pacientes (esta opinião é dos médicos de unidades de porte I).

Há certa contradição no que os médicos apontam em relação ao grau de gravidade dos pacientes atendidos nas UPAs. De forma geral, eles apontam que a maioria dos casos poderia ser atendida nas UBSs; porém, quando são questionados sobre o risco, por tipo de patologia atendida, referem que as principais são de médio risco (hipertensão arterial, DPOC/asma e diabetes).

Há convergência em relação aos pacientes de alto risco. Todos os entrevistados apontam que o atendimento é imediato, mesmo nas unidades que não fazem classificação de risco (considerando que, de acordo com os coordenadores, nem todas as unidades fazem a classificação); mesmo assim, há uma avaliação quanto a essa condição específica. Os casos de baixo risco devem levar até duas horas para serem atendidos, conforme 53% dos entrevistados; os de médio risco até uma hora, segundo 66,7% deles.

O uso de protocolos não é unanimidade entre os médicos. A maioria dos que os referem não mencionam qualquer processo de construção conjunta, nem na unidade, nem em fóruns de profissionais de várias unidades. Deve-se destacar que a ausência dessa preocupação nessas duas instâncias é preocupante para as possibilidades de construção harmoniosa de redes. Os enfermeiros referem usar protocolos com mais frequência, mas as condições de sua construção são semelhantes às posições apresentadas pelos médicos.

As UPAs do tipo I parecem se relacionar melhor com as unidades para referir os pacientes, mesmo com as UBSs, AMEs, Ambulatórios de Especialidades não Médicas e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Onde há UPAs II e III o relacionamento tende a ser pior. Com as unidades de emergência hospitalar, leitos hospitalares e UTI, as UPAs de maior porte têm melhor relacionamento.

Ao contrário da visão de médicos e enfermeiros, os coordenadores das UPAs não acham que os encaminhamentos das UBSs sejam tão frequentes e acham-nos procedentes. Por outro lado, o SAMU tem encaminhamentos frequentes.

Todos acham que a receptividade das UBSs e demais ambulatorios é ruim; em relação aos hospitais, a avaliação de médicos e enfermeiros é pior que a dos coordenadores de unidade.

Em processos de gestão mais ativos quanto à integração e articulação, observa-se: as unidades se enquadram em determinados territórios e suas equipes são responsabilizadas pela respectiva população; elas são participantes de colegiados de gestão compartilhada com todas as unidades que compõem o território; estabelecem classificação de risco, com sistemas de informação que permitem conhecer os pacientes de acordo com seu território, podendo remetê-los para as áreas de abrangência das UBSs; integram redes temáticas variadas e/ou linhas de cuidado; têm papéis reconhecidos e participam dando apoio tanto às UBSs, como às outras unidades que compõem as redes. Em municípios com articulação incipiente, as unidades são valorizadas e referidas como responsáveis pelo fortalecimento da RAU; entretanto, invariavelmente, há questionamentos quanto ao funcionamento da AB.

6.10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou, em seus resultados, aspectos ressaltados por diferentes gestores e dirigentes de serviços, que identificam obstáculos e situações facilitadoras para a construção regional de redes de urgência e emergência em São Paulo.

O gestor estadual identifica como obstáculos: dispositivos do Ministério da Saúde que são conflitantes com a composição da rede; e a verticalidade na implantação das UPAs, que tendem a ser iniciativas municipais, nem sempre com a aprovação do CGR. Em relação ao custeio, muitas vezes os recursos empregados nas UPAs são subtraídos dos recursos antes destinados às Santas Casas, gerando instabilidade financeira no conjunto destas unidades de saúde, que desempenham papel estratégico fundamental do sistema de saúde paulista. Critica-se também a escolha de UPAs cujo porte

nem sempre corresponde ao porte do município (são costumeiramente maiores), negligenciando a opção de readequar serviços já existentes ao invés de criar novas UPAs.

As dificuldades com financiamento estão entre os problemas de todos os municípios. Depois delas vêm os problemas com a contratação de médicos (em particular pediatras), depois a sua fixação e, na sequência, a inserção dos destes em um processo de trabalho que visa à construção de redes de atenção com trabalho qualificado.

Na questão de administração dos recursos humanos, o destaque é para os médicos: é preciso superar a lógica da regulação pelo mercado e atuar com radicalidade no direcionamento da formação desses profissionais. Identifica-se ainda a dificuldade de comunicação com os médicos, para que eles assumam o seu papel nos hospitais de referência, assim como nos hospitais de ensino.

Os municípios com processos mais ativos de articulação também têm como problemas principais a gestão do trabalho médico e os atrasos no repasse do financiamento. Os municípios em processos de gestão mais incipientes apontam problemas na regulação das referências para serviços hospitalares e na integração dos diversos âmbitos da atenção à saúde.

TIPOLOGIA DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

Os municípios foram selecionados como situações particulares, seja pela localização, pelo tipo de organização de serviços ou pela densidade dos processos de discussão e construção da Rede de Urgência e Emergência.

Para classificar o desempenho dos municípios, em relação aos critérios investigados e, ao mesmo tempo, apresentar aqueles que tiveram maior discriminação na análise dos resultados, foi construído quadro sintético com o registro de um critério de avaliação gradativo em três níveis, expressos por meio de cores. A cor mais forte representa maior intensidade no critério e as cores mais claras menor intensidade, de acordo com os depoimentos e as respostas dadas aos questionários estruturados pelos atores que participaram do estudo. Os motivos de escolha dos municípios foram anexados ao quadro, com a mesma sistemática de escolha e atribuição de cores, Quadro 5.

Ainda que o processo de habilitação das UPAs tenha sido considerado estruturante para organização da RAU e para a qualificação da assistência de emergência em todos os municípios investigados, o desempenho das UPAs em relação às redes nos respectivos municípios seguem outras determinações.

O processo compartilhado em todos os níveis de gestão e a construção das redes concomitantemente à habilitação das UPAs caracteriza e distingue o município de São Bernardo do Campo. Da mesma forma, ele apresentou também maior consistência, tanto nos depoimentos, como nos dispositivos apresentados para fundamentar a avaliação, de acordo com os critérios utilizados e sintetizados no quadro.

Os critérios de escolha do município de Campinas, que consideravam a integração com a universidade, densidade de serviços, a experiência pregressa de regionalização, as práticas integradas de serviços (em particular da Atenção Primária), foram exatamente os diferenciais que colocaram seu desempenho em situação intermediária entre os demais municípios estudados. Assim, foi mais importante para a situação das unidades de pronto atendimento, em relação à RAU, o acúmulo preexistente, que as iniciativas mais recentes de organização. Contribuíram para esse desempenho também o acúmulo organizativo e estrutural do sistema de regulação municipal.

Os demais municípios, embora tenham demonstrado experiências qualificadas na organização de suas UPAs, não obtiveram desempenho tão satisfatório de acordo com os critérios utilizados no estudo.

QUADRO 5 **Comparação entre os motivos de escolha e critérios de avaliação de desempenho dos casos estudados na avaliação das UPAs e sua participação na RAU, estado de São Paulo 2012**

ATRIBUTOS DOS CASOS	São		Guarujá	Piracicaba	S. J. Rio Preto
	Bernardo	Campinas			
APRENDIZADO INSTITUCIONAL NO SUS*	Alto	Médio	Médio	Médio	Médio
APOIO UNIVERSIDADES	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio
QUANTIDADE DE UPA	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio
ESPECIFICAÇÃO DE RAU	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO					
ARTICULAÇÃO COM AB	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio
UPA EM REDE	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio
CONSTRUÇÃO DA RAU	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio
PROCESSO DE GESTÃO	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio
REGULAÇÃO	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio

FONTE: AUTORES. **APRENDIZADO INSTITUCIONAL, VARIÁVEL CRIADA NO ESCOPO DA PESQUISA “AVALIAÇÃO A GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) FOI DEFINIDA A PARTIR DA TRAJETÓRIA DE HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO NO SUS, LEVANDO-SE EM CONSIDERAÇÃO A QUANTIDADE DE HABILITAÇÕES, A HABILITAÇÃO QUALIFICADA (NOB-01/1996), O TEMPO DE HABILITAÇÃO E A POSSÍVEL OCORRÊNCIA DE “DESABILITAÇÃO”, LEVANDO A QUATRO CATEGORIAS: ALTO, MÉDIO E BAIXO.

Como síntese geral, nestas considerações finais, se destacam os seguintes pontos:

3. As portarias ministeriais que estruturam a RAU são consideradas positivas e determinantes para a articulação dos vários pontos de atenção da RAU.
4. As portarias estimulam a constituição da rede.
5. A indução gerada na implantação das UPAs não é suficiente para garantir o bom funcionamento da rede.
6. O papel do ente estadual é fundamental no apoio à constituição das articulações entre municípios.
7. O processo adiantado de regionalização do estado de São Paulo favoreceu a formulação e o desenvolvimento das redes.

8. A existência de uma política coerente com os princípios do SUS e dos dispositivos necessários para o seu funcionamento é imprescindível para o bom desempenho da rede.

9. Parte dos desafios se encontra na gestão de pessoas, na captação e seleção de profissionais adequados para o trabalho com emergências, bem como na influência sobre o aprimoramento na Graduação das profissões mais relacionadas.

10. Outro desafio relacionado à gestão de pessoas é a gestão do trabalho médico, no sentido de direcioná-lo mais em relação à responsabilidade com um território determinado e ao trabalho em Linhas de Cuidado e Rede.

11. Os municípios que utilizam estratégias de gestão compartilhada obtiveram melhor desempenho na articulação do processo de trabalho interno das UPAs e em sua inserção na rede.

12. A continuidade do apoio das universidades contribui para a manutenção dos avanços adquiridos na organização e na qualificação dos serviços e ações de saúde.

6.11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barata LRB, Tanaka OU, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2004;13(1):15-24.

Cezar A. As origens do resgate aeromédico e como surgiu em São Paulo.[acesso 2013 Set 24] Disponível em: www.pilotopolicial.com.br/tag/cezar-angelo-galletti-junior/.

Azevedo TMVE. Atendimento pré-hospitalar na prefeitura do município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Gonçalves AJ, Rodrigues JMS Organização de sistemas e atendimento às urgências. In: Freire E (Ed.). *Trauma: a doença do século*. São Paulo: Atheneu; 2001. cap. 36, p. 516-36.

Oliveira B, Parolin M, Teixeira EJ. Trauma atendimento pré-hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2002.

Dallari SG, Pittelli SM, Pirotta WRB, Oliveira ML. Atendimento médico de urgência na grande São Paulo. Saúde e Sociedade. 2001;10(2):75-99.

CAPÍTULO 7
IMPLANTAÇÃO DAS
UPAS E INSERÇÃO
DAS REDES
NO ESTADO DE
PERNAMBUCO

IMPLANTAÇÃO DAS UPAS E INSERÇÃO DAS REDES NO ESTADO DE PERNAMBUCO

7

GUILHERME ARANTES MELLO
LUIZ HENRIQUE LEANDRO RIBEIRO

“A urgência do paciente não é a minha urgência. E se ele tivesse o entendimento que eu tenho, ele estava aqui no meu lugar.” (entrevistado)

7.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta o estudo de caso sobre o processo de integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no sistema de serviços de saúde em Pernambuco. Em suas características iniciais, certamente relacionadas com as particularidades demográficas e a capacidade instalada do sistema, equivale a dizer que se trata de um estudo da Região Metropolitana de Recife (RMR), adida do município de Caruaru. Contudo, de acordo com o desenho do sistema e o planejamento envolvido, é esperado que de modo geral essa constituição nas demais regiões siga o contexto aqui apresentado.

A metodologia deste estudo seguiu o modelo geral determinado pelo projeto maior do qual é parte, com abordagem quali-quantitativa. Um intensivo campo de pesquisa foi realizado na semana que antecedeu o Natal de 2012, com envolvimento direto da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES); Secretaria Municipal de Saúde dos municípios de Recife e Caruaru (SMS); e cinco das 15 UPAs até então instaladas. Variabilidade de parceria e distribuição geográfica foram critérios de escolha que se mostraram suficientes à saturação das categorias em análise. Somaram-se 33 entrevistas com informantes-chave, entre aqueles previamente elencados e outros identificados em campo; todas amparadas por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estas foram trianguladas entre si, com a literatura técnica e

jornalística e apontamentos de campo. Na medida do possível, os dados foram coletados e coligidos em conjunto pela dupla de pesquisadores tendo em vista apurar a validade e a confiabilidade das observações. A opção de conferir maior leveza à narrativa interfere no detalhamento de aspectos de interesse particular, o que foi ponderado em termos de amenizar o tom burocrático dos relatórios de pesquisa, como de fato o é.

Como é comum às análises de cunho qualitativo, vale a pena considerar o pano de fundo dos pesquisadores. De um lado um geógrafo (LHLR) com experiência em análises da saúde, livre de qualquer querela específica com a questão. De outro, impregnado de conflitos simbólicos, um médico de família e comunidade (GAM) tendo que controlar a negatividade da sua experiência clínica e acadêmica sobre a interferência de pronto atendimentos na integralidade do cuidado das condições crônicas.

Todavia, apesar do controle defensivo inicial, o que se seguiu foi uma análise eminentemente positiva sobre o modelo de implantação das UPAs no estado de PE; no que parece ser uma daquelas apostas políticas de indução federal que o tempo se encarregará de confirmar acertada (lembrando outras como PSF e SAMU).

7.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (RAU): AS UPAS INSERIDAS EM UMA POLÍTICA DE REDES DE ATENÇÃO

Alheio às especificidades da atenção às urgências, a primeira grande constatação de pesquisa foi que o processo de implantação das UPAs em PE inseriu-se fundamentalmente na reorganização da Rede de Atenção às Urgências (RAU). Como consequência, a implantação das UPAs somente pode ser compreendida no contexto da RAU. Notadamente, um contraste com a experiência do modelo de pronto atendimento instituído no município de São Paulo denominado de “Assistência Médica Ambulatorial (AMA)”, implicado diretamente na reorganização da Atenção Básica (AB) – e de certa forma vista localmente como uma política concorrente às UPAs (SÃO PAULO, 2009). Constatação correlata esclarecia que as UPAs também não representavam uma unidade de pronto atendimento na acepção mais comum da ideia, mas de fato uma proposta clara de acesso qualificado à urgência e emergência (U/E).

Não que a AB deixasse de ser objeto de preocupação e trabalho continuado na RAU em Pernambuco, mas cuja prioridade zero se concentrava em organizar, expandir e integrar o atendimento agudo de média e alta complexidade no SUS. Em outras palavras, a integralidade da urgência/emergência com a AB tinha como premissa essencial a própria RAU eficiente e efetiva.

7.3 DESAFIOS DO CONTEXTO ESTADUAL DA SAÚDE

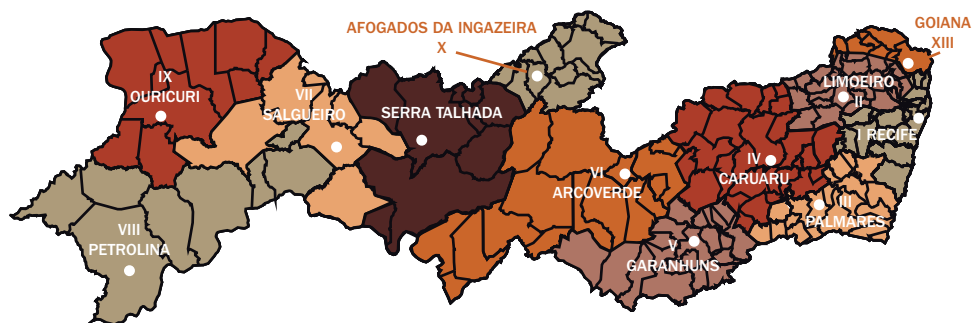
Comum a outras realidades federativas, a política de saúde de Pernambuco tem de lidar com problemas históricos relacionados à insuficiência de equipamentos, incorporação tecnológica mal planejada, concentração da Média e Alta Complexidade (MAC) na região metropolitana da capital, vazios assistenciais e dificuldade de fixação médica no interior – só para lembrar, questões há muito também caras às sociedades mais equânimes (HART, 1971). Como alertou uma entrevistada, ainda a fim de concentrar a conversa na UPA/RAU, é preciso desfocar algumas dessas questões cuja solução passa por outros setores, incluindo o mobilizador debate sobre o subfinanciamento e a baixa qualificação profissional.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado, o desenho regional da saúde define quatro macrorregiões: Região Metropolitana do Recife (RMR); Zona da Mata; Agreste; e Sertão – subdivididas em 12 Regiões de Saúde (Geres), por sua vez subdivididas em microrregiões (Figuras 1 e 2). Além dessas, em 2009, foi oficializada a primeira Região Interestadual do país: PE/BA (Peba), composta por 1,9 milhão de habitantes e 52 municípios. A região é formada pelos municípios da macrorregião de Petrolina/PE (VII, VIII e IX Regiões de Saúde) e Juazeiro/BA (Regiões de Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso) (PERNAMBUCO, 2011a, 2012a).

FIGURA 1 Distribuição espacial segundo Macrorregião de Saúde e suas Sedes – 2011



FIGURA 2 Distribuição espacial segundo Regiões de Saúde e suas Sedes – 2011



FONTE: SES/PDR 2011.

Em 2010, cerca de 80% dos habitantes residiam em área urbana; com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em torno de 0,7, significando a 23ª posição no ranking dos estados brasileiros e a 5ª posição em relação à região Nordeste.

A oferta regional de serviços é bastante variável, com núcleos de concentração e vazios assistenciais. A denominada “SUS dependência” girava em torno de 90% da população em dados de 2008 (com base na cobertura de 13% de planos de saúde suplementar). A concentração de MAC na I Geres, que inclui a Região Metropolitana de Recife (RMR), pode ser ilustrada pela presença de 85% dos leitos de UTI; 97% dos procedimentos de alta complexidade; e 94% dos leitos de Hospital-Dia (PERNAMBUCO, 2012b).

Marcante característica do SUS pernambucano é o caráter prestador da SES na Média e Alta Complexidade (MAC) da região metropolitana da capital, com os chamados “seis grandes” hospitais públicos (o hospital de Petrolina estava em processo de reversão da gestão do município para o estado). Trata-se de uma particularidade facilitadora da reorganização da RAU uma vez que as UPAs estão também sob gestão da SES.

Do ponto de vista administrativo, as UPAs foram inseridas no estado já dentro do modelo de “contratos de gestão” em parceria com Organizações Sociais (OS). Um modelo iniciado em 2009 com hospitais, cujas experiências dos estados de São Paulo e Bahia serviram de referência.

7.4 FAZENDO O DEVER DE CASA

Debate recente, o modelamento em Redes da Atenção às Urgências beneficiou-se da inflexão do debate e do aprendizado induzidos pela política do SAMU a partir da virada do século, o que incluiu na RMR a criação de “policlínicas” municipais abertas 24 horas para absorver a nova demanda pré-hospitalar.

De todo modo, a proposta de conformação atual da RAU é assumidamente despertada pela Portaria GM/MS n. 1.600, de 7 de julho de 2011, cujo cronograma concordou com as cinco fases previstas de implantação. Essa remodelagem foi homologada por meio da Resolução CIB/PE n. 1.797, de 19 de dezembro de 2011, que ainda previu a criação de um grupo condutor estadual composto por quatro representantes da SES/PE e outros quatro do Cosems. Sua missão: mobilizar os dirigentes políticos do SUS, apoiar os processos de trabalho, identificar e apoiar a solução de pontos críticos e, finalmente, monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (PERNAMBUCO, 2011b). Uma fragilidade da Portaria n. 1.600 é o componente de reabilitação que viria a ser contornado com a política da pessoa com deficiência.

Os trabalhos iniciaram-se por tarefas básicas: levantamento e articulação dos equipamentos existentes na rede; e pactuação das ações e das responsabilidades de cada esfera na RAU. Foram então estabelecidas Diretrizes de Remodelagem para cada Região de Saúde (Quadro 4) (PERNAMBUCO, 2012a). Dificuldade típica das políticas de governo, no momento

da pesquisa, o esforço do grupo condutor havia sido descontinuado pelas eleições municipais de 2012 e aguardava seu retorno.

QUADRO 4 **Responsabilidades das esferas políticas na conformação da RAU – Diretrizes de Remodelagem**

n. 28
*Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)*

Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • promoção, prevenção e vigilância à saúde; • SAMU 192 – base descentralizada; • acolhimento e atendimento inicial às U/E em quadros agudos ou crônicos agudizados, situação de abortamento, intercorrências da gravidez e assistência no puerpério na sua área de cobertura; • resolução das Urgências Clínicas (crise hipertensiva, viroses, asma, dor aguda); obstétricas (assistência à gestante em período expulsivo, em trabalho de parto e ao PN sem distócia); urgências cirúrgicas de baixa complexidade (procedimentos sob anestesia local – suturas, drenagem de abscesso, exérese de unha); • SADT 24h (laboratório, ECG, radiologia simples); • salas de estabilização – municípios com menos de 50 mil habitantes; • UPA 24h Porte I e similares – municípios com 50 mil a 100 mil habitantes; • Hospitais municipais e Hospitais de pequeno porte; • Municípios > de 100 mil habitantes: consultas especializadas, exames de imagem, urgência; • básica, pronto atendimento (24h) porte II ou porte III, base municipal do SAMU, CAPS; • leitos de retaguarda de pediatria, clínica médica, obstetrícia; • atenção domiciliar.
MICROREGIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 – cobertura; • resolução das urgências clínicas, cirúrgicas (abdome agudo não traumático em pacientes com estabilidade hemodinâmica) e obstétricas (parto cesáreo, situação de abortamento), intercorrências da gravidez (DPP, PP, infecções, síndrome hipertensiva), intercorrências do puerpério e ao RN de média complexidade; • apoio diagnóstico complementar de média complexidade para urgências (tomografia, USG com doppler). • UPA 24h porte II e similares – municípios de 100.001 a 200 mil habitantes e/ou Porte III e similares – municípios de 200.001 a 300 mil habitantes; • urgências odontológicas relacionadas à dor, odontogênicas e não odontogênicas, alterações periodontais (abscessos, gengivorragia), pequenos traumatismos na face e quadros infecciosos; • CAPS I e/ou II; • leitos de retaguarda de pediatria, cirurgia geral, traumatologia (fraturas fechadas), clínicos (incluindo neurologia e cardiologia), psiquiátricos e crônicos.

REGIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • atendimento às urgências e emergências cardiológicas (IAM), neurológicas (AVC), ao paciente politraumatizado com TCE leve; • resolução das U/E clínicas e cirúrgicas da média complexidade (tratamento cirúrgico do abdome agudo, atendimento ao médio queimado), obstétricas (assistência à gestação de alto risco), traumatológicas (fratura exposta sem lesão vascular associada) e nefrológicas (TRS no paciente com IRA); • Telecardio – interpretação eletrocardiográfica a distância; • Teleneuro – interpretação da TC a distância; • SADT 24h (TAC); • CAPS III; • leitos de retaguarda incluindo UTI; • atenção domiciliar;
MACRORREGIONAL E INTERESTADUAL	<ul style="list-style-type: none"> • central de regulação macrorregional SAMU 192; • atendimento especializado na U/E – politrauma, neuro, cardio (clínica, cirúrgica e intervencionista), urologia (obstrução ureteral), traumatologia (fraturas expostas com lesões vasculares associadas), cirurgia geral (lesões traumáticas associadas), cirurgia pediátrica, cirurgia vascular (traumatismo vascular, aneurismas, complicações de procedimentos vasculares invasivos), pediatria (suporte de UTI), buco-maxilo-facial (traumas de face complexos), neurocirurgia (TCE mod./grave e trat. cirúrgico da hipertensão intracraniana); • urgências oncológicas; • SADT 24h: USG, EDA, RNM; • leitos de retaguarda, incluindo UCO, traumatologia, incluindo cirurgia da cintura escapular, quadril e coluna; • angiografias e procedimentos endovasculares; • regulação de urgência/emergência da sua abrangência; • regulação de leitos de UTI; • atendimento pré-hospitalar e transporte Aeromédico
ESTADUAL	<ul style="list-style-type: none"> • • atendimento pré-hospitalar e transporte aeromédico • • Atendimento de Urgência e Emergência da cirurgia cardiovascular (tratamento cirúrgico de aneurismas e rotura de aorta com necessidade de CEC), neurocirurgia (tumores e aneurismas), neurologia (unidade neuro-vascular), cirurgia de Cabeça e pescoço, urgências oftalmológicas (trauma ocular grave), ORL (retirada de corpo estranho das vias respiratórias) e grande queimado.

FONTE: PERNAMBUCO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. SUBPROJETO REGIONAL QUALISUS-REDE. REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE. RECIFE, 2012A

7.5 COMPONENTES

Sob a integração de uma Central de Regulação Metropolitana, a RAU contava com os componentes pré-hospitalares do SAMU e o resgate do Corpo de Bombeiros (com o problema de não haver previsão de custeio para este na portaria). Em 2012, o SAMU abrangia 30% território, equivalente a 50% da população (com previsão de 100% nos próximos anos). Contava com 48 Unidades de Suporte Básico; 13 de Suporte Avançado; nove Motolâncias; dois Veículos de Intervenção Rápida; e dois de transporte Aeromédico.

Mediando o acesso aos seis grandes hospitais, havia 14 UPAs estaduais de porte III em funcionamento (13 na RMR e uma em Caruaru), e uma municipal de porte II em Caruaru. A RMR ainda contava com sete Policlínicas municipais com atendimento de U/E 24h, ainda pouco integradas à RAU e à UPA.

Outros componentes previstos (PERNAMBUCO, 2012a):

- Salas de estabilização nos municípios com menos de 50 mil habitantes.
- SOS Emergência: reestruturação do Hospital da Restauração.
- Atenção Domiciliar (Melhor em Casa): desospitalização a partir da continuidade do cuidado em pacientes com condições crônicas restritos ao leito/domicílio, de forma compartilhada com a atenção básica. Quatorze municípios elegíveis ao Melhor em Casa de acordo com os critérios da Portaria n. 2.527/2011 (12 na I Geres).
- Rede de Atenção Psicossocial: a ampliação e a qualificação da rede de serviços, substituindo progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos.
- Rede de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e violência (I Geres).

7.6 REGULAÇÃO E INTEGRAÇÃO

Nesse ponto, o primeiro grande problema encontra-se na própria expressão conceitual, isto porque virtualmente a regulação de qualquer sistema envolve por definição todas as suas peças e seus processos. De modo mais específico, a questão fica mais palatável ao concentrar o foco sobre o fluxo de acesso do paciente entre os diversos níveis de complexidade.

Embora estejam previstos novos “Complexos Regionais de Regulação” pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), no momento da pesquisa, o trabalho de regulação estava concentrado na Central de Regulação Metropolitana. Os desafios próprios das novas tecnologias e dos processos viram-se somados a antigos problemas estruturais, como, por exemplo, o estrangulamento no fluxo da obstetrícia de alto risco; mais aqueles processuais, em especial conseguir que sejam cumpridas e respeitadas as determinações de fluxos. A atualização dos protocolos de fluxos exigia outro grande esforço na relação técnico-política com as sociedades das especializações médicas. Como esperado, em concordância com outras avaliações do SUS, a principal queixa registrada pela ouvidoria dizia respeito ao tempo de espera.

A SMS de Recife abriga um Comitê Municipal de Urgências e Emergências com reuniões mensais para articular sua rede com o SAMU Metropolitano e os serviços de emergências (policlínicas, maternidade e pediatria); este ainda está em fase de integração com a rede prestadora estadual. A SMS de Caruaru também contava com um Núcleo Gestor com integrantes de Regulação, Atenção Básica, Especializada e Urgências e Emergências; cujo intento de articulação sistêmica em rede ficaria a cargo de um previsto Departamento de Regulação.

Sem surpresa, além dos desafios técnicos, a regulação sofre influências de variáveis políticas, de forma que no momento da pesquisa isto se repercutia na dificuldade de diálogo entre os serviços de prestação estadual e municipal, particularmente envolvendo a capital. Como resultante, as queixas ligadas à regulação no plano de serviços estaduais tendiam a concentrar-se na dimensão estrutural, enquanto o plano municipal trazia antes certo desalento conjuntural.

Em que pesem os infortúnios conceituais, a integração/integralidade da RAU pode ser analisada mais objetivamente em sua capacidade de manter a continuidade e a coordenação do cuidado (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004; MELLO, 2012). Em U/E a integração com outros níveis significa também a estruturação logística de transporte dos pacientes. Na RMR, esta integração, inclusive por força da gravidade envolvida, encontrava-se mais amadurecida entre UPA e grandes hospitais; situando a AB ainda na perspectiva. Naturalmente, havia locais de maior articulação, mas ainda exceções a depender do histórico local de integração, da proximidade entre as gestões e do esforço gerencial. Por se tratar de um equipamento menor (porte II) e municipal, o processo de instituição da UPA do Vassoural em Caruaru seguiu um curso mais dialogado no município, desde o início preocupado em institucionalizar a integração com AB, serviços ambulatoriais especializados e apoio diagnóstico-terapêutico (SADT).

O quesito remoção foi de modo geral bem avaliado, com cada UPA dotada de transporte básico. No interior a situação, torna-se mais problemática, ora porque há necessidade de remoções de maior complexidade para a capital, ora porque as constantes viagens deixam a UPA temporariamente desguarnecida de transporte – um dos motivos específicos pelo qual alguns pacientes graves acabam permanecendo mais de 24 horas na UPA.

7.7 AS UPAS COMO EQUIPAMENTO DA RAU

CONTEXTO INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO

O processo de implantação das UPAs teve início traumático quando, em 1999, em plenos ventos favoráveis ao fortalecimento das instâncias gestoras no processo de regionalização, a política das UPAs seguiu fluxo direto entre Ministério da Saúde e prefeituras. Sem mais detalhamentos, o fato é que prevaleceu na visão dos entrevistados a dificuldade de diálogo e a desarticulação nesse processo. Tanto em Recife como em Caruaru acabou havendo sobreposição do território de atuação entre UPA e Policlínicas municipais.

A primeira UPA nasce em janeiro de 2010, e outras 13 foram inauguradas nos dois anos seguintes. Em uma lógica de intermediação da U/E de média e alta complexidade com os prontos-socorros dos grandes hospitais, foi idealizado um desenho de “Cinturão da Saúde” cingindo a capital, com o braço norte e o sul, cada qual servido por três UPAs e um hospital metropolitano de referência. A UPA Municipal de Caruaru foi inaugurada em agosto de 2011 aproveitando-se da estrutura anterior de uma Policlínica.

Com financiamento eminentemente bipartite, o custeio de uma UPA porte III gira em torno de R\$ 1.000.000,00, com repasse federal de metade deste valor. A contrapartida estadual é feita com recursos novos provenientes do tesouro, com impacto significativo sobre o orçamento. Uma UPA porte I habilitada tem custeio federal de R\$ 100.000,00, que, como lembra a entrevistada, sequer cobre a folha médica.

Conforme já pontuado, a UPA municipal porte II em Caruaru é a única sob administração direta da SMS e com quadro estatutário. Todas as UPAs estaduais de PE são administradas em parcerias público-privadas com contrato de gestão, com RH em regime celetista. Todos os lados defendem sua opção: segurança estatutária versus flexibilidade e agilidade nos processos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A supervisão da SES é realizada com o auxílio de apoiadores institucionais – estatutários e comissionados – que realizam visitas periódicas aos serviços, usualmente semanais. Cada um fica responsável pelo acom-

panhamento de duas ou três unidades, com a tarefa de um relatório mensal abrangendo aspectos assistenciais, financeiro-contábil e jurídico.

Esses relatórios subsidiam reuniões trimestrais na SES, individualizadas por unidade, com a presença da parceira, gerente da UPA e apoio institucional. A dinâmica padrão prevê uma apresentação padronizada sobre indicadores e cumprimento das metas de contratualização por ambas as partes, cujo descumprimento pode gerar penalidades definidas em contrato. Diante disso, foi evidenciada a convicção de que a parceria com as OS propiciou maior eficiência e transparência aos processos. Em todas as unidades ficam disponíveis de forma visível os contatos das ouvidorias da parceira e da SES.

A UPA municipal de Caruaru estava submetida a avaliações semestrais por um colegiado da SMS, do Conselho Municipal de Saúde e da Ouvidoria municipal.

Foi possível perceber duas características de funcionamento real das UPAs cujo aprendizado amadurece a possibilidade de contratualização no que concerne aos mecanismos de monitoramento e avaliação. A previsão do número de consultas leva a um movimento de incluir ou não o atendimento da classificação de risco azul de acordo com a demanda. Se a demanda está baixa, atendem-se os casos azuis, senão são dispensados pela assistente social. Enfim, embora possa se defender como racionalidade, também se pode pensar que nessa lógica o objeto central passa a ser o mero cumprimento da demanda – mesmo que de modo “artificial” –, e não a real necessidade do serviço (ainda em prejuízo da capacidade de dimensionamento da necessidade proporcional de UPA no sistema). Em outro caso, já havia sido detectada pela gestão a seguinte situação: em relação ao número de atendimentos amarelos e vermelhos, em algumas unidades, era contabilizada apenas uma ficha de atendimento da entrada do paciente, enquanto em outras era registrada uma ficha a cada visita de sala vermelha ou amarela, cuja frequência poderia ser de hora em hora. Com isso se estabelecia diferença artificial de gravidade assistida entre as UPAs, com influência na prestação de contas.

ESTRUTURA, COBERTURA E FUNCIONAMENTO

Todas as UPAs funcionam 24 horas sem restrições de acesso. Embora em unidades de U/E não esteja prevista adscrição de clientela, naturalmen-

te é possível identificar a maioria dos usuários como residentes dos bairros circunvizinhos. Todas as UPAs visitadas apresentavam ambiência agradável e organizada, com climatização, salas de espera e demais instalações apropriadas. Eventualmente, indicaram-se problemas de privacidade para paciente e profissionais e vulnerabilidade na segurança do projeto estadual.

Os pacientes que chegam à recepção são encaminhados para triagem e classificação de risco pela enfermagem e priorizados de acordo com a gravidade requerida, representada por cores: azul (não urgente), verde (baixa urgência), amarelo (urgência) e vermelho (emergência).

Além do atendimento clínico e pediátrico, todas as UPAs contam com plantão diurno de ortopedia (alguns estendidos até às 22h). Estão equipadas para exames laboratoriais básicos e RX simples; além de SADT para outras necessidades especializadas. A sala vermelha destina-se ao suporte de emergências, incluindo medicação vasoativa, desfibrilador e ventilação mecânica. A sala amarela é destinada à retaguarda de pacientes estabilizados por até 24 horas, divididas em leitos ambientes adultos masculinos e femininos e pediátrico.

RESOLUBILIDADE

A resolubilidade era alta, e a taxa de encaminhamento para o PS hospitalar girava em torno de 3%, abaixo da previsão inicial de 10%. Embora um dado muito expressivo em si, não pode deixar de ser ponderado. Primeiro, porque diante de taxas de encaminhamento muito abaixo do esperado é importante verificar possíveis falhas de encaminhamento adequado; ou, mais provável, impropriedade da demanda. De fato, sem exceção, todos os serviços apresentavam grande predominância de atendimento de baixa complexidade (azul/verde). Ademais, a taxa de encaminhamento é um indicador impreciso da resolubilidade terapêutica real – cuja mensuração no cuidado de comorbidades crônicas é bastante difícil, sendo provavelmente a maioria dos casos verdes/azuis. No fim, isso importa na contabilidade do custo fixo do tipo de atendimento e na duplicidade de ações no sistema, e, enfim, na capacidade de planejamento da proporção de UPAs ideais no sistema.

Contudo, a realidade é que a intermediação das UPAs na RAU gerou acentuada diminuição na demanda de porta dos prontos-socorros dos

grandes hospitais. Embora não tivessem estatísticas consolidadas, o fato de permitirem fechar as portas dos prontos-socorros dos grandes hospitais, tornando-os predominantemente referenciados, não deixa de funcionar como um indicador indireto desse impacto.

INTEGRAÇÃO

Todas as UPAs contam com prontuário eletrônico, com *softwares* variáveis entre as instituições. Entretanto, os programas não conseguiam alimentar automaticamente as planilhas de dados. Além disso, as informações mantinham-se restritas às parceiras, sem disponibilidade para outros equipamentos e demais níveis do sistema. Por outro lado, a ausência de certificação digital fazia que a ficha eletrônica tivesse de ser impressa para registro da assinatura do atendimento.

De modo geral, a integração da UPA com a rede hospitalar alcançou nível razoavelmente satisfatório na RAU. Em aprendizado importante, inicialmente, optou-se por dispensar a regulação formal do paciente da UPA para o pronto-socorro de referência. Como resultado, rapidamente, percebeu-se que estes pacientes desapareciam no sistema de informações, prejudicando a capacidade de planejamento. Constatado isto, todos os encaminhamentos passaram a ser regulados com senha de encaminhamento.

No amadurecimento do processo de integração, ficou mais clara a necessidade da possibilidade de a UPA conseguir encaminhar alguns pacientes diretamente para leitos de enfermaria, sem a necessidade de ocupar transitariamente leitos de U/E. Situações que podem ocorrer, por exemplo, em casos determinados de diabetes descompensado, pneumonia, linfangite etc.

CARACTERIZAÇÃO DAS UPAS EM PERNAMBUCO

As informações a seguir foram obtidas por meio de questionários estruturados aplicados a coordenadores, médicos e enfermeiros atuantes nas UPAs visitadas. Como não se baseou em amostragem probabilística, os resultados devem ser vistos apenas como uma tendência. Por motivo de espaço e concisão, será apresentada apenas a síntese dos principais resultados.

QUEM SÃO OS COORDENADORES DAS UPAS?

Foram entrevistados os coordenadores das cinco UPAs visitadas. Grosso modo esta coordenação encontra-se nas mãos de profissionais jovens, com predomínio da faixa de 31-40 anos de idade e leve tendência pelo sexo feminino (60%). Apresentam perfil administrativo, seja pela formação específica ou pelo direcionamento desse tipo de formação desde o início da carreira na área da saúde; sendo que as faculdades de origem dividem-se entre públicas e privadas. Todos cursaram alguma especialização, principalmente em Saúde Pública, Saúde da Família, Administração Hospitalar e Recursos Humanos. A coordenação da UPA representa a remuneração principal ou exclusiva para quase todos, que gira em torno de faixa salarial entre 6 e 8 mil reais.

De modo geral, mostravam-se estimulados e confiantes na proposta da UPA, acreditavam na credibilidade da parceria, percebiam estabilidade e encaravam a possibilidade de carreira de longo prazo. Com exceção de um caso estatutário, os demais foram contratados por meio de análise de currículo e entrevista.

QUEM É O ENFERMEIRO DA UPA?

Sem surpresa, as entrevistas com 10 enfermeiros mostraram que, no momento da pesquisa, a profissão era ocupada em 90% por enfermeiras; jovens (60% entre 20 e 30 anos e outros 30% até 40 anos); com formação dividida entre faculdades públicas e privadas. Todas fizeram especialização, com destaque para treinamento de Urgência e Emergência/UTI, ou áreas afins de saúde pública (Tabela 1); e 70% tinham experiência prévia de no mínimo seis meses com U/E hospitalar ou pré-hospitalar. Ainda, o trabalho na UPA promoveu capacitação profissional para 80% das entrevistadas.

TABELA 1 Distribuição dos enfermeiros das UPAs segundo curso de especialização ou residência concluído, estado de Pernambuco, 2012-2013 (permite mais de uma resposta)

	N(10)	%
Urgência e Emergência / UTI	5	80
Enfermagem do Trabalho	2	10
Gestão Hospitalar	2	10
Educação em Saúde	1	10
Saúde Pública	1	10
Saúde da Família	1	10
Saúde do Trabalhador	1	10

De maneira geral, cumprem jornada semanal entre 40-44 horas (diarista ou em regime de plantão), e foram contratados por meio de processo seletivo (prova), análise de currículo e entrevista – à exceção da UPA municipal. A remuneração mensal de 70% não ultrapassa os 2 mil reais, e cerca de metade complementa a renda com acúmulo de cargos de coordenação de área ou outro emprego. Os principais motivos da escolha pelo trabalho nas UPAs estão descritos na Tabela 2.

TABELA 2 **Principais motivos de escolha dos enfermeiros para trabalhar nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013 (permite mais de uma resposta)**

	N(10)	%
Boa remuneração	5	100
Afinidade com o objeto U/E	4	80
Proximidade do domicílio	3	60
Oportunidade de primeiro emprego	1	20
Ganho de experiência profissional	2	40
Flexibilidade de horário	2	40
Flexibilidade de exigência de formação	2	40
Satisfação com a qualidade do trabalho	2	40

n. 28
*Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)*

Enfim, trata-se de profissionais com boa formação específica, não raro estão na UPA desde a inauguração e vislumbram uma carreira estável e de longo prazo. Contudo, de modo geral, percebem baixa remuneração.

QUEM É O MÉDICO DA UPA?

O perfil do médico contratado da UPA em Pernambuco é bem mais variado do que a coordenação e a enfermagem. Apresenta leve tendência masculina (60%), formação em faculdade pública (60%) e faixa etária distribuída entre 20 e 50 anos.

Há dois grupos proporcionais distintos: médicos formados há pouco tempo, com baixa qualificação específica e pretensão de economizar algum dinheiro enquanto aguardam a oportunidade de cursar residência médica; e o inverso, médicos formados há mais tempo, com especialização clínica (cardiologia) ou pediátrica, maior experiência em U/E e interesse de longo prazo.

À exceção do vínculo estatutário, os demais foram contratados mediante entrevista. A carga horária de trabalho variou entre todos os entrevistados, mas de forma geral obedece a um ou mais plantões de 12 horas semanais, ou jornadas horizontais de 44-48 horas semanais, dependendo

do acúmulo da coordenação clínica. A remuneração total na UPA prevaleceu entre 6 e 8 mil reais (com variação para baixo e para cima), mas apenas para 40% representava a remuneração total.

Interessante observar que apesar da baixa formação específica em U/E, a maior parte dos médicos considerava sua formação e experiência sempre ou frequentemente satisfatórias para a sua atuação nas UPAs (Tabela 3); e de modo geral mostravam-se estimulados e confiantes. É de se pensar que dificilmente médicos com baixa qualificação específica em U/E considerariam sua formação apropriada para U/E de pronto-socorro hospitalar. Disto é possível inferir que a gravidade e a complexidade na UPA exigem menos formação que nos prontos-socorros hospitalares – até pelo excesso de situações de baixo risco. Explicação concorrente, no plantão também é comum que o médico mais experiente responsabilize-se pelas U/E de maior complexidade, ao passo que o outro atende à “porta” enquanto ganha habilidade gradualmente.

TABELA 3 Autoavaliação sobre a propriedade da formação/ experiência para atendimento dos casos de urgência na UPA, estado de Pernambuco, 2012-2013 (permite mais de uma resposta)

	N(5)	%
Sempre	2	40
Frequentemente	3	60
Total	5	100

Quando indagados sobre os fatores que os motivaram a trabalhar nas UPAs, os médicos destacaram em consenso a boa remuneração em primeiro lugar, seguida da afinidade com o objeto (Tabela 4). Embora alguns estivessem assumidamente de passagem antes de entrar na residência médica, mostraram interesse em retomar o plantão da UPA no futuro. A satisfação com a qualidade de trabalho oferecida pelo serviço foi comum, principalmente quando relativizada com outras oportunidades locais.

TABELA 4 **Principais motivos de escolha dos médicos para trabalhar nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013 (permite mais de uma resposta)**

	N(5)	%
Boa remuneração	5	100
Afinidade com o objeto U/E	4	80
Proximidade do domicílio	3	60
Oportunidade de primeiro emprego	1	20
Ganho de experiência profissional	2	40
Flexibilidade de horário	2	40
Flexibilidade de exigência de formação	2	40
Satisfação com a qualidade do trabalho	2	40

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

IMPLANTAÇÃO E ESTRUTURA DAS UPAS

No estado de PE, todas as UPAs estaduais implantadas até o fim de 2012 eram de porte III, em construções novas e padronizadas com grande apelo arquitetônico. A UPA municipal em Caruaru tinha porte II e beneficiou-se de extensa reforma da policlínica de pronto atendimento preexistente.

A população da área de abrangência das UPAs porte III foi estimada em mais de 200 mil habitantes – duas acima de 300 mil –, e acima de 100 mil para a UPA porte II. As primeiras apresentavam número médio de 450 a 500 atendimentos médicos diários, enquanto a última em torno de 160 atendimentos/dia.

Embora o início do processo de implantação tenha sido tenso na esfera política, todos os coordenadores concordaram com critérios de equidade no território definido e consideraram adequada sua localização. Identificam a SES como a principal influência na gestão da UPA, assim como se percebem participantes nos processos decisórios relativos à gestão do contrato com a Secretaria de Saúde.

A equipe necessária ao funcionamento de uma UPA porte III é bastante extensa (ver normativa das UPAs). Nas unidades visitadas, a equipe médica conta usualmente com quatro plantonistas clínicos durante o dia e três à noite; dois plantonistas pediátricos 24 horas; e dois ortopedistas em plantões diurnos (em alguns locais estendidos até às 22h). Além dos enfermeiros, responsáveis pelos cuidados de enfermagem e triagem com classificação de risco, a equipe conta com um assistente social que auxilia na orientação e na dispensação dos pacientes com baixo risco. A equipe técnica é extensa, com técnicos de enfermagem, radiologia, gesso, farmácia, administrativo, além de pessoal de apoio.

Todas as UPAs visitadas dispunham de cerca de 20 leitos de retaguarda; serviço de radiologia simples; eletrocardiograma laudado a distância; e laboratório de análises clínicas básico. As salas vermelhas estavam apropriadamente equipadas para emergências, com carrinho de parada, desfibrilador, ventilação mecânica e as drogas necessárias.

ASSISTÊNCIA PRESTADA

Em sua maioria, os pacientes provêm dos bairros no entorno da UPA, mas é comum receber pacientes de outras áreas da cidade e mesmo de outros municípios. Na opinião do conjunto de coordenadores, médicos e enfermeiros, a capacidade de atendimento é compatível ou até superior à demanda (a principal queixa nesse sentido estava relacionada ao excesso de procura por baixo risco, uma crítica direta ao papel da AB na resolução das queixas de baixa gravidade). Sem dúvida, os problemas de baixo risco são predominantes entre os pacientes atendidos.

O tempo de espera varia de acordo com a gravidade da situação: alto risco (vermelho) com atendimento imediato; médio risco em até uma hora; e baixo risco (verde/azul) em até 4 horas. Essa padronização consegue ser cumprida na visão preponderante do conjunto de profissionais entrevistados, com alargamento dos atendimentos azuis e verdes nos períodos de pico de demanda, motivo pelo qual a estratificação de risco mostre-se tão valorizada (Tabela 5). Os principais problemas atendidos de acordo com a experiência profissional estão consolidados na Tabela 6.

TABELA 5 Modo como a classificação de risco interfere na organização do atendimento, estado de Pernambuco, 2012-2013

	N(19)	%
Possibilita a priorização do atendimento de casos com maior gravidade	19	100
Possibilita a priorização do atendimento de casos com maior sofrimento	16	84,2
Possibilita a organização mais adequada do atendimento (distribuição por salas e por profissionais)	18	94,7
Reduz a demanda inapropriada	19	100
Educa/informa os pacientes	14	73,7

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

TABELA 6 Condições mais frequentemente atendidas nas UPAs, segundo percepção de coordenadores, enfermeiros e médicos (até cinco opções), estado de Pernambuco, 2012-2013

	N(19)
Infecções respiratórias agudas	18
Hipertensão/crise hipertensiva/Insuficiência cardíaca	16
Dor torácica/ Infarto Agudo	12
Violências e traumatismos	12
Diabetes mellitus e complicações	8
Dor lombar/afecções osteoarticulares	7
Afecções do trato digestivo	5
DPOC e Asma	5
Afecções do trato urinário	4
Tuberculose	3
Cirrose e complicações	2
Distúrbios mentais	2

Abusos de álcool e drogas	2
Afecções ginecológicas	1
HIV/Aids e complicações	1
Doenças Sexualmente Transmissíveis	1

Toda a infraestrutura de atendimento foi bem avaliada (Tabela 7), com equipamentos e salas de observação mantendo o mesmo padrão de resposta. Um profissional que marcou a alternativa “Boa”, explicou: “ótimo significa que nada precisa melhorar”.

TABELA 7 Avaliação das condições de infraestrutura física para atendimento nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013

	N(19)	%
Ótima	12	63,2
Boa	7	36,8
Razoável	0	0
Ruim	0	0
Péssima	0	0
Total	19	100,0

Interessante notar que à medida que se adentra no campo específico da assistência ao paciente grave, em sua altíssima sensibilidade pessoal e exigência da disponibilidade de material, embora mantenha-se alta, a avaliação torna-se menos homogênea (Tabelas 8 e 9). As entrevistas ressaltaram que questões bastante específicas podiam influenciar nessa avaliação geral, como ocorria, por exemplo, com ausência de trombolíticos necessários ao cuidado imediato do infarto agudo do miocárdio (algumas UPAs acabavam adquirindo a medicação por conta própria). Por outro lado, esse fato também revela que a UPA mostrou capacidade de resolução acima do que foi inicialmente aventado (a gestão já havia iniciado o processo de padronização do trombolítico).

TABELA 8 Avaliação da disponibilidade de medicamentos, serviços laboratoriais e imagem nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013

	MEDICAMENTOS		SERVIÇOS LABORATORIAIS		SERVIÇO DE IMAGEM	
	n (19)	%	n (19)	%	n	%
Ótima	12	63,2	10	52,6	6	66,7
Boa	6	31,5	6	31,6	1	11,1
Razoável	0	0	2	10,5	2	22,2
Ruim	1	5,3	1	5,3	0	0
Péssima	0	0	0	0	0	0
Total	19	100,0	19	100,0	9	100,0

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

TABELA 9 Avaliação do tempo de resposta de serviços laboratoriais nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013

	SERVIÇOS LABORATORIAIS		SERVIÇOS DE IMAGEM	
	n (19)	%	n (19)	%
Ótima	5	26,3	4	44,5
Boa	8	42,1	4	44,5
Razoável	5	26,3	1	11,1
Ruim	1	5,3	0	0
Péssima	0	0	0	100,0
Total	19	100,0	9	100,0

* APENAS COORDENADORES E MÉDICOS (UM MÉDICO NÃO RESPONDEU).

Em uma questão não resolvida internamente, na qual as opiniões dividem-se proporcionalmente para cada lado, a UPA não fornece dispensação de medicamentos, de forma que o paciente é encaminhado para farmácias externas (AB). Em um sentido, argumenta-se que isso ajuda a preservar o foco em U/E ao proteger a demanda simples por medicação. No outro, há a

preocupação com aderência e atraso no início de tratamentos, principalmente aqueles prescritos no fim de semana.

Outro ponto diz respeito à incorporação de novas tecnologias. Embora estejam satisfeitos, no geral, e tenham boa avaliação em resolutividade do serviço (Tabela 10), alguns profissionais gostariam de dispor de ultrassonografia e endoscopia digestiva alta.

TABELA 10 **Avaliação da capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013**

	N		%
Ótima	9		47,4
Boa	9	(todos os médicos)	47,4
Razoável	1		5,2
Ruim	0		0
Total	19		100,0

INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Conforme exposto anteriormente, aqui, a ideia de integralidade delimita-se em particular aos conceitos de coordenação e continuidade do cuidado. Como proposta essencial de integração da RAU, é compreensível que inicialmente os esforços mais visíveis sejam aqueles de integração com o serviço pré-hospitalar e hospitalar. E realmente foi o que se apresentou.

O referenciamento formal da AB é notoriamente fragmentado na percepção dos profissionais entrevistados. É possível que este distanciamento, assim como uma lacuna de formação nesse quesito, também influencie na percepção da pertinência dos encaminhamentos – uma vez que, em tese, qualquer encaminhamento formal deveria ser visto como pertinente (Tabelas 11 e 12).

TABELA 11 Realização de atendimentos a pacientes encaminhados formalmente da Atenção Básica nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013

	N	%
Sempre	6	31,6
Frequentemente	4	21,05
Algumas vezes	4	21,05
Raramente	1	5,3
Nunca	2	10,5
Não sabe	2	10,5
Total	19	100,0

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

TABELA 12 Avaliação da pertinência dos casos encaminhados pela Atenção Básica atendidos nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013

	N	%
Ótima	2	10,5
Boa	3	15,8
Razoável	6	31,6
Ruim	2	10,5
Péssima	1	5,3
Não Sabe	3	15,8
Nunca recebeu	2	10,5
Total	19	100,0

Mesmo refletindo deficiências da RAU, a avaliação sobre a disponibilidade de retaguarda hospitalar é superior à disponibilidade de serviços ambulatoriais, o que reafirma o trabalho de integração com os prontos-socorros hospitalares. Por outro lado, certa insatisfação com a dificuldade de

encaminhamento para os serviços especializados incute também a deficiência de compreensão de alguns profissionais sobre o real papel da UPA e da RAU, por exemplo, quando desejam o encaminhamento direto para exames ou consulta com especialidades (Tabelas 13 e 14).

TABELA 13 Avaliação da disponibilidade de serviços ambulatoriais para referenciamento/encaminhamento de pacientes nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013

	ÓTIMA		BOA		RAZOÁVEL		RUIM		PÉSSIMA		* NÃO SABE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Unidades Básicas	0	0	6	(31,6)	3	(15,8)	1	(5,2)	3	(15,8)	6	(31,6)	19	100
Especial. médica	0	0	5	(26,3)	4	(21,0)	2	(10,2)	2	(10,2)	6	(31,6)	19	100
Especial. não médica	0	0	5	(26,3)	1	(5,3)	2	(10,5)	3	(15,8)	8	(42,1)	19	100
SADT	0	0	6	(31,6)	5	(26,3)	3	(15,8)	2	(10,5)	3	(15,8)	19	100

TABELA 14 Avaliação da disponibilidade de serviços hospitalares para referenciamento/encaminhamento de pacientes nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013

	ÓTIMA		BOA		RAZOÁVEL		RUIM		PÉSSIMA		NÃO SABE		TOTAL	
	n	%	n	(%)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Emergências hospitalares	0	0	9	(47,3)	8	(42,1)	-	-	1	(5,3)	1	(5,3)	19	100
Leitos hospitalares	0	0	5	(26,3)	7	(36,8)	3	(15,8)	3	(15,8)	1	(5,3)	19	100
UTI	0	0	3	(15,8)	6	(31,6)	2	(10,5)	6	(31,6)	2	(10,5)	19	100
SADT	0	0	6	(31,6)	5	(26,3)	3	(15,8)	2	(10,5)	3	(15,8)	19	100

A formalidade da comunicação da UPA com os demais níveis da RAU mais uma vez aclara a diferença entre sua integração com a AB e prontos-socorros hospitalares. Enquanto para o lado da AB a comunicação é manifestamente fragmentada, a relação com os hospitais aparentam o amadurecimento da cultura institucional nessas relações de comunicação, com nítido predomínio da regulação formal (Tabelas 15 e 16).

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

TABELA 15 **Meios mais frequentemente utilizados para referenciamento/encaminhamento de pacientes para unidades de Atenção Básica nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013**

	N	%
Contato pessoal	1	5,3
Formulário para encaminhamento formal	9	47,3
Outros	1	5,3
Não encaminha pacientes para Atenção Básica	8	42,1
Total	19	100,0

TABELA 16 **Meios mais frequentemente utilizados para encaminhamento de pacientes para hospitais nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013 (ver Caruaru)**

	N	%
Contato pessoal	0	0
Formulário para encaminhamento formal	1	5,3
Central de regulação	17	89,4
Serviço Móvel de Urgência (SAMU)	0	0
Outros	1	5,3
Total	19	100,0

Eventualmente, ao contrário do preconizado, o paciente acaba permanecendo na retaguarda da UPA por mais de 24 horas. Na maioria das

vezes o fato está relacionado com a disponibilidade de vagas, mas também com a adequação do transporte de pacientes (Tabelas 17 e 18).

TABELA 17 Necessidade de permanência de pacientes por mais de 24 horas nas UPAs em razão da inexistência de vaga para internação, estado de Pernambuco, 2012-2013

	N (19)	%
Sempre	2	10,5
Frequentemente	5	26,3
Algumas vezes	9	47,4
Raramente	3	15,8
Total	19	100,0

TABELA 18 Motivos para permanência de pacientes por mais de 24 horas nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013

	N (19)	%
Inexistência de vagas	19	100
Deficiência de transporte adequado	12	63,2
Deficiência de mecanismos formais de encaminhamento	1	5,3
Outros	7	36,8

Uma questão recorrente diz respeito ao problema do retorno do paciente à UPA (Tabela 19). Como em todo serviço de U/E, a ideia elementar é justamente que se concentre no atendimento a condições agudas de média de alta gravidade, não de acompanhamento (eventualmente, há problemas que precisam achar seu espaço na RAU, como dor de dente, unha encravada, entre outros de baixa gravidade para prontos-socorros, mas por vezes algo que a AB não está preparada para resolver). Todavia, o problema ganha alguma relatividade quando se fala em pronto atendimento e o dimensionamento

de 450-500 consultas/dia é uma clara declaração de responsabilidade com a queixa de pronto atendimento.

TABELA 19 **Atendimento de pacientes com a mesma queixa anterior nas UPAs, estado de Pernambuco, 2012-2013**

	N	%
Sempre	4	21,0
Frequentemente	5	26,3
Algumas vezes	9	47,4
Raramente	1	5,3
Total	19	100,0

n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)

Nesse debate, é importante separar a motivação do que é considerado “retorno”, por exemplo, distinguindo pelo menos duas situações paralelas. A primeira com o retorno do paciente para reavaliação de tratamento instituído na própria UPA ou outro serviço. Neste caso, fica claro o potencial benefício da reavaliação do tratamento, que pode ser uma pneumonia comunitária, erisipela ou descompensação diabética, especialmente se a evolução do quadro puder ser analisada pelo mesmo médico que instituiu a terapêutica.

A segunda situação diz respeito aos retornos repetidos em consulta por questões crônicas, necessidade de exames e sintomas de baixa complexidade que provavelmente seriam mais bem avaliados pela equipe da AB que já conhece o paciente. Certamente, uma parcela da demanda de baixa complexidade da UPA tem origem no acesso facilitado ou na desestruturação da rede básica. Porém, pouco atentado, existe uma parcela de usuários que opta conscientemente pelo atendimento não agendado, cuja UPA seria a principal opção no SUS. Uma situação que ocorre em outros sistemas internacionais e não deve ser desconsiderada (GLAZIER *et al.*, 2012; PINEAULT, 2009).

7.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento da pesquisa, a implantação das UPAs em Pernambuco vinha se mostrando uma política efetiva na conformação e na resolubilidade

da RAU (deve ser considerado que essa inferência ampara-se principalmente na análise da estrutura e dos processos).

Do lado pragmático, o principal entrave no desempenho das UPAs parece ser a grande demanda por assistência de baixa complexidade. É esperado que considerável parte desse problema seja resolvida por uma AB bem estruturada, responsável pelo que foi denominado em campo do “componente de urgência da atenção básica”. Enquanto isso não se torna realidade, uma fala pareceu lapidar para todos os lados envolvidos: “[o paciente] tem de voltar para AB, mas voltar sem trauma. Ele não é culpado de estar doente, ou ter uma necessidade que eu não acho importante”.

Nesse plano do debate, uma questão essencial coloca-se às futuras investigações: a capacidade de estimar o real dimensionamento da UPA no sistema em relação à AB. Isto no sentido de se evitar uma oferta excessiva de pronto atendimento sem efetivo impacto na AB (MAHESWARAN *et al.*, 2007); ainda com grande potencial de intervenções desnecessárias, fragmentação do cuidado e, naturalmente, desperdício de recursos.

Contudo, a realidade é que o problema não tem direção única para a AB, uma vez que a melhoria de um setor cobra novas respostas e capacidades de todos os demais pontos de interseção, explicitando como nunca suas deficiências. É assim que os hospitais passam a ter de lidar com casos clínicos de pacientes mais idosos, graves e especializados do que estavam acostumados. E veem sua resolubilidade e disponibilidade de leitos dependentes de novas estratégias de reabilitação e assistência aos doentes sequelados e cronificados nas UTIs e enfermarias. Ato contínuo, o fio do novelo alcança toda a rede tecida do sistema.

A maior parte dos desafios sistêmicos é bem conhecida e não caberia enumerá-los. As propostas de soluções, entretanto, já trazem menos certezas que há pouco tempo, na medida em que as antigas convicções burocráticas caem por terra em tempo dos ideais de redes, solidariedade, interdependência e administração gerencial. Entre as evidências, muitos se convencem de que o caminho passa por novos paradigmas de sistema (IOM, 2003, 2012); da crescente capacidade da escolha do usuário (EVANS *et al.*, 2003); e da visão de complexidade (PLSEK, 2003).

7.9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EVANS, R.; EDWARDS, A.; ELWYN, G. The future for primary care: increased choice for patients. **Qual Saf Health Care**, v. 12, p. 83-84, 2003.

GLAZIER, R. H.; ZAGORSKI, B. M.; RAYNER, J. **Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use, 2008/2009 to 2009/2010**. ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2012.

HART, J. T. The Inverse Care Law. **Lancet**, v. i, p. 405-412, 1971.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. S331-S336, 2004.

IOM-Institute of Medicine (U.S.). **Crossing the quality chasm** [internet]. Washington, DC: National Academy Press, 2003 [citado em 14-6-2012]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027>.

_____. **Primary care and public health: exploring integration to improve population health**. [internet]. Washington: National Academies Press, 2012 [citado em 22-6-2012]. Disponível em: <http://download.nap.edu/cart/download.cgi?erecord_id=13381efree=1>.

MAHESWARAN, R.; PEARSON, T.; MUNRO, J.; JIWA, M.; CAMPBELL, M. J.; NICHOLL, J. Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: ecological study. **British Medical Journal**, v. 334, n. 7598, p. 838, 2007.

MELLO, G. A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** (Impresso), v. 19, n. 4, p.1219-1239, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Diretrizes Técnicas da Assistência Médica Ambulatorial na Atenção Básica**. 2. ed. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**, 2011a.

_____. _____. Colegiado Intergestor Bipartite. **Resolução CIB/PE n. 1.797**, de 19 de dezembro de 2011. Aprova as diretrizes para remodelagem da Rede de Urgência e Emergência do estado de PE e institui o Grupo Conductor para implantação dessa rede. 2011b.

_____. _____. **Subprojeto Regional QualiSUS-Rede**. Região Metropolitana do Recife. Recife, 2012a.

_____. _____. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015/Governo do Estado de Pernambuco**. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento. 1. ed. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2012b.

PINEAULT, R.; LEVESQUE, J. F.; ROBERGE, D; HAMEL, M.; LAMARCHE, P; HAGGERTY, J. **Accessibility and continuity of care**: a study of primary healthcare in Québec. Research report presented to the Canadian institutes of health research and the Canadian health services research foundation. Québec: Gouvernement du Québec et Centre de Recherche de l'Hôpital Charles LeMoynes, 2009.

PLSEK, P. Redesigning Health Care with Insights from the Science of Complex Adaptive Systems. In: Institute of Medicine (U.S.). **Crossing the quality chasm**. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027>. Acesso em 20/10/2014. Washington, DC: National Academy Press, 2003.

CAPÍTULO 8
REDE DE ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS:
AVALIAÇÃO
DAS UNIDADES
DE PRONTO
ATENDIMENTO
NO ESTADO DE
SERGIPE

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DE SERGIPE



ISABELLA SAMICO¹
LUCIANA SANTOS DUBEUX¹
MARINA FERREIRA DE MEDEIROS MENDES¹
GRECIANE SOARES DA SILVA¹
DENISE DA SILVA MELO GOMES DE SOUSA¹
ERONILDO FELISBERTO¹

O capítulo apresenta os resultados da avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no contexto da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do estado de Sergipe. Foram avaliadas quatro UPAs implantadas e em funcionamento no ano de 2012 localizadas nas regiões de Estância, Lagarto e Nossa Senhora da Glória. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave no âmbito da gestão (estadual e municipais) e das unidades de saúde no mês de fevereiro de 2013; além da análise de documentos e sistemas de informações oficiais. Consideradas as dimensões do contexto, formulação e implementação, destaca-se a forte influência da Reforma Sanitária Estadual na conformação da RUE e incorporação das UPAs. Há, entretanto, dependência dos municípios em relação ao nível estadual para a condução da RUE, dificuldades na inserção de profissionais especialistas, no sistema de referência e contrarreferência e necessidade de maior articulação entre os componentes da RUE. Destacam-se como pontos positivos considerados pelos entrevistados a boa resolubilidade das UPAs e sua contribuição para redução da demanda aos serviços instalados na capital do estado.

¹ 1Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (Geas) / Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip). Recife/PE, Brasil.

8.1 INTRODUÇÃO

O estado de Sergipe localiza-se na costa do Nordeste brasileiro. Possui a menor extensão territorial do país (21.915,116 Km²) e uma população de cerca de 2 milhões de habitantes, com densidade demográfica de 94,35 habitantes/Km². A população, concentrada na região metropolitana da capital Aracaju (35% do total), está desigualmente distribuída em 75 municípios, na sua maioria de pequeno porte populacional (72% com até 20 mil habitantes). Sobre esse aspecto, ressalta-se que os únicos municípios com mais de 100 mil habitantes são Aracaju (571 mil habitantes) e Nossa Senhora do Socorro (160 mil habitantes) (BRASIL, 2010; VIANA *et al.*, 2010).

Em se tratando dos indicadores sociais, Sergipe tem apresentado, nos últimos anos, melhores resultados na educação, saúde e níveis de Produto Interno Bruto (PIB) per capita, o que se traduziu no melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o melhor Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE/FGV), entre os estados nordestinos. Conforme o Plano Plurianual de 2012-2015, o estado tem avançado mais rapidamente que a média do Brasil e tem avançado nas várias dimensões do desenvolvimento, como no acesso a saneamento básico, elevação da escolaridade média da população, redução da pobreza e da desigualdade, crescimento da renda, acesso a bens de consumo e condições de moradia. No entanto, apesar dos avanços, Sergipe conta com 311.162 pessoas no perfil de extrema pobreza, o que representava 15,1% da população em 2010. Com o intuito de reverter este panorama, o Plano Estratégico para o período de 2011 a 2014 tem como meta orientação, organização e coordenação das políticas públicas para que a miséria esteja erradicada em Sergipe até 2016 (SERGIPE, 2011).

Em relação à situação de saúde, Sergipe destaca-se com percentual de óbitos por causas externas de 17,2% em 2010, superando as taxas para o país (13,6%) e para a região Nordeste (16,4%). A taxa de mortalidade por homicídios em 2010 de 32,7/100 mil habitantes é maior que a taxa nacional (27,8/100 mil hab.), sendo considerada alta segundo os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em se tratando das taxas de mortalidade por acidentes de transporte, estas se mantiveram superiores às da região Nordeste entre 1999 e 2010 e na maior parte do período também mais elevadas

em relação à taxa nacional. Em 2010, representaram 29,8% das mortes em Sergipe, 22,9% na região Nordeste e 23% no Brasil (BRASIL, 2011b).

O estado de Sergipe dispõe de 3.078 estabelecimentos de saúde, sendo 917 (30,0%) de natureza pública e 2.161 (70,0%) de natureza privada e filantrópica. Conforme a esfera administrativa, as unidades públicas estão constituídas da seguinte forma: uma Federal, 54 Estaduais e 862 Municipais (BRASIL, 2013a). Quanto ao tipo de gestão, expressiva maioria (94,4%) dos estabelecimentos públicos está sob administração direta do SUS e de outros órgãos públicos (0,4%), como o Ministério da Educação, Ministério do Exército e Marinha (BRASIL, 2013a), sendo a administração indireta responsável por poucas unidades.

A maior parte dos serviços (63,6%) concentra-se em Aracaju, seguida de Lagarto (2,9%), Itabaiana (2,8%) e Nossa Senhora do Socorro (2,5%). Esses municípios concentram 71,8% dos estabelecimentos de saúde do estado. A assistência ambulatorial está majoritariamente (1.687/63,2%) representada pelos consultórios isolados, que são privados. A rede ambulatorial pública conta 274 (10,3%) postos de saúde e 379 unidades básicas (14,2%). A cobertura populacional estadual de Equipes de Saúde da Família é estimada em 87,4%. Já a assistência à urgência está concentrada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (60%). Integrando a Rede Hospitalar estão dispostos 4.299 leitos distribuídos nas redes federais, estaduais, municipais e privadas, perfazendo coeficiente total de 2,08 leitos por 1.000 habitantes (BRASIL, 2013a).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado foi elaborado em 2002, adotando o seguinte desenho regional no qual estão contemplados os 75 municípios de Sergipe: uma região-polo; sete microrregiões; 15 módulos assistenciais; 60 municípios satélites. Nessa proposta, a região-polo é responsável pela oferta de serviços de média e alta complexidade assistencial para toda a população sergipana, seguindo os parâmetros da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS n. 1/2001). As microrregiões devem oferecer serviços de média complexidade de segundo nível; os módulos assistenciais são responsáveis pela oferta de serviços de média complexidade de primeiro nível de referência; e os municípios satélites são responsáveis diretos apenas pela atenção básica à saúde (SERGIPE, 200?a).

Em 2009, houve atualização do PDR, pela Deliberação CIE n. 40 de 22/5/2009 que aprova a constituição dos Colegiados de Gestão Regional

(CGR) como espaços de articulação e pactuação das prioridades para a região, das bases para a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde, do desenho do processo regulatório e das linhas de investimento, observadas as competências específicas das CIBs. Esses fóruns de discussão abrangem os 75 municípios do estado, mantendo-se as sete Regiões de Saúde (BRASIL, 2011a). A partir desse período, o desenho regional fica constituído: região-polo: Aracaju; sete Colegiados de Gestão Regional (regiões de saúde): Nossa Senhora da Glória, Propriá, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora do Socorro, Aracaju, Estância; 15 módulos assistenciais; 60 municípios satélites.

Mediante a reconfiguração da rede de atenção à saúde, destacou-se a necessidade de reconfiguração do modelo assistencial no estado. Para tanto foi realizado diagnóstico situacional, que, entre outros aspectos, verificou as condições estruturais das Clínicas de Saúde, o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e o papel dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) na Rede Estadual de Saúde.

Os 16 HPPs correspondiam aos hospitais locais e casas de misericórdia, alguns com problemas trabalhistas e previdenciários graves ou em processo de intervenção, e que não internavam. Nesse sentido, investiu-se na construção de Unidades de Saúde da Família e, algumas em outros formatos, transformando os HPPs em Clínicas de Saúde da Família 24 horas. Essas unidades foram remodeladas com recursos próprios, dividindo o espaço com Unidades Saúde da Família. Em cada unidade poderia funcionar até quatro equipes de Saúde da Família e uma de Pronto Atendimento. O estado agregou um valor de cofinanciamento.

Essas clínicas ampliadas foram criadas principalmente em unidades que antes atendiam urgências e se encontravam em espaço inadequado para assistência à saúde. O local foi reformado para abrigar a Equipe de Saúde da Família. Para facilitar a vinculação dos profissionais ao território e também considerando a falta de profissionais (principalmente médicos), foram regulamentados plantões de 12 horas, após o atendimento normal da UBS. Foram incorporados outros profissionais conforme a capacidade de contratação dos municípios. Essas unidades possuem sala de estabilização e os primeiros cuidados são realizados na área de urgência.

No que se refere às Redes de Atenção à Saúde, o estado define como responsabilidade a implantação das redes prioritárias: Rede Cegonha,

observando-se a Portaria Ministerial n. 1459/2011 e Rede de Atenção às Urgências, verificado nas Portarias Ministeriais n. 1600/2011 e n. 2395/2011. Determina ainda a pactuação para estruturação das referências entre os serviços de saúde, em especial no tocante às redes de Atenção às Urgências e Emergências e Rede de Atenção Psicossocial, aprimorando a Política de Educação Permanente em Saúde para a qualificação destas redes de acordo com o disposto nas Portarias Ministeriais n. 1.996/2007 e n. 2.200/2011 (SERGIPE, 2012a).

A Rede Estadual de Urgência e Emergência em Sergipe encontra-se em consonância com a Política Nacional de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), tendo como objetivo a garantia aos cidadãos dos seguintes serviços: acesso telefônico facilitado, que inclua regulação médica da demanda; avaliação inicial e imediata com identificação e classificação de risco, considerando possíveis encaminhamentos para unidades e serviços; realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos clínicos; monitoramento da assistência prestada; transporte assistido, conforme a situação clínica do usuário; referência e contrarreferência assistencial; informação sobre a assistência prestada e assessoramento ao paciente ou responsável; comunicação às autoridades competentes em caso de suspeita de violência de gênero, maus tratos em menores, idosos e incapazes (SERGIPE, 2008a). Está conformada por componentes de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas; Atenção Hospitalar; Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013a; SERGIPE, 2013b). No entanto, essa configuração sofre alterações a depender das particularidades de cada regional de saúde.

Inseridas no componente pré-hospitalar fixo da RUE, foram inauguradas em 2010 quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) nos municípios: Simão Dias, na região de Lagarto (SERGIPE, 2010a), Boquim, localizado na região de Estância (SERGIPE, 2010b), Porto da Folha e Poço Redondo, ambas localizadas na região de Nossa Senhora da Glória (SERGIPE, 2012c). Todas correspondiam a antigos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), sendo autorizados para custeio e considerados adequados para a transformação em UPA,

porte tipo I. Em 2014, o estado de Sergipe conta com mais duas unidades, perfazendo o total de seis Unidades de Pronto Atendimento.

8.2 O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Nesse estudo, foram avaliadas as quatro UPAs implantadas e em funcionamento no ano de 2012 no estado de Sergipe nos municípios de Boquim, Simão Dias, Porto da Folha e Poço Redondo.

Essa avaliação incluiu a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave no âmbito da gestão (estadual e municipais) e das unidades de saúde, durante o mês de fevereiro de 2013, bem como foi realizada a análise de documentos e de sistemas de informações oficiais relacionados ao contexto de implantação e funcionamento das UPAs.

Foram realizadas **26 entrevistas** sendo: **cinco** gestores do nível central da Secretaria Estadual de Saúde (Secretário Estadual de Saúde; Coordenadores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, da Rede Hospitalar, da Atenção Básica e da Regulação); **dois** coordenadores municipais da Atenção Básica; **quatro** coordenadores de UBS; **quatro** coordenadores de UPA; **sete** médicos e **quatro** enfermeiros.

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas mediante autorização dos entrevistados com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados quantitativos dos questionários foram digitados em banco de dados único para os sete estados participantes do estudo elaborado pela coordenação geral da pesquisa, sendo realizadas análises descritivas e os dados apresentados por meio de distribuição de frequências simples.

A partir do marco analítico dos contextos, condicionantes e desempenho das redes de atenção às urgências e emergências com foco nas UPAs adotado para a pesquisa, os resultados foram analisados sob a perspectiva das dimensões do contexto, formulação e implementação e são apresentados a seguir segundo o Contexto estadual de implantação da RUE, com ênfase na inserção das UPAs; a Implementação e desempenho das UPAs e a Coordenação do cuidado.

8.3 CONTEXTO ESTADUAL DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE), COM ÊNFASE NA INSERÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS)

A REFORMA SANITÁRIA E GERENCIAL DO SISTEMA DE SAÚDE DE SERGIPE

O estado de Sergipe tem como marco de desenvolvimento político-institucional a Reforma Sanitária e Gerencial do Sistema de Saúde iniciada em 2007. O objetivo principal dessa reforma foi a estruturação do sistema com vistas à garantia dos valores do SUS, rediscutindo as relações interfederativas entre o estado e os municípios. Buscou também a definição do papel do estado como coordenador de sistema, indutor de políticas e como produtor complementar de serviços (SERGIPE, 2008).

Como bases legais para operacionalização da Reforma são institucionalizadas leis estaduais convergentes às normas que regulamentam o Sistema Único de Saúde. A Lei n. 6.299 institui o Programa Estadual de Parcerias Público Privadas de Sergipe; a Lei n. 6.300 cria o Conselho Estadual de Saúde; a Lei n. 6.303 dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde; a Lei n. 6.341 dispõe sobre Contrato Estatal de Serviços; e a Lei n. 6.345 reza sobre a organização e o funcionamento do SUS em Sergipe.

Entre os princípios do SUS e inserido no contexto da reforma, o estado regulamenta a institucionalização do Padrão de Integralidade, mediante a Lei n. 6.345/08, que define:

A Integralidade da Assistência como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde em todos os níveis da assistência necessários ao cuidado da saúde integral do indivíduo, ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com protocolos e padrões técnicos e científicos definidos de acordo com as disponibilidades de recursos, conjugada com as necessidades da população. (SERGIPE, 2008b. Lei n. 6.345/08 artigo 16, p.7; SERGIPE, 2008a)

A organização do Sistema Estadual de Saúde focaliza-se na descentralização político-administrativa e na adesão e implantação de Redes de Saúde. Como base ordenadora instituiu o Sistema Interfederativo de Regu-

lação (SIR), composto pelas esferas assistenciais, o qual tem a função de garantia do acesso aos serviços de saúde de modo integral e equânime. A articulação destes componentes respeita os princípios da regionalização e hierarquização da atenção à saúde, compondo a Rede Interfederativa de Serviços Públicos, de caráter regional ou estadual. Nestas estão incluídas unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, atenção psicossocial, atenção hospitalar e de urgência e emergência, assim como o complexo regulatório estabelecido para o gerenciamento do acesso aos serviços de saúde (SERGIPE, 2008a).

Para direcionamento e homologação do SIR e sustentabilidade do Padrão de Integralidade, postos em destaque na reforma sanitária estadual, a Lei n. 6.345 cria duas instâncias decisórias: Colegiado Interfederativo Estadual de Gestão da Atenção e do Sistema (CIE) – composto por um representante de cada região, capital e estado – e os Colegiados Interfederativos Regionais (CIR) – compostos por todos os municípios da região.

Segundo um dos entrevistados, o papel dessas instâncias de decisão, assim como da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nas redes de atenção à saúde do estado é de: apoio, discussão do processo de trabalho, pactuação, busca da garantia de participação. Ressaltou-se que como os colegiados interfederativos, a integração da RUE com as demais redes iniciou-se em 2008 apresentando as linhas de financiamento e de melhoria de processo de trabalho para efetivação de uma integração como rede. Discutiu-se a RUE, coletivamente nos componentes de atenção básica, atenção psicológica e rede cegonha.

Outro aspecto fundamental da Lei n. 6.345 foi a legalização do Contrato de Ação Pública (CAP), que estabeleceu, entre os entes federados, os compromissos de investimentos para o SUS, os prazos e as responsabilidades no financiamento e no cumprimento de metas de produção, os indicadores sanitários e de monitoramento e avaliação, e o plano de educação permanente para a capacitação de pessoal, a partir das necessidades de saúde levantadas por meio dos mapas dos territórios.

Para o investimento em ações de promoção da saúde e educação permanente foram instaladas parcerias intersetoriais com as Secretarias de Educação; Segurança Pública; Justiça e cidadania; e direitos humanos, o que foi fundamental para o desenvolvimento das ações, principalmente di-

reacionadas ao enfrentamento da violência e uso de drogas. Essas ações têm alto custo para a saúde, refletido, principalmente, no planejamento e na organização da rede hospitalar de urgência e emergência. Além disso, é necessário o investimento para a capacitação dos gestores, profissionais e dos conselheiros de saúde para melhoria do diálogo com a população; com garantia de atenção à saúde de qualidade e compreensão do SUS como uma rede de solidariedade.

Sobre este aspecto as entrevistas reforçaram que a Reforma Sanitária Estadual e especificamente o Contrato de Ação Pública foram pioneiros no Brasil. A legislação estadual é anterior ao Decreto n. 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. A Gestão Estadual relatou que, antes dessa reforma, não havia a regulamentação da Lei n. 8.080 no estado, sendo preponderante a publicação da Lei Estadual n. 6.345. A Secretaria de Estado (SES/SE) já contava com o Plano Diretor de Regionalização e o Plano de Investimento, porém de forma ainda incipiente.

Nessa direção, a publicação do Decreto n. 7.508/2011 e seus dispositivos de organização e funcionamento do SUS, entre eles o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap), traz para o SUS/SE, que já operacionalizava o Contrato de Ação Pública (CAP) com os municípios, a necessidade de se reeditar esse contrato incluindo como partícipe o Ministério da Saúde (MS) e redefinido objetivos e responsabilidades para cada ente envolvido. Entre as responsabilidades a serem cumpridas pelo Estado e seus municípios está a organização da gestão estadual do SUS referendando as Regiões de Saúde do estado e ratificando as CIR nos termos do art. 5.º do Decreto n. 7.508, de 2011, e da Resolução CIT n. 01/2011. É também encargo dos signatários do termo realizar o planejamento regional integrado das ações e dos serviços de saúde, atualizando o Mapa da Saúde, os Planos de Saúde do estado e dos municípios e, respectivamente, seus Relatórios de Gestão; além de compatibilizar o Padrão de Integralidade de Sergipe à Renasces (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e à Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), para a elaboração do Coap nos termos das normatizações específicas.

Partindo dessas premissas, a Secretaria de Saúde de Sergipe (SES-SE) iniciou, em março de 2012, o Planejamento Regional Integrado com a

realização de oficinas de pactuação nas regionais, com a conformação de grupos condutores das redes temáticas. Como objetos disparadores destacam-se a discussão do Decreto n. 7.508/2011 e seus dispositivos de organização e governança, subsidiando a etapa de compatibilização dos CAPs ao Coap; a análise das portarias mais atualizadas até junho de 2012; os possíveis impactos das mudanças normativas por região; o debate sobre as Redes de Atenção à Saúde prioritárias; e a integração entre as redes temáticas e os níveis de assistência (SERGIPE, 2012b).

Como aspecto negativo desse processo, foi destacado por um dos entrevistados o ano eleitoral em 2012, quando os encontros do grupo condutor foram fragilizados. A retomada do processo aconteceu em março de 2013 no ponto inicial das discussões. No entanto, alertou para os possíveis perfis dos novos gestores municipais e para a falta entendimento sobre a Política do SUS, fatores que podem significar prejuízo para a continuidade dos trabalhos. Nesse contexto, a gestão estadual reforça que o financiamento da Rede de Atenção à Saúde é crucial para a garantia do cofinanciamento da Atenção Básica (AB) dos municípios, sendo inovação para a AB a implantação dos serviços de atenção domiciliar, que precisam ser reforçados por meio de recursos para melhoria da atenção aos pacientes acamados, sequelados e realização dos cuidados paliativos. A repercussão direta é a diminuição dos riscos para os usuários e a redução da ocupação dos leitos de urgência e emergência.

Ressaltou-se também que, a despeito da universalidade e integralidade para a organização e funcionalidade do sistema, é imprescindível considerar o princípio da equidade. Nesse caminho, a imposição judicial para atendimento em até 72 horas contravém ao direito da coletividade e da equidade. O acesso prioritário à saúde por meios jurídicos frequentemente não respeita a ordem da maior necessidade, privilegiando a lógica de acesso individual vinculada aos indivíduos com maior acesso à informação, à educação e à influência de relações pessoais. Ainda pode estar relacionado aos usuários de plano de saúde e, como estes têm regulação e cotas para certos exames, podem utilizar o SUS alegando ter o direito universal à saúde pública. Cabe o destaque de que, de fato, esses usuários têm direito de acesso aos serviços públicos, a despeito de também serem usuários de prestadoras privadas. No entanto, tais prerrogativas condicionam o acesso à saúde, influenciando a di-

nâmica de acomodação do contato dos usuários com a rede de atenção aos serviços de urgência e a implantação do Padrão de Integralidade no Sistema Interfederativo de Regulação.

Quanto aos avanços do SIR com foco na RUE estadual, foi referido como missão para 2013 que o grupo condutor envolva os trabalhadores e prestadores para reflexão. Aponta para a relevância de discussão realizada sobre o protocolo de classificação de risco, com envolvimento de representantes de regiões de cada sala de estabilização, das UPAs e de hospitais locais. No entanto, existem dificuldades relativas ao alinhamento das ideias desse grupo, devido à rotatividade de representações nos encontros do grupo. A perspectiva é garantir a participação contínua tendo como estratégia o espaço das capacitações. A meta foi definida para 2013, com projetos e com o recurso financeiro à disposição.

_____ **Configuração histórica do Sistema de Urgência e Emergência**

De acordo com um dos entrevistados, as mudanças do padrão de comportamento individual, com a aquisição e o uso inadequado de motocicletas por trabalhadores rurais, influenciaram a prevalência de acidentes, violência e mortes no trânsito. Essas transformações no perfil epidemiológico estão ainda fortemente influenciadas pelo desenvolvimento econômico regional, uso de álcool e drogas; agressões por arma de fogo, arma branca e violência sexual, implicando novas demandas para os serviços de saúde e alto custo para o SUS. Alude ainda ao aumento da demanda aos hospitais de urgência e trauma, como o Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE).

Nesse contexto, a configuração do Sistema Estadual de Urgência e Emergência teve início em meados de 2007 quando também se iniciou a reforma gerencial e sanitária em Sergipe. Na época existiam dois Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no estado, ambos dispostos em Aracaju. Esse serviço representou o grande impulso para implantação das bases centralizadas por região. Com a reforma, essas bases tiveram como referência o Plano de Desenvolvimento Regional, porém o SAMU extrapola a sua área de abrangência. Além disso, embora haja o planejamento para funcionamento como grade de referência preestabelecida, cada região tem seu fluxo.

Esse processo foi também fortemente caracterizado pela reconfiguração da rede hospitalar e de urgência. As unidades começaram a funcionar para atendimento à população regional, mas o financiamento para internamento e atendimento de urgência era insuficiente. Diante dessa situação a SES-SE buscou a estruturação da rede pré-hospitalar fixa, pré-hospitalar móvel e hospitalar, inserida na configuração do estado, adequando à nova política, com a inserção das UPAs. A Portaria ministerial n. 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) foi destacada pelos entrevistados como um forte indutor.

Ademais, em cada município sede da região foi remodelado um Hospital Regional. Considerando a malha viária de acesso, o critério de funcionamento centrado na urgência foi priorizar as UPAs. Para os municípios que não fossem sede de regional, mas que tivessem confluência entre municípios foram implantadas as Clínicas de Saúde da Família Ampliada (24 horas).

A composição da Rede de Atenção às Urgências (tal como as demais redes temáticas) teve participação do MS, a partir de março de 2011. A discussão coletiva entre o MS e as secretarias estaduais sobre os componentes e as novas formas de gestão das redes promulgaram reuniões na SES-SE. Esses encontros representaram a primeira fase da reforma da RUE estadual: o diagnóstico da rede de urgência no estado de Sergipe.

A partir desse diagnóstico foram identificadas as fragilidades e as potencialidades com vistas à melhoria na organização da Rede, em acordo com os gestores municipais. O universo dos municípios está em situação de gestão plena, havendo ampla participação do Colegiado Regional nos processos de negociação. Nesse movimento, a Coordenação da RUE teve o papel de promover a articulação junto aos municípios na perspectiva de que a nova política do Ministério da Saúde pudesse complementar o que o Estado havia conquistado com a Reforma Sanitária estadual em 2007. Foi a partir da reforma que se iniciou a formulação de todos os componentes da rede, porém o que predominava ainda eram os componentes de Atenção Hospitalar e Urgência.

Por outro lado, a institucionalização da regionalização da atenção à saúde contribuiu para o desenvolvimento da Política de Atenção à Urgência e Emergência. A descentralização agrega maior envolvimento com a situação de saúde da região e a possibilidade de organização de Planos de Ação

mais consistentes, conforme a realidade regional e considerando o perfil de morbimortalidade para reconfigurar as unidades e sua complexidade. Implica ainda melhor resolubilidade da RUE, de acordo com um dos entrevistados. Em regiões onde este processo está menos consolidado, a falta de médicos dificulta o desempenho da Rede. Na região metropolitana e na capital são contratados profissionais mais facilmente.

Assim, mesmo que o estado tenha um cofinanciamento para a estruturação das unidades de urgência municipais, o custo ainda é muito elevado. O que a maioria dos municípios do estado recebe do MS é relativo ao PAB fixo e variável. Cabe aos municípios a contrapartida que, pela Emenda Constitucional n. 29, é de 15%. Para garantir serviço de urgência tem de se estruturar o número de profissionais para o atendimento 24 horas, além de equipamentos e profissionais de apoio técnico para operação e manutenção. Em se tratando de densidade tecnológica, dos 75 municípios do estado, em 2013, apenas 10 apresentavam condições estruturais e financeiras para subsidiar serviços com maior aporte de recursos tecnológicos.

8.4 ENTRAVES E FACILITADORES DA CONSTITUIÇÃO DA RUE

Apesar do desenvolvimento político-institucional da RUE em Sergipe, um entrevistado ressaltou que a Política de Urgência e Emergência no SUS ainda apresenta debilidades, principalmente quando se trata da constituição do sistema de referência. Existe apenas um hospital de emergência de grande porte, localizado em Aracaju, mesmo havendo outros hospitais de suporte, mas que estão “aquém das necessidades”, pois os usuários não atendidos ou os casos não solucionados nas UPAs também não são resolvidos pelas unidades de referência regionais.

Houve investimento na rede hospitalar com construção de um hospital regional, reforma de cinco hospitais locais, além daqueles adequados em clínicas 24 horas. Recorreu-se a um padrão único de ambiência e centros cirúrgicos apropriados. O problema foi a coincidência de período entre as reformas dos hospitais (regionais e locais) e da implantação das UPAs no estado, o que implicou, de um lado, o aumento da demanda e a diminuição capacidade de atendimento dessas unidades. Por outro lado, esse investimento direcionado para os hospitais implicou “sucateamento” da AB, faltan-

do investimento para a manutenção e o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Também foi indicado nessa avaliação que gestores e usuários reconhecem a UPA como serviço de atendimento ambulatorial. Essa visão implica a recorrência dos hospitais regionais como primeira opção para referência assistencial de urgência e no estabelecimento do padrão de referência assistencial entre UPAs. Em municípios com UPAs que são consideradas de boa qualidade assistencial, caso da unidade de Boquim, os profissionais referenciam inicialmente para esta unidade a transferir para o hospital regional correspondente. Isso ocorre devido ao fluxo informal de gestores e usuários que reconhecem que naquela unidade os médicos atendem como generalistas, sendo resolutivos para qualquer demanda.

Como desafio para implantação da RUE, destacou-se a necessidade de encaminhamento do usuário em até 24 horas após o atendimento na UPA. Entre os efeitos esperados para a UPA estariam a diminuição do fluxo de usuários para unidades de referência de menor complexidade, com melhora na qualificação do atendimento. Por outro lado, ressalta-se a necessidade de atendimento dos pacientes em UTI. Com isso, o SAMU referencia usuários graves para a UPA. A própria qualificação do SAMU e das portas de entrada são pontos positivos para a rede. Carece ainda maior utilização das Salas de Estabilização, que são utilizadas, sobretudo, por médicos plantonistas do SAMU que também são plantonistas em UPA.

Faz-se ainda necessária a capacitação em decorrência do número reduzido de profissionais e devido ao regime de trabalho (plantonistas 24 horas); além da padronização de formulários, pois os municípios reproduzem em grande quantidade sem a previsão de alterações posteriores que os instrumentos poderão sofrer. Nesse sentido, o gasto desnecessário é um efeito adverso. As atividades eletivas também são grande dificuldade, refletindo inclusive na “urgencialização” da assistência (longos períodos de espera, agravamento dos casos e aumento da demanda aos serviços que integram a RUE).

8.5 IMPLEMENTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UPAS

A configuração das UPAs no estado sofreu forte indução da Secretaria Estadual de Saúde em 2009. Esta instância buscou melhoria para o finan-

ciamento das unidades, sendo considerada pelos coordenadores das UPAs a instância gestora mais influente nas decisões destas unidades. O projeto inicial contemplava sete UPAs para o estado. Algumas unidades foram pactuadas considerando a área de abrangência, outras não.

As UPAs analisadas neste estudo são de porte tipo I, dispostas em três regiões de saúde do estado; a mais distante está a 190 km da capital, localizada no município de Porto da Folha. Quanto ao tipo de gestão, esses serviços apresentam-se sob administração municipal (Poço Redondo e Porto da Folha) e estadual (Boquim e Simão Dias), estando algumas sob gestão direta e outras indireta, acompanhando as tendências estaduais de parceria com entidades privadas para comando dos serviços de saúde (Quadro 1).

QUADRO 1 Caracterização das UPAs de Sergipe, conforme localização e tipo de gestão

UPA	REGIÃO	DISTÂNCIA DA CAPITAL (KM)	GESTÃO
Boquim	Estância	89	Estadual, administração indireta, Fundação Hospitalar Saúde
Poço Redondo	Nossa Senhora da Glória	139	Municipal, administração direta
Porto da Folha	Nossa Senhora da Glória	190	Municipal, administração direta
Simão Dias	Lagarto	100	Municipal, administração indireta, Associação Beneficente Nossa Senhora de Santana

Cabe destacar que, conforme a Portaria GM n. 1.601 (2011), a UPA porte I deve contar com, no mínimo, dois médicos, sete leitos, prestar atendimento médico para até 150 usuários por dia, além de ter delimitada uma população de abrangência entre 50 mil e 100 mil habitantes.

A implantação das UPAs no estado não implicou aumento no orçamento, sendo comprimidas, em decorrência, despesas com recursos humanos e unidades de serviço. O percentual de gasto das UPAs em relação à RUE varia entre 0 a 25%, e o percentual de custeio por ente federado está entre 0 a 25% para a gestão estadual e 50% a 75% para os municípios. Um

dos entrevistados complementa que, na RUE, esse dispositivo é a porta de entrada para as urgências, porém há carência de treinamento profissional em algumas áreas, deixando-se equipamentos ociosos. Há dificuldade de recursos em relação à demanda e de médicos, sobretudo devido às baixas arrecadações municipais.

8.6 PERFIL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS UPAS

As UPAs envolvidas neste estudo apresentaram uma média de 99 atendimentos médicos por dia, seguindo a normatização de consultas médicas para até 150 usuários (Portaria n. 1.601/2011). Quanto ao perfil de atendimento, preponderou entre os entrevistados que o atendimento pediátrico é habitual, apesar de não se dispor de pediatras nas UPAs abordadas. Já a faixa etária predominante são de adultos.

Na Tabela 1, observa-se o perfil de atendimento por classificação de risco segundo os entrevistados. Ressalta-se que o perfil de atendimento, com concentração de casos de baixo risco, pode confirmar a maior representação de atendimento ambulatorial nas UPAs, como indicado por outros entrevistados.

TABELA 1 **Perfil de atendimento, segundo a classificação de risco e os entrevistados: Coordenador de UPA e Médico. Sergipe, 2013**

BAIXO RISCO	COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7
Hipertensão/crise hipertensiva/ Insuficiência cardíaca	3	3
Diabetes mellitus e complicações	2	2
DPOC e Asma	1	2
Infecções respiratórias agudas	3	2
Afecções do trato urinário	—	3
Afecções do trato digestivo	1	2
Cirrose e complicações	1	—
Distúrbios mentais (inclui crises de ansiedade)	1	1

Abusos de álcool e drogas	1	1
Violências e traumatismos	3	–
Dor lombar/afecções osteoarticulares	1	2
MÉDIO RISCO	COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7
Hipertensão/crise hipertensiva/ Insuficiência cardíaca	–	3
Diabetes mellitus e complicações	1	2
DPOC e Asma	–	3
Infecções respiratórias agudas	1	3
Afecções do trato digestivo	–	2
Cirrose e complicações	1	–
Abusos de álcool e drogas	2	1
Violências e traumatismos	1	1
Dor lombar/afecções osteoarticulares	–	1
ALTO RISCO	COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7
DPOC e Asma	2	1
Infecções respiratórias agudas	–	2
Violências e traumatismos	–	1
Dor torácica/Infarto Agudo	2	–

Apesar dessa classificação de risco mencionada, o conjunto das unidades não dispõe de um protocolo dessa natureza ou esse instrumento não é totalmente reconhecido pelos entrevistados nas UPAs.

De acordo com a coordenação de todas as unidades, estas apresentam sala específica para classificação de risco, tendo o enfermeiro como profissional responsável. Já a realização de atendimento após a realização de classificação de risco acontece “algumas vezes” para dois dos sete médicos entrevistados e “sempre” para dois dos quatro enfermeiros.

A Tabela 2 apresenta alguns efeitos da influência da classificação de risco na organização do atendimento, cabendo o destaque para poucas respostas dos profissionais no tocante à redução da demanda inapropriada, considerada, a priori, uma consequência direta desse tipo de prática.

TABELA 2 **Perfil de atendimento, segundo influência da classificação de risco conforme coordenadores de UPAs, Médicos e Enfermeiros. Sergipe, 2013**

INFLUÊNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO ATENDIMENTO	COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7	ENFERMEIRO N=4
Possibilita a priorização do atendimento de casos com maior gravidade.	3	3	2
Possibilita a priorização do atendimento de casos com maior sofrimento.	3	4	1
Possibilita a organização mais adequada do atendimento (distribuição por salas e por profissionais).	2	4	1
Reduz a demanda inapropriada.	1	1	1
Educa/informa os pacientes.	2	1	1

n. 28
Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

8.7 DEMANDA ATENDIDA

A Tabela 3 apresenta caracterização da demanda de acordo com a origem do usuário, relação entre demanda e capacidade de atendimento e razões para demanda não atendida pelo médico. Coordenadores de UPA corroboram que esses serviços atendem usuários advindos de um grupo de municípios. Diferentemente, a despeito de ser a minoria dos entrevistados, alguns médicos (dois) e enfermeiro (um) relataram que a origem predominante dos indivíduos atendidos é relativa ao município-sede da UPA.

A maioria dos coordenadores de UPA e médicos concorda que a demanda atendida é superior à capacidade de atendimento. Os coordenadores de UPA, médicos e enfermeiros confirmaram que, nos casos que requerem atendimento hospitalar imediato, não há assistência médica na unidade, assim como nenhum dos coordenadores indicou que todos os casos são atendidos pelo médico. Destaca-se, contudo, que a maioria (três) dos enfermeiros e dois entre os sete médicos ressaltaram que há consulta do médico para solicitação de reposição de receituário médico, de medicamentos ou de pedidos de exames em UPAs.

TABELA 3 **Caracterização da demanda, conforme coordenadores de UPAs, médicos e enfermeiros. Sergipe, 2013**

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA		COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7	ENFERMEIRO N=4
Origem predominante dos usuários atendidos	Todo o município	-	2	1
	Grupo de municípios	4	5	3
Relação entre demanda e capacidade de atendimento da UPA	A demanda é superior à capacidade de atendimento	3	6	1
	A demanda é compatível com a capacidade de atendimento	1	1	3
Razões para a demanda não atendida pelo médico	Casos considerados passíveis de atendimento em unidades básicas de saúde	1	1	2
	Casos para os quais não existe especialista na UPA (ex.: Ortopedista, Pediatra, Otorrinolaringologista, Oftalmologista)	1	3	1
	Casos de solicitação de reposição de receituário médico, de medicamentos ou de pedidos de exames	1	2	3
	Casos de solicitação de atestado médico	1	0	2
	A demanda de atendimento é de responsabilidade de outro profissional da equipe	0	0	2
	Todos os casos que chegam recebem atendimento médico	0	4	2

Nas regiões onde a UPA está instalada (como em Glória e Lagarto), o fluxo de paciente do ambulatório para o pronto-socorro foi atenuado, conforme as entrevistas. Quanto ao perfil de atendimento, a demanda de usuários de Simão Dias (onde se localiza uma UPA) para o pronto-socorro de Lagarto é inferior se comparada a qualquer outra. Da mesma forma, a demanda aos hospitais regionais também diminuiu com a implantação das UPAs, como percebido em Porto da Folha e Poço Redondo. Por outro lado, a UPA está atendendo o paciente com demanda ambulatorial, que não está sendo resolvida no âmbito da AB.

8.8 ESTRUTURA DA UPA

Os profissionais das UPAs classificaram a estrutura física da unidade entre “ótima” e “razoável”. A disponibilidade de equipamentos para consulta esteve como “ótima” e “boa” para os coordenadores, entre “boa” e “ruim” para os médicos; e “boa” e “razoável” para os enfermeiros entrevistados. Quanto à infraestrutura e à disponibilidade de equipamentos da Sala de Observação/Estabilização, são vistas como “boa” para três dos quatro coordenadores de UPA e seis dos sete médicos abordados.

Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico caracterizaram-se pela oferta de exames de radiologia, de análise clínica laboratorial e de eletrocardiograma, respectivamente, na constatação de quatro, três e dois coordenadores entrevistados. Nenhuma unidade dispõe de ecografia, endoscopia ou ultrassonografia.

As Tabelas 4 e 5 mostram a avaliação realizada pelos profissionais das UPAs no tocante à administração e à dispensação de medicamentos, disponibilidade e tempo de espera dos serviços laboratoriais. A administração de medicamentos na UPA é considerada “boa” para a maioria dos profissionais, ressaltando que dois entre os sete médicos entrevistados apontaram que essa atividade tem desempenho “ruim”.

A disponibilidade de laboratórios foi apontada como “boa” para a maioria dos entrevistados. Entretanto, um coordenador e um médico ressaltaram que os serviços de laboratoriais são “péssimos”. O tempo de resposta dos exames foi indicado como “bom” para a maior parte dos profissionais.

TABELA 4 Avaliação da administração e dispensação de medicamento, conforme coordenadores de UPA, médicos e enfermeiros. Sergipe, 2013

MEDICAMENTOS	ESCALA	COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7	ENFERMEIRO N=4
Administração	Ótima	1	1	1
	Boa	2	3	1
	Razoável	1	1	2
	Ruim	—	2	—
	Péssima	—	—	—
Dispensação	Ótima	—	—	1
	Boa	2	1	2
	Razoável	1	1	—
	Ruim	—	—	—
	Péssima	0	2	—
	Não sabe	0	1	—
	Não dispensa	0	2	1

TABELA 5 **Disponibilidade e tempo de resposta dos serviços laboratoriais, segundo coordenadores de UPA, médicos e enfermeiros. Sergipe, 2013**

SERVIÇOS LABORATORIAIS		COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7	ENFERMEIRO N=4
Disponibilidade	Ótima	1	—	—
	Boa	2	3	3
	Razoável	—	1	1
	Ruim	—	1	—
	Péssima	1	1	—
	Não tem	—	1	—
Tempo de resposta	Ótima	1	—	1
	Boa	2	3	3
	Razoável	0	—	—
	Ruim	0	2	—
	Péssima	1	1	—
	Não sabe	0	—	—
	Não tem	—	1	—

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

8.9 DIMENSIONAMENTO E QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS UPAS

O dimensionamento dos profissionais da UPA de Boquim prevê a disposição de dois médicos por dia, atendendo à normatização da Portaria GM n. 1.601 (2011), no que diz respeito a esse aspecto para as UPAs porte I. Já os outros serviços possuíam apenas um profissional médico no período estudado. Quanto às especialidades médicas e outros profissionais, a Tabela 6 destaca que nenhuma unidade apresenta médicos pediatras e ortopedis-

tas, especialmente considerando a natureza de unidades de atendimento às urgências e os indicadores de morbimortalidade estadual relacionados aos acidentes e traumas.

TABELA 6 – Dimensionamento e qualificação dos profissionais das UPAs, conforme coordenadores de UPAs. Sergipe, 2013

PROFISSIONAIS DAS UPAS	MÉDIA	MEDIANA	NÚMERO MÍNIMO	NÚMERO MÁXIMO
Médico Clínico Geral	8	8	3	13
Médico Pediatra	–	–	–	–
Médico Ortopedista	–	–	–	–
Médico em Outra Especialidade	1	1	–	2
Auxiliar de enfermagem	8	5	1	20
Técnico de enfermagem	27	24	13	45
Enfermeiro	5	5	4	7
Dentista	–	–	–	–
Psicólogo	–	–	–	–
Assistente Social	1	1	–	3

8.10 PRÁTICA CLÍNICA

A prática clínica é orientada rotineiramente por protocolos clínicos formais segundo apenas dois coordenadores de UPA; três entre os sete médicos e para três dos quatro enfermeiros entrevistados. Para os coordenadores, esses protocolos são fornecidos pela direção e/ou implantados formalmente na UPA ou obtidos de outras fontes.

A capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos na UPA foi avaliada como “boa” para a maioria dos entrevistados e nenhum profissional indicou que a disposição dessa unidade em solucionar os casos é “ruim” ou “péssima”. Revelou-se que mais de 50% da demanda para a UPA é atendida, não se recorrendo às unidades de Aracaju.

A prática de enfermagem foi ponderada, entre outros critérios, pela utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo observado que apenas um profissional não recorre a esse protocolo nas suas atividades de rotina. Quanto às dificuldades para a utilização do SAE, destaca-se a demanda elevada de usuários na unidade (Tabela 7).

TABELA 7 **Utilização dos componentes e principais dificuldades para utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme os enfermeiros. Sergipe, 2013**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)	ENFERMEIROS N=4
Utilização dos componentes (SAE)	
Histórico de enfermagem	3
Diagnóstico de enfermagem	2
Planejamento de enfermagem	3
Implementação de enfermagem	2
Avaliação ou evolução de enfermagem	3
Não utiliza a SAE	1
Dificuldades para utilização do SAE	
Falta de tempo	1
Alta demanda de pacientes	3
Resistência dos enfermeiros	1

8.11 AÇÕES DE PLANEJAMENTO DAS UPAS

A relação entre as ações assistenciais prestadas e as previstas no planejamento da RUE foi alvo de julgamento pelos coordenadores de UPA, demonstrando realidades de programação de ações dessas unidades na Rede de Atenção às Urgências e Emergências completamente desiguais. A correspondência entre o planejamento e a execução de ações acontece apenas em uma unidade, enquanto em outra não acontece; e em uma

terceira unidade o coordenador não tem clareza sobre a inserção de atividades da UPA na RUE.

Os enfermeiros ponderaram sobre algumas características das ações de planejamento nas unidades em análise, também sendo possível visualizar diferentes rotinas de planejamento, conforme apresenta a Tabela 8.

TABELA 8 Ações de Planejamento desenvolvidas nas UPAs, conforme os enfermeiros. Sergipe, 2013

AÇÕES DE PLANEJAMENTO		ENFERMEIRO N=4
Frequência de reunião da equipe de enfermagem	Frequentemente	1
	Algumas vezes	3
Frequência de reunião da equipe multiprofissional	Raramente	3
	Nunca	1
Caráter da reunião da equipe de enfermagem	Informativo	1
	Formativo	1
	Pauta aberta à equipe	2
Caráter da reunião da equipe multiprofissional	Formativo	1
	Pauta aberta à equipe	3
Frequência dos indicadores de atenção à saúde na discussão com a equipe de enfermagem	Frequentemente	1
	Algumas vezes	1
	Raramente	1
	Nunca	1
Frequência de revisão e atualização das rotinas e/ou protocolos de enfermagem	Algumas vezes	3
	Nunca	1
Utilização do prontuário único pela equipe	Sim	3
	Não	1

8.12 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS UPAS

A SES/SE faz um monitoramento quadrimestral previsto no Contrato de Ação Pública (Coap), com atribuição específica do setor de direção de gestão de sistema, que faz monitoramento, avaliação e auditoria, com a participação da coordenação da RUE. O processo conta com um instrumento do tipo checklist para verificação, em relação ao previsto para o perfil da unidade. Mediante esse monitoramento emite-se um relatório para o município. Há também reuniões do Conselho Estadual de Saúde, relativas ao monitoramento do referido contrato.

*n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

Os coordenadores de UPA também indicaram os instrumentos oficiais de monitoramento e avaliação preenchidos e utilizados por essas unidades. O conjunto desses serviços utiliza a Ficha de Cadastro (CNES), o Boletim de Produção Ambulatorial (SIA), a Declaração de óbito (SIM), a Declaração de Nascido Vivo (Sinasc), a Ficha de Notificação Compulsória (Sinan); enquanto em apenas uma UPA a Autorização de Internação Hospitalar (SIH) é utilizada.

Indicaram haver mecanismos rotineiros de avaliação: reuniões com os gestores do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria Municipal e/ou Estadual) e supervisão das atividades. Tais atividades são realizadas junto às Secretarias de Estado e municípios. Destaca-se, no entanto, que nenhum entrevistado indicou haver a participação da gestão federal, dos conselhos de saúde, bem como não têm como mecanismos de avaliação a elaboração de relatórios de gestão.

A natureza das informações coletadas rotineiramente nas unidades pode ser observada na Tabela 9, ressaltando-se que os dados recolhidos pelo conjunto das UPAs são relativos ao “desfecho do atendimento prestado” e “dados administrativos”.

TABELA 9 **Natureza das informações coletadas rotineiramente nas UPAs, segundo coordenadores de UPA. Sergipe, 2013**

NATUREZA DAS INFORMAÇÕES	COORDENADOR DE UPA N=7
Diagnóstico	2
Perfil da demanda	2
Trajetória assistencial do paciente	—
Processo de atenção	1
Desfecho do atendimento prestado	4
Dados administrativos	4

8.13 COORDENAÇÃO DO CUIDADO

SERVIÇOS DISPONÍVEIS E MECANISMOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA ENTRE A UPA E OS COMPONENTES DA RAU

A assistência aos usuários referenciados pela AB foi considerada pelos profissionais das UPAs conforme a frequência de encaminhamentos por esse nível de atenção (Tabela 10). Nesses casos, considerou-se que a referência formal da AB acontece “sempre”, “algumas vezes” e “raramente”, para a maioria dos coordenadores, médicos e enfermeiros, respectivamente. Quanto à pertinência dos casos advindos da atenção básica, a maior parcela dos coordenadores e médicos a considerou “razoável”.

A relação entre o SAMU e a UPA foi ponderada conforme a chegada de usuários nessas unidades de urgência por meio deste dispositivo (Tabela 10). Interessante notar as divergências entre os entrevistados. Para a maioria dos coordenadores, os indivíduos “sempre” dão entrada por meio desse equipamento. Entre os médicos as respostas se concentraram em “frequentemente”. Já para os enfermeiros, as respostas dos quatro profissionais entrevistados variou entre “sempre”, “frequentemente”, “algumas vezes” e “raramente”, revelando a divergências de respostas e a própria subjetividade das percepções dos entrevistados e/ou subjetividade em torno da pergunta.

TABELA 10 **Relação da UPA com a atenção básica e o SAMU, segundo coordenadores de UPA, médicos e enfermeiros. Sergipe, 2013**

RELAÇÃO COM OUTRO NÍVEL DE ATENÇÃO E EQUIPAMENTO DE SAÚDE		COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7	ENFERMEIRO N=4	
ATENÇÃO BÁSICA	Frequência de pacientes referenciados formalmente por este nível de atenção	Sempre	2	1	1
		Frequentemente	1	1	1
		Algumas vezes	—	3	—
		Raramente	1	1	2
		Nunca	—	1	—
	Pertinência dos casos referenciados por este nível de atenção	Ótima	—	—	—
		Boa	—	3	2
		Razoável	3	4	—
		Ruim	1	—	2
	SAMU	Frequência de pacientes referenciados por este equipamento	Sempre	2	—
Frequentemente			1	5	1
Algumas vezes			—	1	1
Raramente			1	—	1
Nunca			—	1	—

A Tabela 11 apresenta os serviços disponíveis para referência assistencial segundo os profissionais das UPAs. Interessante notar que, entre os médicos, um indicou haver uma UPA como unidade de referência, assim como poucos entrevistados indicaram a existência de leitos de UTI.

TABELA 11 **Serviços disponíveis para referência assistencial, segundo coordenadores de UPA, médicos e enfermeiros. Sergipe, 2013**

SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA REFERÊNCIA ASSISTENCIAL	COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7	ENFERMEIRO N=4
Unidades de atenção básica/Equipes de Saúde da Família	4	4	3
Ambulatórios de especialidades médicas	3	3	2
Ambulatórios de especialidades não médicas (ex.: fisioterapia, odontologia, psicologia)	2	4	2
Outras unidades de pronto atendimento	—	1	—
Serviços de apoio diagnóstico-terapêutico (SADT) (ex.: ultrassonografia, endoscopia)	2	2	2
Emergências hospitalares	3	7	1
Leitos hospitalares	4	5	2
UTI	2	4	2
Não existem serviços disponíveis	—	—	1

Na Tabela 12, tem-se a avaliação dos serviços disponíveis para referência assistencial realizada pelos profissionais das UPAs. As unidades básicas, os ambulatórios especializados, emergências e leitos hospitalares foram avaliados pela maioria entre “boa” e “razoável”. Diferentemente, os serviços de SADT e UTI concentraram as respostas entre “ruim” ou “péssima”. Em geral, as respostas apresentam uma avaliação semelhante entre os profissionais, podendo este resultado ser um indicativo das potencialidades e fragilidades na qualidade dos equipamentos e componentes da RAU em Sergipe.

TABELA 12 **Avaliação dos serviços disponíveis para referência assistencial, segundo coordenadores de UPA, médicos e enfermeiros. Sergipe, 2013**

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA REFERÊNCIA ASSISTENCIAL		COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7	ENFERMEIRO N=4
Unidades básicas	Boa	1	2	—
	Razoável	2	1	2
	Ruim	1	2	1
	Péssima	—	2	—
Ambulatórios especializados médicos	Boa	1	1	2
	Razoável	2	1	—
	Ruim	1	1	—
	Péssima	—	2	1
Ambulatórios especializados não médicos	Boa	1	—	—
	Razoável	—	3	2
	Ruim	1	—	—
	Péssima	—	1	—
	Não Sabe	2	2	1
SADT	Boa	—	1	—
	Razoável	—	—	1
	Ruim	3	1	1
	Péssima	—	2	1
	Não Sabe	1	1	—

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

Emergências hospitalares	Boa	2	3	–
	Razoável	1	2	3
	Ruim	1	1	–
	Péssima	–	1	–
Leitos hospitalares	Boa	1	2	–
	Razoável	1	3	1
	Ruim	2	–	2
	Péssima	–	1	–
	Não sabe	–	1	–
UTI	Boa	1	–	–
	Razoável	–	2	1
	Ruim	1	2	1
	Péssima	2	2	1
	Não sabe	–	1	–

Os mecanismos de ação desenvolvidos nas UPAs para a contrarreferência assistencial foram avaliados, sendo utilizados meios diversificados, de acordo com os componentes assistenciais e os profissionais. Apesar de ter havido respostas divergentes, a contrarreferência para as unidades de AB acontece por meio de encaminhamento formal respectivamente para um, três e dois coordenadores de UPA, médicos e enfermeiros. Já para os serviços ambulatoriais as respostas dos médicos variaram entre “contato pessoal” e “não haver encaminhamento”, mas o encaminhamento formal também predomina para a maioria desses profissionais e para os enfermeiros. Para os hospitais, chama atenção que, na avaliação dos médicos, esse processo acontece por meio de contato pessoal para cinco entre os sete entrevistados (Tabela 13).

TABELA 13 **Mecanismos de ação para a contrarreferência assistencial das UPAs para as demais unidades componentes da RAU, segundo coordenadores de UPA, médicos e enfermeiros. Sergipe, 2013**

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA REFERÊNCIA ASSISTENCIAL		COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7	ENFERMEIRO N=4
Unidades de atenção básica	Contato pessoal	2	3	1
	Formulário/folha para encaminhamento formal de pacientes	1	3	2
	Outros	1	1	—
Serviços ambulatoriais especializados (médicos e não médicos)	Contato pessoal	2	1	1
	Formulário para encaminhamento formal de pacientes	1	4	2
	Outros	1	1	—
	Não encaminha paciente para ambulatoriais especializados	—	1	—
SADT	Contato pessoal	1	—	1
	Formulário para encaminhamento formal de pacientes	1	4	2
	Central de regulação	1	—	—
	Não encaminha pacientes para serviços de apoio diagnóstico-terapêutico (SADT)	1	3	—
Hospital	Contato pessoal	2	5	2
	Central de regulação	1	—	1
	SAMU	—	2	—
	Outros	1	—	—

n. 28
Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

A permanência dos usuários por mais de 24 horas é um evento indesejado em UPAs. Apesar dessa prerrogativa, os entrevistados elencaram algumas razões para que isso acontecesse nessas unidades, sendo preponderante a inexistência de vagas em outras unidades de referência (Tabela 14). Entre essas razões, cabe ponderar que, se não for indicado encaminhamento do usuário, este deveria receber alta da UPA; e os demais casos reforçam as fragilidades da RUE, na regulação e na deficiência de estrutura para resposta de exames complementares em tempo.

TABELA 14 Caracterização e razão da permanência do usuário por mais de 24 horas nas UPAs, segundo coordenadores de UPA, médicos e enfermeiros. Sergipe, 2013

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA REFERÊNCIA ASSISTENCIAL		COORDENADOR DE UPA N=4	MÉDICO N=7	ENFERMEIRO N=4
Inexistência de vagas		4	6	4
Deficiência de transporte adequado		—	4	—
Deficiência de mecanismos formais de encaminhamento		—	1	—
Outros		—	4	—
Permanência dos usuários atendidos por mais de 24 horas para vaga para internação	Sempre	—	1	—
	Frequentemente	1	1	1
	Algumas Vezes	2	3	2
	Raramente	—	—	1
	Nunca	1	2	—

8.14 CONCLUSÕES

O estudo destacou as peculiaridades da Reforma Sanitária Estadual e sua forte influência na conformação da RUE no estado, com posterior incorporação das UPAs. A esse respeito, observou-se que esse processo de mudança no modelo assistencial pode ser considerado como uma inflexão da RUE estadual no que se refere à iniciativa federal. Entretanto, o estudo também demonstrou uma tendência do estado na busca pela implantação das ações previstas nas normatizações federais relacionadas à Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Este aspecto foi considerado como uma dificuldade para implantação e desempenho da Rede, devido às várias publicações nacionais com mudanças que os níveis estadual e municipal não suportam, sobretudo por questões de insuficiência para financiamento das ações. Também foi identificada a dependência dos municípios em relação ao nível estadual para a condução da RUE, sendo esta instância o principal ator que influencia as ações das UPAs.

Os entrevistados sinalizaram para a fragilidade do complexo regulatório, a despeito de este se encontrar em processo inicial de implantação à época da realização do estudo. Este resultado representa dificuldade para os mecanismos de referência e contrarreferência e indica a necessidade de maior articulação entre os componentes da RUE, o que ampliaria o seu desempenho no estado de Sergipe.

Um problema comum a todas as UPAs é a necessidade de contratação de especialistas para atendimento à demanda. Ressalta-se ainda a carência de fixação profissional nas unidades básicas de saúde, o que reflete atendimento ambulatorial nas UPAs. Há necessidade de implementação de propostas para captação de profissionais, principalmente médicos.

As UPAs de Sergipe estão sob diferentes tipos de gestão (pública e privada); algumas integram o sistema municipal e outras o sistema estadual. Verificou-se que, segundo os entrevistados, esses equipamentos apresentam boa resolubilidade e têm relevante função de diminuição da demanda aos serviços instalados em Aracaju.

8.15 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Unidades da Federação: Sergipe**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estado-sat/perfil.php?sigla=se>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sergipe: Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS**. Brasília, 2011a. 82p.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)**. Indicadores e Dados Básicos – Brasil-2011: Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM. 2011b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2013

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Composição dos Colegiados de Gestão Regional: nome, código IBGE e população dos municípios do estado de Sergipe**. 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cgr_se_2710.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATA-SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2013a Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 15 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: UPA 24h Dr. B. Mitidieri, Boquim/SE**. 2013b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2800677015119>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATA-SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: UPA Zulmira Soares, Poço Redondo/SE**. 2013c. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2805402420147>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATA-SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: UPA 24h Dr. Francisco Rollemberg, Porto da Folha/SE**. 2013d. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2805602422077>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATA-SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: UPA 24h Pedro Valadares, Simão Dias/SE.** [S.l.]. 2013e. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2807102546000>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. SERGIPE. Colegiado Interfederativo do Estado. **Padrão de integralidade da assistência à saúde no estado de Sergipe.** Sergipe, 2008a.

_____. **Lei n. 6.345, de 2 de janeiro de 2008.** Diário Oficial da União n. 25424, 3 jan. 2008, Sergipe, 2008b.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2004-2007.** Sergipe, [200?a]. 116 p.

_____. **Relatório de Gestão 2003-2004.** Sergipe, [200?b]. 125p.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Portal da Saúde: UPA de Simão Dias/SE 2010a.** Disponível em: <<http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=leituraecodigo=5385>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Portal da Saúde: UPA de Boquim/SE. 2010b.** Disponível em: <<http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=leituraecodigo=5353>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Portal da Saúde: UPA de Porto da Folha/SE. 2010c.** Disponível em: <<http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=leituraecodigo=5018>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

_____. **Plano Plurianual 2012-2015.** 2011. 293p. Disponível em: <<http://www.seplag.se.gov.br/index.php/planejamento/content-component/plano-plurianual-2012-2015>>. Acesso em: 14 maio 2014.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Planejamento Regional Integrado Simplificado da Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória/Sergipe.** Sergipe, 2012a. 58 p.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Planejamento Regional Integrado Simplificado da Região de Estância/Sergipe.** Sergipe, 2012b. 58 p.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Planejamento Regional Integrado Simplificado da Região de Lagarto/Sergipe.** Sergipe, 2012c. 58 p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Portal da Saúde. Reforma Sanitária.** Sergipe. 2013a Disponível em: <<http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=internaesecao=152>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Portal da Saúde**: redes assistenciais do estado de Sergipe, 2013b. Disponível em: <http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=fixoesec=redes_de_assistenciaemateria=reue>. Acesso em: 26 abr. 2013.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. **Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)**: as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. Relatório Estadual Sergipe, 2010. 36f. Projeto de Pesquisa. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva (DMP/FM/USP), São Paulo, 2010.

CAPÍTULO 9
A UPA 24 HORAS
NA REDE DE
ATENÇÃO À
URGÊNCIA DO
PARANÁ

A UPA 24 HORAS NA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA DO PARANÁ

9

HUDSON PACIFICO DA SILVA
LIZA YURIE TERUYA UCHIMURA
MARCELO CARDOSO PINHEIRO
TANIA ALENCAR DE CALDAS
TEREZA MIZUE NAKAGAWA

9.1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo apresenta e discute os resultados da pesquisa Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no estado do Paraná. De acordo com planilha disponibilizada pelo Ministério da Saúde com informações relativas às UPAs 24 horas em funcionamento em todo o território nacional em setembro de 2012, o Paraná contava com 14 unidades localizadas em sete municípios diferentes (Apucarana, Cascavel, Castro, Curitiba, Foz do Iguaçu, Maringá e Sarandi), de todos os portes (I, II e III). Os dados indicavam clara concentração de unidades no município de Curitiba (8), assim como de unidades de porte II (5) e porte III (8).

A pesquisa de campo foi realizada em um conjunto de unidades previamente selecionadas, que integraram uma amostra intencional, de conveniência. O critério amostral para seleção das unidades considerou a distribuição das unidades de acordo com os seguintes aspectos:

- localização: região metropolitana e interior; região de saúde;
- porte da UPA: porte I, porte II e porte III;
- início de funcionamento: antigas e novas;
- gestão da UPA: direta municipal, direta estadual e terceirizada.

Dessa forma, a seleção buscou incluir unidades localizadas em diferentes municípios e regiões de saúde do estado, de diferentes portes, antigas e novas, e com distintos modelos de gestão. O objetivo foi contemplar a maior diversidade de situações existentes, em função dos critérios definidos.

Como resultado, foram selecionadas sete unidades. Do ponto de vista da localização, elas estão em seis municípios do Paraná: Curitiba (2 UPAs), Castro (1), Foz do Iguaçu (1), Cascavel (1), Maringá (1) e Sarandi (1); e cinco regiões de saúde: 2.^a região (2 UPAs), 3.^a região (1), 9.^a região (1), 10.^a região (1) e 15.^a região (2). Das sete unidades selecionadas, quatro estão em regiões metropolitanas. Quanto ao porte da UPA, a amostra contemplou todos os portes: porte I (1 UPA), porte II (2 UPAs) e porte III (4 UPAs). Além disso, há um mix de unidades antigas (3) e unidades novas (4). Todas as unidades são administradas diretamente pelas Secretarias Municipais de Saúde (Tabela 1).

TABELA 1 **UPA 24 horas selecionadas no estado do Paraná para pesquisa de campo**

MUNICÍPIO / UPA	RM OU INTERIOR	REGIÃO SAÚDE	PORTE UPA	INÍCIO	GESTÃO
Curitiba / UPA Pinheirinho	Metropolitana	2. ^a região	II	2006 / 2012	Municipal
Curitiba / UPA Sítio Cercado	Metropolitana	2. ^a região	III	2000 / 2012	Municipal
Castro / UPA Moacir E. Fadel	Interior	3. ^a região	II	2011	Municipal
Foz do Iguaçu / UPA João Samek	Interior	9. ^a região	III	2010	Municipal
Cascavel / UPA Tancredo Neves	Interior	10. ^a região	III	2002 / 2011	Municipal
Maringá / UPA Zona Sul	Metropolitana	15. ^a região	III	2012	Municipal
Sarandi / UPA Sarandi	Metropolitana	15. ^a região	I	2011	Municipal

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A pesquisa de campo contemplou a realização de entrevistas em profundidade com atores selecionados que desempenhavam funções estratégicas na Rede de Atenção à Urgência no Paraná, tanto no estado como nos municípios, em diferentes locais de atuação: Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em cada um desses locais, foram selecionados diferentes profissionais para entrevista. No total, foram realizadas 65 entrevistas, como pode ser visto na Tabela 2. Para a realização das entrevistas, foram elaborados oito roteiros semiestruturados direcionados para os diferentes atores / profissionais selecionados, contemplando questões abertas e fechadas agrupadas em diferentes blocos temáticos.

TABELA 2 **Entrevistas realizadas por tipo de profissional, segundo o local de atuação**

LOCAL	ATOR / PROFISSIONAL	N. DE ENTREVISTAS
Secretaria Estadual de Saúde	Coordenador da Rede de Atenção às Urgências	01
	Coordenador de Regulação	01
	Coordenador Atenção Hospitalar	01
	Coordenador de Atenção Básica	01
Secretaria Municipal de Saúde	Secretário Municipal de Saúde	06
	Coordenador da Rede de Atenção às Urgências	05
	Coordenador de Regulação	05
	Coordenador Atenção Hospitalar	02
	Coordenador de Atenção Básica	06
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Coordenador da UPA	07
	Médico	16
	Enfermeiro	07
Unidade Básica de Saúde (UBS)	Coordenador de UBS	07
Total		65

FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O trabalho de campo foi realizado no período de dezembro de 2012 a março de 2013. As entrevistas, agendadas previamente, foram realizadas pela equipe da pesquisa com os profissionais selecionados em cada local,

gravadas mediante consentimento por escrito dos entrevistados e transcritas para posterior análise. As questões fechadas foram analisadas com apoio do software SPSS, mediante o uso de estatística descritiva, após a inserção das respostas em base de dados construída para essa finalidade.

9.2 O CONTEXTO ESTADUAL DE IMPLANTAÇÃO DAS UPAS 24 HORAS NO PARANÁ

n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ

O estado do Paraná está localizado na região sul do país e possui área de 199.544 m². Faz divisa com os estados de Santa Catarina, São Paulo e Mato Grosso do Sul, possui limites internacionais com a Argentina e o Paraguai. O estado possui grande área em Zona de Fronteira Internacional, onde se realizam os fluxos provenientes do comércio entre os países que compõem o Mercosul. Com 399 municípios, o Paraná possuía população de 10.444.526 habitantes em 2010, o que representava 5,5% da população total do país, concentrada nas áreas urbanas (85,3%) (tabela 3).

TABELA 3 **Dados gerais do Paraná**

INDICADOR	VALOR
Área (km ²)	199.880
Densidade demográfica (2011) (hab.km ²)	52,92
Número de municípios	399
População do Paraná (2010)	10.444.526
População do Brasil (2010)	190.755.799
Participação na população do Brasil (%)	5,5
População urbana (2010) (%)	85,3
IDH (2010)	0,749

FONTES: IPARDES, IBGE, PNUD.

Atualmente, o Paraná possui quatro Regiões Metropolitanas (RM) (figura 1): RM de Curitiba (29 municípios; 3,2 milhões de habitantes), RM de Maringá (25 municípios; 717 mil habitantes), RM de Umuarama (23 municípios; 291 mil habitantes) e RM de Londrina (18 municípios; 848 mil habitantes).

A economia paranaense é a quinta maior do país. O estado responde por 5,84% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (estimativa 2012), registrando uma renda per capita de R\$ 20,8 mil em 2010, acima do valor de R\$ 19,7 mil referente à média nacional. O setor de comércio e serviços foi responsável por 64,1% do valor adicionado do estado (R\$ 120 bilhões em 2010), com grande participação dos ramos de comércio, administração pública e atividades imobiliárias. A indústria no Paraná representou 27,4% do valor adicionado total, com predomínio dos segmentos de veículos automotores (20,9%), alimentos (19,6%) e refino de petróleo e produção de álcool (19,6%) em sua estrutura industrial. Por fim, a atividade agropecuária foi responsável por 8,5% do valor adicionado no Paraná, sendo que o estado é o maior produtor nacional de grãos, apresentando pauta agrícola diversificada, com destaque para a soja, o milho, o trigo, o feijão e a cana-de-açúcar. Na pecuária, por sua vez, destacam-se a avicultura, com 26,3% do total de abates do país, a produção de suínos (19,7% do total do país) e, em menor escala, o abate de bovinos representa 4,3% do total.

9.3 ORGANIZAÇÃO DO SUS E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO PARANÁ

De modo geral, o sistema de saúde no Paraná é caracterizado pela grande concentração e especialização dos serviços de alta complexidade na capital, nos municípios-polo e nas RMs, acompanhando a dinâmica do desenvolvimento dos usos do território paranaense. De acordo com os dados apresentados no Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015, o estado possuía 19.080 estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em novembro de 2011, sendo 15.071 sob gestão municipal (79%), 2.212 sob gestão estadual (11,6%) e 1.797 sob gestão municipal/estadual (9,4%).

O processo de descentralização do SUS no Paraná teve início a partir de 1990, com a transferência do gerenciamento das unidades básicas

de saúde da Secretaria Estadual de Saúde do estado para as prefeituras municipais, sendo essa transferência repassada aos municípios juntamente com os hospitais de abrangência local. As ações básicas do município na vigilância sanitária e epidemiológica também começaram nesse período, após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990), que regulamentou o SUS.

A regionalização da saúde no estado tem correspondência com o processo de urbanização e a existência dos polos regionais, isto é, apresenta vínculo histórico com os usos do território e a constituição das identidades regionais. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS n. 1/2001 e NOAS-SUS n. 1/2002) ampliaram as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabeleceram o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, criaram mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procederam à atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios. Três estratégias foram fundamentais como base para o desenvolvimento dessa política: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o fortalecimento da gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios às condições de gestão.

O primeiro PDR do estado do Paraná foi implantado em junho de 2001. De acordo com esse plano, as microrregiões, as regionais de saúde, as macrorregiões e os polos estaduais foram definidos a partir de critérios que consideravam a acessibilidade geográfica, o espaço territorial definindo as responsabilidades com base nas necessidades de saúde da população e na oferta de serviço, a cooperação e complementaridade entre os parceiros para a solução dos problemas apontados no território, a instituição de uma cultura de intersetorialidade nas regiões e a organização e integração das redes assistenciais em sistemas, garantindo a conectividade entre os pontos da rede.

Com o Plano Diretor Regional 2009, o Paraná ficou dividido em 52 microrregiões, 22 regionais de saúde, seis macrorregiões e dois polos estaduais (Curitiba e Londrina). Estabeleceu-se que os municípios das 52 microrregiões deveriam atender todos os casos da atenção primária de saúde e, ainda, atender um conjunto mínimo necessário de procedimentos de média complexidade, como primeiro nível de atendimento intermunicipal. Vale destacar que, desde

1995, o estado possui as mesmas 22 regionais de saúde (figura 1). Mais recentemente, as seis macrorregiões foram reduzidas para quatro.

FIGURA 1 **Regionais de Saúde do estado do Paraná, 2009**



FONTE: PARANÁ. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO. CURITIBA: SESA, 2009.

As desigualdades regionais em saúde no Paraná podem ser vistas pelos dados produzidos no âmbito da pesquisa Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), que possibilitou conhecer os condicionantes estruturais do processo de regionalização da saúde mediante a construção de uma tipologia nacional de todas as regiões de saúde formalmente constituídas até 12/9/2012, com base em indicadores municipais agregados em duas dimensões: situação socioeconômica e oferta e complexidade dos serviços de saúde. O resultado desse exercício foi a identificação de cinco grupos com características bastante distintas.

Como mostram os dados da tabela 4, os agrupamentos apresentam características bastante diferenciadas. Além disso, a distribuição geográfica das regiões no território paranaense ilustra com clareza a desigualdade regional (figura 2): nas regiões centrais do estado, localizam-se os grupos com níveis mais baixos de desenvolvimento socioeconômico e menor oferta de

serviços de saúde; por outro lado, as regiões de Londrina, Maringá, Metropolitana e Paranaguá é onde estão localizados os grupos com desenvolvimento socioeconômico mais elevado e maior oferta de serviços. As demais regiões apresentam nível intermediário de desenvolvimento socioeconômico e de oferta de serviços.

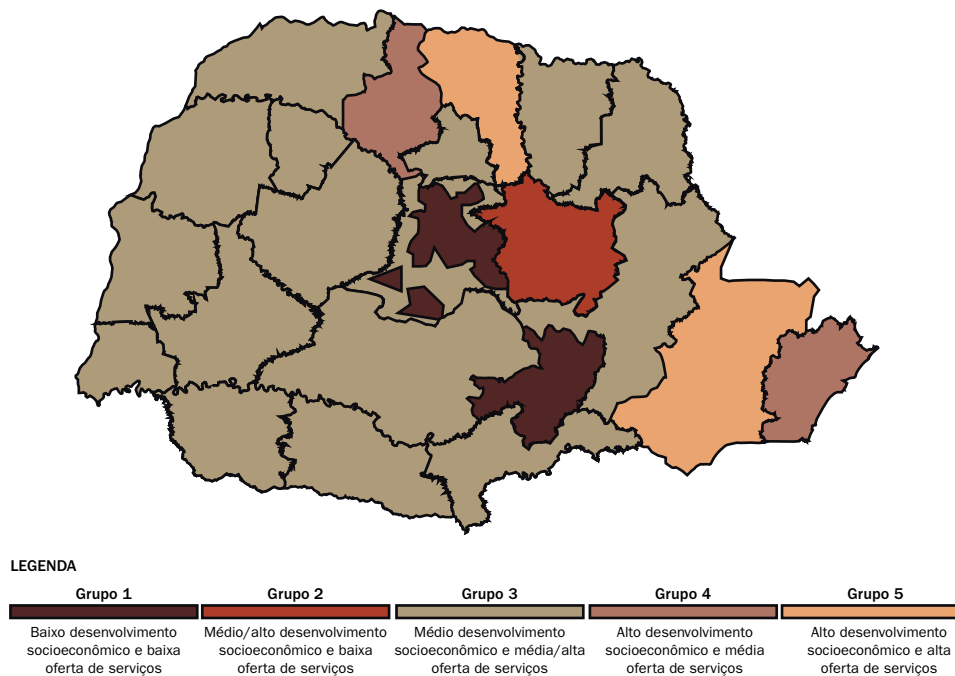
TABELA 4 **Principais características dos agrupamentos das regiões de saúde no Paraná**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

CARACTERÍSTICAS	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5
Número de regiões de saúde	2	1	15	2	2
% no total de regiões de saúde do Paraná	9,1	4,5	68,2	9,1	9,1
Número de municípios	25	7	280	37	50
% no total de municípios do Paraná	6,3	1,7	70,1	9,3	12,5
População (projeção 2011)	300.137	173.974	4.896.266	1.008.886	4.133.086
% no total da população do Paraná	2,8	1,6	46,6	9,6	39,3
Média da população por município	12.005	24.853	17.487	27.267	82.662
Beneficiários de plano de saúde na população (em %)	0,7	4,2	1,6	4,2	16,3
População cadastrada na ESF (em %)	70,5	73,3	60,1	63,5	43,7
Médicos por mil habitantes	0,58	0,58	0,97	1,29	2,06
Médicos SUS no total de médicos (em %)	81,5	87,1	84,9	69,2	67,5
Leitos por mil habitantes	2,8	1,9	2,8	2,3	2,8
Leitos SUS no total de leitos (em %)	82,7	73,3	75,0	71,0	68,6

FONTE: BASE DE INDICADORES DAS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS. DISPONÍVEL EM: <HTTP://JAMNCONSULTORIA.COM.BR/PROJETOS/BICIR/VIEW/INDEX.PHP>. ACESSO EM 29 AGOSTO 2013.

FIGURA 2 **Distribuição das regiões de saúde no Paraná, segundo os grupos**



FONTE: BASE DE INDICADORES DAS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://JAMNCONSULTORIA.COM.BR/PROJETOS/BICIR/VIEW/INDEX.PHP](http://JAMNCONSULTORIA.COM.BR/PROJETOS/BICIR/VIEW/INDEX.PHP)>.

9.4 A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO PARANÁ

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) do Paraná tem implantação que data de 1998-1999, quando inicialmente teve início a implantação incipiente de uma regulação médica de urgência e de um sistema de transporte interhospitalar de pacientes com ambulância de suporte avançado de vidas. Entretanto, a rede só passou a contar com recursos orçamentários e organização administrativa a partir de janeiro de 2011, quando foi iniciada a Política de Urgência do estado. Coincidentemente, segundo o atual coordenador estadual da RAU, essa iniciativa teve correspondência integral com a política do Ministério da Saúde (MS), que foi lançada alguns meses após essa data.

O processo de implantação da Rede de Urgência no Paraná segue a orientação do MS, com o Comitê Gestor de Urgência Regional, que tem passado por uma fase de reestruturação em todo o estado. O Paraná possui quatro macrorregiões e a proposta é que cada uma delas tenha um Comitê Gestor Macrorregional, com reflexo em cada região de saúde. Esse Comitê tem a participação significativa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e a gestão, portanto, será sempre colegiada entre estado e municípios, buscando o melhor equilíbrio entre a demanda dos municípios no sentido de se tentar evitar a concentração de recursos para tentar trazer a saúde para mais perto da população. Esse modelo ainda está em construção.

Atualmente, o Paraná conta com estrutura bastante diversificada de serviços assistenciais atuantes na urgência e emergência. Porém, como reconhece a própria Secretaria Estadual de Saúde, a integração desses serviços ainda é precária. Reproduzimos, a seguir, a descrição dos serviços de urgência e emergência constante no Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015:

a. Pronto atendimento: existente na maioria dos municípios do estado, mas com baixa resolutividade;

b. UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) 24 horas: 12 unidades implantadas e em funcionamento em 2012. Além dessas, outras 46 unidades, aprovadas pelo Ministério da Saúde, encontravam-se em diferentes etapas de construção, totalizando 58 UPAs;

c. Serviços Pré-hospitalares Móveis: contempla os seguintes serviços: SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência), operante desde 1990, por meio de uma parceria entre o Corpo de Bombeiros, a Secretaria Estadual de Saúde e os municípios, sendo especializado no atendimento ao trauma; e SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), com oito Centrais de Regulação Médica do SAMU 192 em funcionamento, municipais ou microrregionais, que fazem atendimento das emergências clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas e traumáticas 24 horas por dia;

d. Transporte Inter-hospitalar Medicalizado: a Sesa conta com 10 Bases de Suporte Avançado de Vida, distribuídas nas seguintes localidades: Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel, Ponta Grossa, Jacarezinho, Campo Mourão, Umuarama, Francisco Beltrão e Guarapuava. Conta com ambulân-

cias tipo D com equipamentos de UTI, profissionais médicos, enfermeiros e motoristas e atua de maneira complementar à rede com cobertura em todo o estado do Paraná, fazendo transporte inter-hospitalar e intermunicipal de pacientes em situação de urgência.

e. Transporte aeromédico: até o fim de 2011, o transporte aeromédico era realizado com um helicóptero operado em parceria entre a Polícia Rodoviária Federal e o SAMU Curitiba, com cobertura regional atingindo a 2.^a Regional de Saúde. Em complemento a esse serviço, opera um helicóptero do Graer / Polícia Militar / Corpo de Bombeiros, em situações de resgate, em parceria com o SIATE Curitiba.

f. Portas Hospitalares de Urgência: o Paraná conta com 22.420 leitos hospitalares ofertados em 458 hospitais públicos, filantrópicos ou privados que atendem SUS. Desses, 331 (72,3%) têm menos de 50 leitos. Recursos hospitalares de maior densidade tecnológica, serviços mais complexos, mais onerosos e de maior capacidade resolutiva estão localizados nos municípios-sede das macrorregiões do estado: Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel.

g. Sistema de Regulação Estadual: Composto de cinco Centrais Regionais de Leitos e Consultas, situadas em Curitiba, Ponta Grossa, Londrina, Maringá e Cascavel. Estão interligadas à Central Estadual de Regulação e gerenciam as demandas de leitos de internação e de consultas especializadas para todo o estado. É utilizado um sistema operacional de registro de solicitações e de geração de reserva, porém ainda sem controle efetivo de disponibilidade de leitos junto aos prestadores.

9.5 REDE PARANÁ URGÊNCIA

Política específica para a RAU no Paraná teve início em 2011, quando foi lançada a Rede Paraná Urgência. Essa rede contempla o conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento de todas as Regionais de Saúde do Paraná, visando à sua integração macrorregional, voltada às necessidades de saúde da população em situação de Urgência e Emergência. A Rede Paraná Urgência tem como diretrizes gerais:

- organização da atenção primária em todos os municípios paranaenses;
- implantação da classificação de risco de Manchester em todos os níveis de atenção;

- estabelecimento de critérios de atendimento com associação ao tempo-resposta (principalmente para atendimentos cardiovascular, neurovascular e trauma);
- estabelecimento de competências dos vários níveis de atenção à saúde;
- definição dos atendimentos às linhas de cuidado e dos pontos regionalizados com implantação de transferência sob regulação;
- implementação de pactuações interestaduais; e
- implantação de Programa de Educação Permanente na Atenção às Urgências as equipes de saúde.

A formulação da Política e da Rede de Urgência no Paraná contou com a participação dos seguintes atores e instâncias institucionais: Secretaria Estadual do Estado do Paraná (SESA-PR); Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR); representações das regionais de saúde; Conselho Estadual de Saúde; Ministério Público (como ouvinte); e forças de segurança que participam das regionais (Polícia Militar e Corpo de Bombeiros). A gestão principal é do estado e do Cosems.

A Rede Paraná Urgência é constituída por 10 componentes, com propostas que incluem as seguintes iniciativas:

_____ 1. Ações de promoção, prevenção e vigilância

- Ações intersetoriais, incluindo segurança pública
- Campanhas educativas
- Ações de vigilância e prevenção / VIGIASUS (Programa Estadual de Qualificação e Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde)

_____ 2. Atenção primária

- Adoção da Matriz de Competência da APS (classificar risco, primeiro atendimento para todos os graus de urgência, atendimento resolutivo para verdes e azuis)
- APSUS – Oficina da RUE alinhamento conceitual + recursos de custeio
- parametrização da assistência / Coap Matriz de Competência
- Integração à metodologia de classificação de risco (Manchester)
- Transporte sanitário (ambulâncias)
- Implantação de kit para emergências nas UBS / USF

_____ 3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU / Siate

- 7 SAMUs Regionais: 5 qualificados / 2 habilitados
- 4 SAMUs Municipais em fase de ampliação para Regionais
- 1 SAMU Regional novo, abrangendo 4 Regiões de Saúde
- repasse financeiro do incentivo de custeio de acordo com a nova pactuação: aumento do valor de custeio das Centrais de Regulação e das USAs
 - menor comprometimento per capita para todos os municípios
 - 11 Centrais de Regulação (CR), 34 Unidades de Suporte Avançado (USA), 98 Unidades de Suporte Básico (USB)
- Ampliação e renovação da frota do SIATE: 60 novas ambulâncias

_____ 4. Atendimento aeromédico

- Implantação de um avião em versão aeromédica (transportes de pacientes acima de 250 km de distância e operação conjunta com a Central de Transplantes)
 - Implantação de dois helicópteros em versão aeromédica
 - Londrina e Cascavel
 - Complemento da frota atual: Curitiba – PRF / SAMU Regional Metropolitano e Graer / Sesa
 - Implantação de helipontos nos hospitais de referência

_____ 5. Salas de Estabilização

- Em rediscussão pelo Ministério da Saúde

_____ 6. UPA / Unidades 24 horas

- 9 UPAs habilitadas
- 47 em construção
- Demais propostas em análise técnica

_____ 7. Hospitais / Portas de Urgências Hospitalares

- Definição da tipologia: 5 portes / níveis de resolutividade (composição mínima de equipes assistenciais para urgência)
 - HOSPSUS

- Fase I: qualificação de 50 hospitais para as Redes Paraná Urgência e Mãe Paranaense
- Fase II: Mãe Paranaense
- Fase III: implantação de prontos atendimentos hospitalares e determinação de linhas de cuidado complementares para a urgência)
 - Investimentos para ampliação de leitos de UTI e enfermarias + equipamentos + custeio
 - Proposição das linhas de cuidado do IAM e do AVC

_____ 8. Atenção Domiciliar

- Plano de Ação Regional em três municípios (Curitiba, Londrina, Cascavel)

_____ 9. Telemedicina / Linhas de Cuidado

- Especialidades médicas / teleconsulta assíncrona
- Urgência: teleconsulta síncrona
 - 1.^a implantação: cardiovascular
 - ECG de emergência
 - orientação terapêutica
 - suporte assistencial de emergência: angioplastia primária / trombólise

_____ 10. Complexo Regulador

- Implantação do Sistema de Regulação do estado do Paraná
 - Integração da regulação de urgência / SAMU, regulação de leitos e regulação de consultas e exames / atendimento eletivo
 - Ampliação de pessoal para composição das equipes de regulação nas Centrais Macrorregionais
- Construção da sede definitiva do Complexo Regulador
- Implantação de Radiocomunicação Digital

FORNTE: SESA-PR. REDE PARANÁ URGÊNCIA, 2013. (APRESENTAÇÃO DR. VINICIUS FILIPACK)

As ações previstas na Rede Paraná Urgência guardam relação direta com as metas e os indicadores explicitados no Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015 para a implantação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Como mostra a tabela 5, as metas incluem

100% da população coberta pelo SAMU e 50% das internações de urgência e emergência reguladas pela central de regulação no período 2013-2015.

TABELA 5 **Metas e indicadores para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Paraná, 2012 e 2013-2015**

METAS		INDICADOR
2012	2013-2015	
Reduzir em 0,5% a taxa de mortalidade por causas externas, em relação a 2010	Reduzir, até 2015, em 2,9% a taxa de mortalidade por causas externas, em relação a 2010	Taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências
Reduzir a 1% a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares, em relação a 2010, na faixa etária de 0 a 69 anos	Reduzir, até 2015, a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares em 4%, em relação a 2010, na faixa etária de 0 a 69 anos	Taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares na faixa etária de 0 a 69 anos
60% da população coberta pelo SAMU	100% da população coberta pelo SAMU	Cobertura populacional do SAMU no Estado do Paraná
Ampliar em 1% o número das unidades de saúde com serviço de notificação da violência doméstica, sexual e outras formas de violências	Ampliar em 3% o número das unidades de saúde com serviço de notificação da violência doméstica, sexual e outras formas de violências	Percentual de unidades de saúde com serviço de notificação da violência ampliada
30% das intenções da urgência e emergência reguladas pela central de regulação	50% das intenções da urgência e emergência reguladas pela central de regulação	Proporção de internações de urgência e emergência reguladas

FONTE: PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ 2012-2015.

9.6 ATENÇÃO PRIMÁRIA

No âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), um dos componentes da Rede Paraná Urgência, foi lançado pela Sesa-PR o programa Atenção Primária à Saúde de Qualidade em Todo o Paraná (APSUS). O objetivo desse plano é instituir nova lógica para a organização da APS, mediante o estreitamento das relações entre o estado e os municípios e o fortalecimento das capacidades de assistência e gestão, com vistas à implantação das Redes

de Atenção à Saúde no SUS. De acordo com a Sesa-PR, o APSUS será implementado em duas fases:

- 1.ª fase: processo de educação permanente, desencadeado por meio de “ondas formativas”, envolvendo as Regionais de Saúde, os Municípios e as Universidades na realização de Oficinas de Planificação da APS.
- 2.ª fase: implantação de financiamento para melhorar a infraestrutura das Unidades de Atenção Primária (UAP) e Unidades de Atenção Primária Saúde da Família (UAPSF) do Estado e liberação de recursos estaduais para o custeio das equipes de Atenção Primária à Saúde.

Segundo a Sesa-PR, as unidades de atenção básica devem manejar urgências de baixa complexidade, que não necessitam de exames complementares diagnósticos elaborados. Nesse sentido, elas podem diminuir a sobrecarga das UPAs 24 horas e das unidades hospitalares. Se não houver articulação desses três níveis de complexidade, a tendência do paciente é procurar, no seu entendimento, o recurso de maior complexidade para resolver seu problema. Não cabe ao paciente saber escolher o ponto de atendimento dentro da rede. Cabe ao paciente procurar a rede, que deve direcioná-lo para o atendimento adequado. Portanto, a mobilidade desse paciente é fundamental e deve ser conduzido pela regulação.

9.7 ATENÇÃO HOSPITALAR

No que se refere à atenção hospitalar, é importante destacar a criação, em 2012, do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná (HOSPSUS), que busca qualificar a resposta hospitalar em todas as regiões de saúde e contribuir para o desenvolvimento social e sanitário, de modo a atender as necessidades da população do estado a partir de uma estratégia ligada à regionalização. Inicialmente, foram contemplados 49 hospitais públicos e filantrópicos distribuídos nas diferentes regiões do estado, que serão retaguarda para a Rede Mãe Paranaense e a Rede Estadual de Urgência e Emergência e que atendem aos seguintes critérios de inclusão:

- ser hospital de referência macrorregional e/ou regional;
- ser público ou filantrópico, localizado nos municípios-sede das macrorregiões e/ou regiões de saúde do estado do Paraná, definidos no Plano Diretor de Regionalização;

- ter 100 ou mais leitos ativos ofertados ao SUS e inseridos no sistema de regulação estadual e, em caso de inexistência de hospital desse porte na sede da região, ser o hospital de maior complexidade e porte;
- ser referência na região para a atenção de Média e Alta Complexidade (MAC);
- atender, no mínimo, a 25% de pacientes referenciados de sua região de abrangência e ter o perfil e a atuação de âmbito regional estabelecidos com base no fluxo de atendimento aos usuários do SUS.

9.8 REGULAÇÃO DA RAU

A regulação da rede é vista ainda como incipiente no estado, voltada para alguns casos de urgência e emergência. Segundo o coordenador de regulação da Sesa-PR, o conceito vigente ainda considera que a regulação de urgência é realizada pelos SAMUs onde eles estão implantados (cobertura atual é de aproximadamente 60% da população) e a interface com as centrais de leitos acaba gerando a busca de acesso dos pacientes. Entretanto, essa situação não atende a expectativa do governo estadual, que é a de viabilizar o acesso em tempo oportuno. Nesse sentido, trata-se de “um processo crítico que ainda está em fase de desenvolvimento”.

A regulação no Paraná parte das 12 centrais do SAMU que estão em fase de implantação. Dessas 12 centrais, sete já são regionais, quatro são municipais com perspectiva de expansão e uma ainda não existe como regulação de urgência. Essas centrais organizam-se em quatro macrorregiões com centrais de leitos e uma central estadual, que faz a integração com as centrais regionais.

Segundo a Sesa-PR, a principal dificuldade é a capacidade de organização interna, principalmente no que se refere à sistematização de dados que viabilizem o planejamento e a qualificação de profissionais para trabalhar com regulação:

Nós não tínhamos um sistema informatizado capaz de gerar dados efetivos de regulação e estamos em plena implantação de um software de gerenciamento que vai permitir a geração de dados que viabilize o planejamento estratégico. Um grande desafio é a manutenção de pessoal capacitado e habilitado, principalmente no tocante à substituição de funcionários do setor público.

Cada região que começa a implantação da rede começa a construir seus fluxos de pacientes. Segundo a Sesa-PR, os fluxos têm de ser construídos de acordo com a peculiaridade local, respeitando-se a necessidade do cidadão e a capacidade de atendimento atual daquela região, até que haja a o implemento de novas unidades. O fluxo existe, mas pode ser momentaneamente diferente de uma região de saúde para outra.

Os fluxos estabelecidos para remoção de pacientes dependem da existência ou não do SAMU na região, e o estado entra como complemento na remoção, sempre que existe insuficiência municipal para remoção de pacientes. Foi destacado que não há UPA 24 horas em funcionamento no estado sem cobertura do SAMU, portanto esse fluxo é razoavelmente bem organizado dentro do processo de trabalho do SAMU.

9.9 ORÇAMENTO DA REDE PARANÁ URGÊNCIA

O orçamento da Rede Paraná Urgência para o ano de 2013 foi de R\$ 211,4 milhões (tabela 6), dos quais 32,6% se referem a recursos para investimento em hospitais e equipamentos / veículos e 67,5% se destinam ao custeio dos componentes da Rede, com destaque para o custeio de hospitais (27,0% do orçamento total) e dos serviços de atendimento móvel de urgência – SAMU e SIATE (18,9% cada). É interessante verificar que os recursos financeiros previstos para a Rede Paraná Urgência não contemplam recursos do governo estadual para apoiar a implantação das UPAs 24 horas nos municípios do estado.

TABELA 6 **Orçamento da Rede Paraná Urgência para o ano de 2013**

FINALIDADE	ITEM DE DESPESA	VALOR (R\$)	% TOTAL
Investimento	Hospitais	34.893.370	16,5
	Equipamentos / veículos	33.968.000	16,1
Subtotal investimento		68.861.370	32,6
Custeio	Hospitais	57.000.000	27,0
	SAMU	40.000.000	18,9
	Operação Verão	3.000.000	1,4
	Capacitação	1.000.000	0,5
	SIATE	40.762.020	19,3
	Material para treinamento	833.300	0,4
Subtotal custeio		142.595.320	67,4
TOTAL		211.456.690	100,0

FONTE: SESA-PR. REDE PARANÁ URGÊNCIA, 2013. (APRESENTAÇÃO DR. VINICIUS FILIPACK)

9.10 INSERÇÃO DA UPA 24 HORAS NA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA DO PARANÁ

Esse item traz informações relativas à inserção das UPAs 24 horas na Rede de Atenção à Urgência (RAU) do Paraná. Apresenta a proposta e o processo de implantação das UPAs 24 horas no Paraná, o perfil dos coordenadores, médicos e enfermeiros que atuam nas unidades, a disponibilidade de recursos humanos e materiais, a coordenação e a continuidade do cuidado, o uso de sistemas de informação e percepções sobre a resolutividade das unidades. As fontes de informação utilizadas foram as entrevistas qualitativas com gestores estaduais e municipais de saúde e as respostas dos questionários aplicados com coordenadores, médicos e enfermeiros das unidades de pronto atendimento visitadas.

PROPOSTA E PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS UPAS 24 HORAS NO PARANÁ

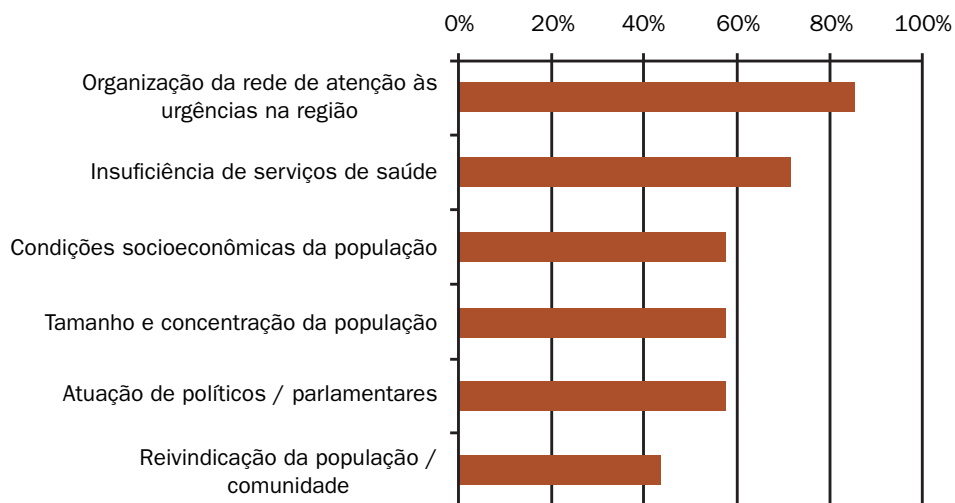
*n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

De acordo com o coordenador da RAU do Paraná, a proposta da implantação das UPAs 24 horas no estado data de 2010. Naquela época, foi feita avaliação por parte das regionais de saúde e dos municípios potencialmente interessados em implantar esse tipo de unidade, sem que tivesse havido avaliação de viabilidade. Como reflexo dessa situação, existem municípios autorizados desde 2010 a construir UPA, mas que sequer haviam iniciado a construção em 2012.

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) homologou as demandas que vieram dos municípios e das Comissões Intergestores Regionais e não houve participação do Estado na concepção inicial do desenho da alocação das UPAs. Atualmente, não existe um colegiado específico para a gestão dessas unidades no Paraná.

Diversos motivos que se sobrepõem foram mencionados pelos coordenadores como justificativa para a implantação das UPAs 24 horas, com destaque para a organização da RAU na região (85,7%) e a insuficiência de serviços de saúde (71,4%). Condições socioeconômicas da população, tamanho e concentração da população e atuação de políticos / parlamentares também foram referidos como motivos em número significativo de unidades (57,1%), como pode ser visto na figura 3.

FIGURA 3 **Motivos que justificaram a implantação da UPA no território**



FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Em relação à localização da UPA, a grande maioria dos coordenadores das unidades (85,7%) considera apropriada, mesmo que algumas dessas unidades estejam localizadas em regiões onde não há médicos suficientes. Na percepção da SESA-PR, porém, áreas desassistidas de profissionais médicos não terão sucesso nenhum com a implantação dessas unidades, pois muitas não contarão com assistência apropriada.

O entendimento da SESA-PR sobre os critérios de localização das UPAs no estado é que não se podem instalar unidades onde não há médicos suficientes para haver efetividade na assistência. Desse modo, foi mencionado que áreas desassistidas de profissionais médicos não terão sucesso nenhum com a implantação das UPAs, pois haverá prédios sem assistência. Portanto,

[...] é fundamental que a localização seja estratégica, sendo nos grandes centros ou próximo a eles, onde há oferta de profissionais capacitados. E também sua localização geográfica, em relação ao tempo de deslocamento dos pacientes até essa unidade.

Municípios grandes que não terão dificuldade em sua execução e adequação, mas existem municípios pequenos que terão sérias dificuldades

de manutenção. Esse desenho foi herdado pela gestão atual, de modo que agora se faz necessária contemporização entre a proposta inicial e a situação atual.

A Secretaria Municipal de Saúde é quem realiza predominantemente a gestão das UPAs no Paraná (71,4%), mas também existem unidades geridas por Fundações Públicas. Existe contrato de gestão estabelecido com a Secretaria de Saúde para regular o funcionamento das UPAs na maioria das unidades (57,1%), mas somente uma parte pequena desses contratos contempla o elenco de atividades da UPA (28,6%), metas de produção ou desempenho (28,6%) e sistema de avaliação (14,3%).

PERFIL DOS COORDENADORES, MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS UNIDADES

Coordenadores das UPAs 24 horas (N = 7), médicos (N = 16) e enfermeiros (N = 7) foram os profissionais selecionados para entrevista no trabalho de campo. O perfil desses profissionais apresenta algumas semelhanças – faixa etária predominante (31 a 40 anos), formação superior completa e mesmo empregador (Secretaria Municipal de Saúde). Entretanto, há diferenças que merecem ser destacadas:

- mulheres são predominantes entre coordenadores das unidades e enfermeiros, ao passo que os homens são mais presentes entre os médicos;
- a maior parte dos coordenadores estudou em Instituição de Ensino Superior (IES) pública, enquanto a totalidade dos enfermeiros estudou em IES privada;
- a maioria dos coordenadores e enfermeiros possuía tempo de trabalho na UPA de 7 a 12 meses, mas esse padrão não é verificado entre os médicos, que apresentavam grande variedade no tempo de trabalho;
- o vínculo empregatício dos enfermeiros é estatutário para a grande maioria desses profissionais, enquanto outros tipos de vínculos são também comuns para coordenadores (celetista) e médicos (celetista e contrato temporário);
- a carga horária semanal de 40 horas é predominante apenas entre os coordenadores de unidades;
- a faixa de remuneração predominante indica que os enfermeiros ganham relativamente menos (mais de R\$ 2 mil até R\$ 4 mil) e os médicos

ganham mais (mais de R\$ 10 mil); já os coordenadores estão numa faixa intermediária (mais de R\$ 4 mil até R\$ 6 mil);

- médicos e enfermeiros participaram de processo seletivo para trabalhar na UPA que contemplou a realização de prova escrita e análise de currículo;
- boa parte dos médicos e enfermeiros possuíam experiência prévia em emergência hospitalar;
- médicos e enfermeiros consideram que sua formação e experiência é satisfatória para atendimento de casos de urgência na UPA;
- as razões para trabalhar na UPA diferem: médicos enfatizaram mais a flexibilidade do horário e a afinidade temática com urgências, ao passo que enfermeiros mencionaram mais o ganho de experiência profissional; e
- médicos e enfermeiros possuem expectativa quanto à permanência na UPA de emprego de longo prazo, embora percentual expressivo de médicos tenha declarado que não sabe precisar essa expectativa.

CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS UNIDADES

Como era de se esperar, a população da área de abrangência das UPAs 24 horas aumenta em função do porte das unidades, assim como o número de atendimentos médicos, o número de médicos por plantão e o número de leitos de observação (tabela 7):

- População da área de abrangência: a UPA porte I atende a uma população de menos de 50 mil habitantes; as UPAs porte II atendem a população de 50 mil a 100 mil habitantes; e as UPAs de porte III atendem a populações superiores a 100 mil habitantes.
- Número de atendimentos médicos em 24 horas: em média, a UPA porte I realiza 250 atendimentos, as UPAs porte II realizam 300 atendimentos e as UPAs porte III realizam 420 atendimentos (variando de 350 até 500 atendimentos).
- Número de médicos por plantão: tanto a UPA porte I como a UPA porte II possuem 3 médicos por plantão, ao passo que as UPAs porte III possuem uma média de 11 médicos (variando de 8 até 30 médicos).
- Número de leitos de observação: a UPA porte I possui 14 leitos de observação, as UPAs porte II possuem 12 leitos e as UPAs porte III possuem, em média, 26 leitos (variando de 20 até 44 leitos de observação).

Essas características chamam a atenção pelas divergências em relação aos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde. Em primeiro lugar, a população da área de abrangência da UPA porte I está abaixo do recomendado, que é de 50 mil – 100 mil habitantes, ao passo que duas UPAs porte III estão com população abaixo ou acima do padrão recomendado pelo MS (200 mil – 300 mil habitantes). Em segundo lugar, o número de atendimentos médicos da UPA porte I está bem acima do padrão recomendado (até 150 pacientes). Por fim, o número de médicos por plantão da UPA porte II está abaixo do recomendado pelo MS, que é de 4 médicos no mínimo.

Todas essas divergências sinalizam para problemas no funcionamento das unidades visitadas, independente do porte ou localização da unidade.

TABELA 7 **Características das UPAs visitadas por porte (valores médios)**

CARACTERÍSTICA	PORTE I	PORTE II	PORTE III
População da área de abrangência (habitantes)	< 50 mil	50 mil – 100 mil	100 mil – 200 mil 200 mil – 300 mil > 300 mil
N. de atendimentos médicos em 24 horas	250	300	350 - 500 420 (média)
N. de médicos por plantão	3	3	8 – 30 11 (média)
N. de leitos de observação	14	12	20 – 44 26 (média)

FORNTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Os dados sobre os profissionais de saúde que trabalham nas UPA 24 horas visitadas mostram que todas as unidades contam com profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e médicos clínicos gerais. Entretanto, em nenhuma unidade foi registrada a atuação de psicólogos e médicos ortopedistas. Além disso, há unidades sem assistente social e médico pediatra (tabela 8).

TABELA 8 **Profissionais que trabalham nas UPAs 24 horas, por porte (média)**

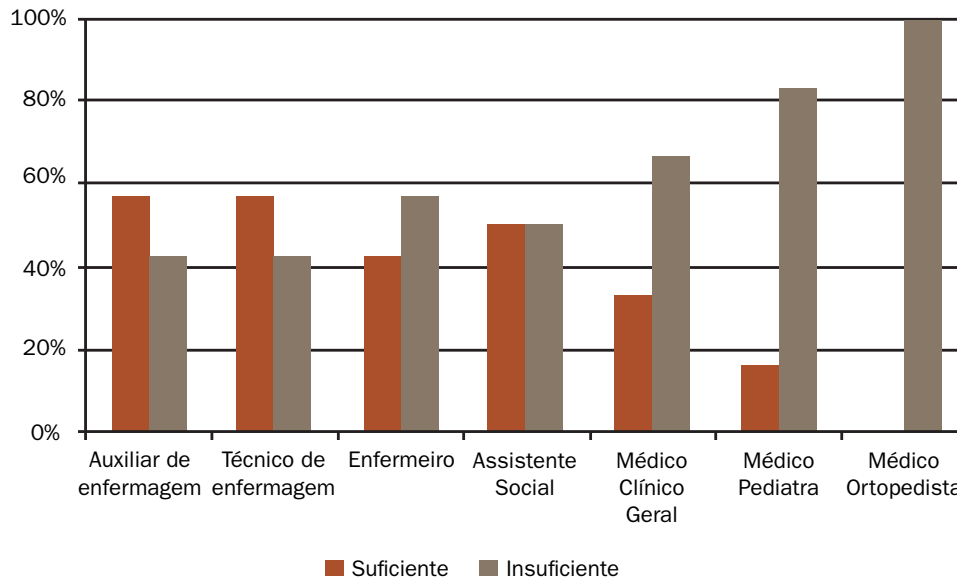
PROFISSIONAL	PORTE I	PORTE II	PORTE III
Auxiliar de enfermagem	6	20	41
Técnico de enfermagem	24	16	38
Enfermeiro	10	7	15
Odontólogo	0	0	1
Psicólogo	0	0	0
Assistente Social	1	0	1
Médico Clínico Geral	15	3	41
Médico Pediatra	2	0	4
Médico Ortopedista	0	0	0
Médico de Outra Especialidade	1	0	1

FORNTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Quando questionados se consideravam suficiente a quantidade de profissionais de saúde que atuam nas unidades para as necessidades de atendimento da população da área de abrangência, a maioria dos coordenadores referiu que todas as categorias médicas são insuficientes – clínicos gerais (66,7%), pediatras (83,3%) e ortopedistas (100%). Também referiram que os profissionais de enfermagem são insuficientes – enfermeiros (57,1%), auxiliares e técnicos de enfermagem (42,9%). Com relação à disponibilidade e assistentes sociais, metade dos coordenadores considera insuficiente (figura 4).

FIGURA 4 **Suficiência de profissionais na percepção dos coordenadores das unidades**

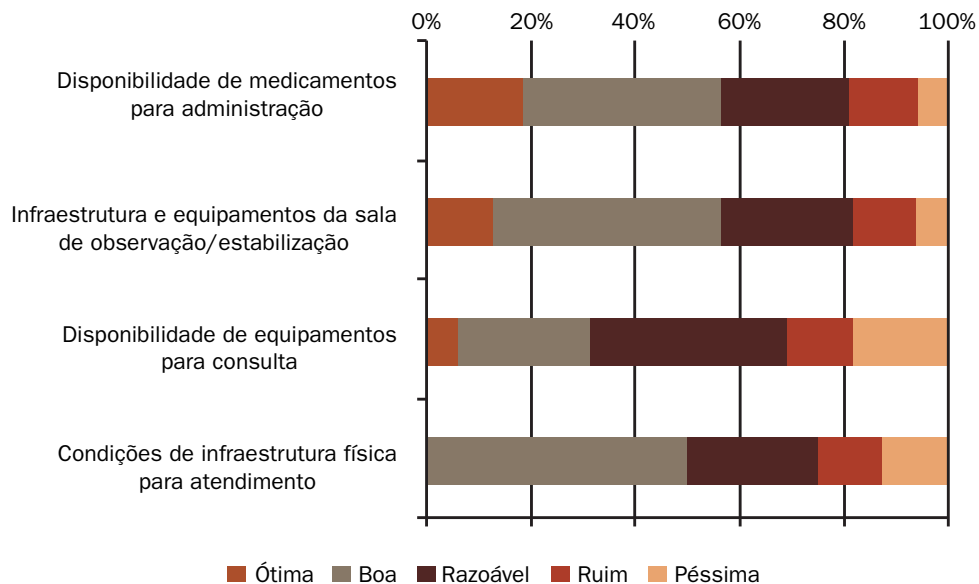
n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)



FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs).

Foi solicitado aos médicos que avaliassem as condições de infraestrutura e disponibilidade de equipamentos e medicamentos na UPA. Quase 60% dos médicos avaliaram positivamente (ótima ou boa) a disponibilidade de medicamentos para administração local e as condições das salas de observação / estabilização, ao passo que 50% avaliaram as condições de infraestrutura física para atendimento como boas (figura 5). Entretanto, quase 70% dos médicos avaliaram como razoável, ruim ou péssimo a disponibilidade de equipamentos para consulta.

FIGURA 5 **Avaliação dos médicos da UPA sobre itens específicos**



FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

Serviços laboratoriais (ex.: hemograma, bioquímica, exame de urina) e serviços de imagem (radiografia, ultrassonografia) foram avaliados pelos médicos das UPAs (tabela 9):

- No que se refere aos serviços ambulatoriais, parcela significativa dos médicos avaliou negativamente esses serviços, tanto a disponibilidade (37,5% de ruim ou péssima) como o tempo de resposta (50% de ruim ou péssimo).

- Os serviços de imagem, por sua vez, foram avaliados de forma mais positiva: a disponibilidade desses serviços obteve 62,5% de avaliação ótima ou boa e o tempo de resposta 43,8%.

TABELA 9 **Avaliação dos médicos sobre a disponibilidade e o tempo de resposta dos serviços laboratoriais e de imagem da UPA**

TIPO DE SERVIÇO	AVALIAÇÃO	DISPONIBILIDADE	TEMPO DE RESPOSTA
Serviços laboratoriais (ex.: hemograma, bioquímica, Exame de urina)	Ótima	18,8%	6,3%
	Boa	12,5%	12,5%
	Razoável	37,5%	18,8%
	Ruim	18,5%	25,0%
	Péssima	18,8%	25,0%
Serviços de imagem (radiografia, ultrassonografia)	Ótima	18,8%	18,8%
	Boa	43,8%	25,0%
	Razoável	12,5%	25,0%
	Ruim	12,5%	6,3%
	Péssima	12,5%	18,8%

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

Quando questionados sobre a ausência de exames e medicamentos que prejudicam o atendimento dos pacientes, 57,1% dos coordenadores mencionaram que essa situação ocorre para os exames, mas um percentual menor referiu prejuízo em função de medicamentos para administração (28,6%) e de medicamentos para dispensação (14,3%).

Também é importante destacar que a prática clínica é orientada rotineiramente por protocolos clínicos formais somente em 57,1% das unidades, sendo que em metade das situações os protocolos são fornecidos pela Direção e/ou implantados formalmente na UPA.

ASSISTÊNCIA PRESTADA

As figuras 6 e 7 permitem verificar a origem predominante dos pacientes atendidos nas UPAs 24 horas e a relação entre demanda e capacidade de atendimento. Na grande maioria das unidades, os pacientes são predominantemente provenientes de todo o município (71%), ao passo que

em uma parcela menor os pacientes provêm de uma região dentro do município (29%). Esses dados mostram que as UPAs possuem vocação local, ou seja, atendem majoritariamente a população residente nos municípios onde estão instaladas. Já a relação entre demanda e capacidade de atendimento das UPAs 24 horas indica que, em 86% das unidades visitadas, a demanda é superior à capacidade de atendimento.

FIGURA 6 **Origem predominante dos pacientes atendidos na UPA**

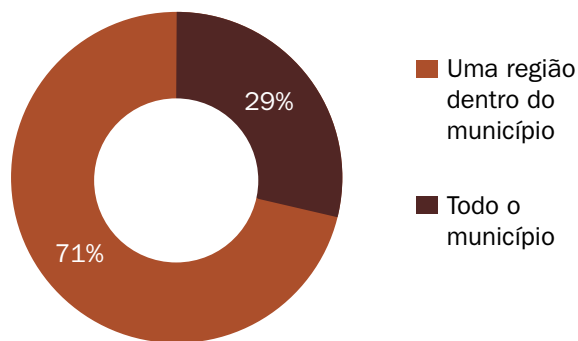
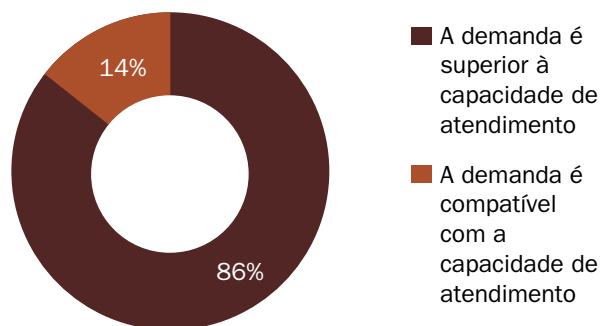


FIGURA 7 **Relação entre demanda e capacidade de atendimento da UPA**



FONTE FIGURAS 6 E 7: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

Na grande maioria das UPAs 24 horas visitadas (83,3%), a principal faixa etária dos pacientes atendidos é de jovens adultos, de 20 a 39 anos.

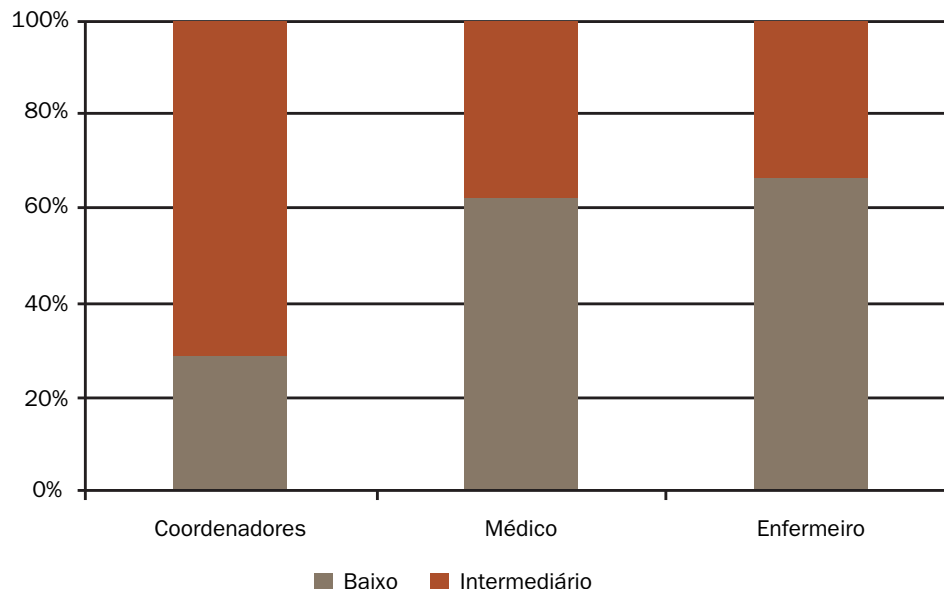
Apesar disso, as unidades fazem atendimento de casos pediátricos – sempre (71,4%), frequentemente (14,3%) e algumas vezes (14,3%).

A classificação de risco dos pacientes que são admitidos no serviço é feita em todas as unidades visitadas, em sala específica para essa finalidade, 24 horas por dia. Com exceção de uma UPA, em todas as demais a classificação de risco é feita pelo enfermeiro. Entre os protocolos para classificação de risco utilizados nas UPAs, observou-se que três das unidades (42,9%) usam o Protocolo de Manchester, uma unidade (14,3%) usa protocolo próprio, uma unidade (14,3%) usa o Protocolo do Ministério da Saúde de 2004 e outra unidade não informou qual protocolo usa.

Na percepção dos coordenadores das unidades, a classificação de risco possibilita a priorização do atendimento de casos com maior gravidade e também a organização mais adequada do atendimento, mas contribui pouco para a redução da demanda inapropriada.

O risco predominante dos pacientes atendidos é baixo ou intermediário em todas as UPAs 24 horas visitadas (figuras 8). Entretanto, a percepção de coordenadores, médicos e enfermeiros diverge nesse aspecto: enquanto a maioria dos coordenadores das unidades (71,4%) avalia que o perfil predominante é de pacientes de risco intermediário, mais de 60% dos médicos e enfermeiros entrevistados entendem que o perfil predominante é de pacientes de baixo risco.

FIGURA 8 **Perfil do risco predominante dos pacientes atendidos na UPA, segundo coordenadores, médicos e enfermeiros**



FORNTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

De acordo com os médicos, a maioria das condições mais frequentemente atendidas podem ser classificadas como de baixo risco (tabela 10). Esse é o caso das doenças sexualmente transmissíveis (100% dos médicos apontaram como de baixo risco), das afecções do trato urinário (87,5%), das afecções ginecológicas (87,5%), da dor lombar e das afecções osteoarticulares (80,0%), dos distúrbios mentais (66,7%), das afecções do trato digestivo (60,0%), da tuberculose (50,0%), das infecções respiratórias agudas (50,0%) e do abuso de álcool e drogas (50,0%). Já as condições com predominância de risco médio incluem hipertensão / crise hipertensiva / insuficiência cardíaca (83,3%), cirrose e complicações (66,7%), violência e traumatismo (57,1%) e DPOC / asma (44,4%). Por fim, poucas condições de alto risco são atendidas na UPA, valendo a pena destacar HIV/Aids e complicações (50,0%), casos de violências e traumatismos (42,9%), infecções respiratórias agudas (37,5%), diabetes mellitus e complicações (33,0%) e tuberculose (33,0%).

TABELA 10 **Condições mais frequentemente atendidas na UPA, por classificação do risco**

CONDIÇÃO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Hipertensão/crise hipertensiva/insuficiência cardíaca	0%	83,3%	16,7%
Diabetes mellitus e complicações	33,3%	33,3%	33,3%
DPOC e asma	33,3%	44,4%	22,2%
Tuberculose	50,0%	16,7%	33,3%
HIV/Aids e complicações	25,0%	25,0%	50,0%
Infecções respiratórias agudas	50,0%	12,5%	37,5%
Doenças Sexualmente Transmissíveis	100,0%	0%	0%
Afecções do trato urinário	87,5%	12,5%	0%
Afecções ginecológicas	87,5%	12,5%	0%
Afecções do trato digestivo	60,0%	40,0%	0%
Cirrose e complicações	16,7%	66,7%	16,7%
Distúrbios mentais (inclui crises de ansiedade)	66,7%	33,3%	0%
Abusos de álcool e drogas	50,0%	37,5%	12,5%
Violências e traumatismos	0%	57,1%	42,9%
Dor lombar/afecções osteoarticulares	80,0%	20,0%	0%

FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

Conforme esperado, o tempo médio de espera para atendimento nas UPAs visitadas no Paraná varia em função do risco associado à condição apresentada pelo paciente. Como mostram os dados da tabela 11, 93,8% dos médicos apontaram que os pacientes classificados com risco elevado são atendidos imediatamente. Os pacientes de risco médio, por sua vez, são atendidos em até uma hora para 68,8% dos médicos. Finalmente, os pacientes de risco baixo têm de esperar mais tempo para serem atendidos, geralmente de duas a seis horas, segundo a avaliação de 62,5% dos médicos.

TABELA 11 **Tempo médio de espera para atendimento na UPA, por classificação do risco**

TEMPO MÉDIO DE ESPERA	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Atendimento imediato		12,5%	93,8%
Até 1 hora	18,8%	68,8%	6,3%
Mais de 1 hora até 2 horas	12,5%	18,8%	
Mais de 2 até 6 horas	62,5%		
Não sabe	6,3%		
Total	100,0%	100,0%	100,0%

FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

COORDENAÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO (REFERÊNCIA, CONTRARREFERÊNCIA E INTEGRAÇÃO)

Todas as unidades visitadas atendem pacientes encaminhados formalmente dos serviços de atenção básica, a grande maioria com frequência elevada (42,9% sempre e 42,9% frequentemente). Entretanto, os coordenadores avaliam que uma parcela significativa dos casos encaminhados não é pertinente (57,1% avaliam como razoável ou ruim). Todas as unidades também atendem com grande frequência pacientes trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como mostram os dados da tabela 12.

TABELA 12 **Frequência de encaminhamento de pacientes da atenção básica e do SAMU e avaliação da pertinência**

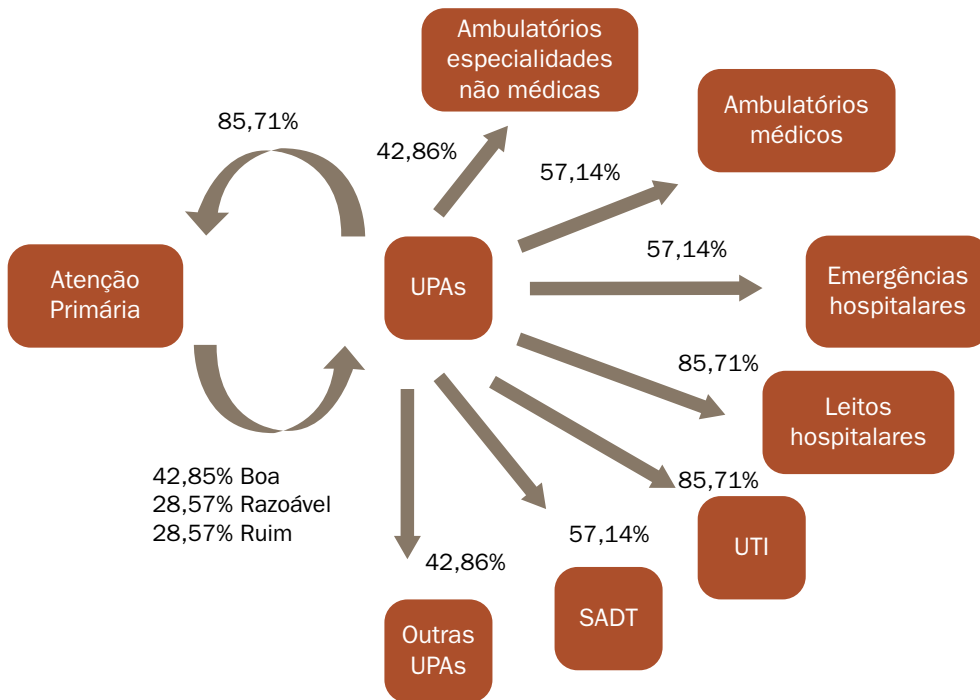
QUESTÃO	RESPOSTA	% TOTAL
Com que frequência a UPA atende a pacientes encaminhados formalmente da atenção básica?	Sempre	42,9
	Frequentemente	42,9
	Algumas vezes	14,3
Como você avalia a pertinência dos casos encaminhados pela atenção básica atendidos nesta UPA?	Boa	42,9
	Razoável	28,6
	Ruim	28,6
Com que frequência esta UPA atende a pacientes trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)?	Sempre	57,1
	Frequentemente	42,9
	Algumas vezes	—

n. 28
Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

De acordo com os coordenadores, a situação das UPAs 24 horas quanto à disponibilidade de serviços de saúde para referenciamento/encaminhamento de pacientes varia em função do tipo de serviço. Serviços de atenção primária, como unidades de atenção básica e unidades com Estratégia de Saúde da Família, e leitos hospitalares e de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) estão disponíveis em 85,7% das unidades visitadas. Serviços ambulatoriais de especialidades médicas e não médicas (como fisioterapia, odontologia e psicologia) estão disponíveis em um percentual menor de unidades – 57,1% e 42,9%, respectivamente. Serviços de apoio diagnóstico-terapêutico, como ultrassonografia e endoscopia, estão disponíveis em 57,1% das unidades. Finalmente, há disponibilidade para encaminhamento para outras UPAs em 42,9% das unidades. A figura 9 permite visualizar a integração da UPA com esses serviços.

FIGURA 9 **Integração das UPAs 24 horas com outros serviços de saúde**



FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

Como mostram os dados da tabela 13, a disponibilidade dos serviços ambulatoriais e hospitalares para referenciamento/encaminhamento dos pacientes das UPAs 24 horas é avaliada negativamente pela maioria dos coordenadores das unidades. Eles avaliam como razoável ou ruim a disponibilidade de unidades básicas (57,1%), ambulatórios especializados (42,9%), Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT (42,9%), emergências hospitalares (57,1%), leitos hospitalares (85,7%) e leitos de UTI (71,4%).

TABELA 13 **Avaliação da disponibilidade de serviços ambulatoriais e hospitalares para referenciamento/encaminhamento de pacientes atendidos na UPA**

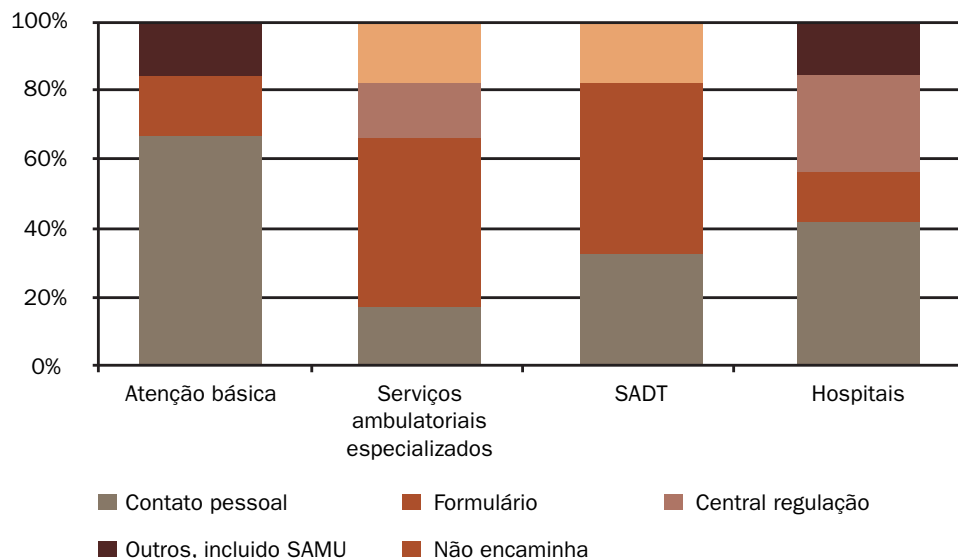
TIPO DE SERVIÇO	ÓTIMA	BOA	RAZOÁVEL	RUIM	NÃO SABE
Unidades básicas	14,3%	14,3%	28,6%	28,6%	14,3%
Ambulatórios especializados médicos	-	28,6%	42,9%	-	28,6%
Ambulatórios especializados não médicos	-	14,3%	42,9%		42,9%
SADT	-	28,6%	42,9%		28,6%
Emergências hospitalares	-	28,6%	42,9%	14,3%	14,3%
Leitos hospitalares	-		57,1%	28,6%	14,3%
Leitos de UTI	-	14,3%	57,1%	14,3%	14,3%

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

No que se refere ao meio mais frequentemente utilizado para encaminhamento dos pacientes da UPA para outros serviços de saúde, chama a atenção a frequência com que o contato pessoal é utilizado para encaminhar pacientes aos serviços de atenção básica (66,7%), aos hospitais (42,9%) e serviços de apoio diagnóstico-terapêutico (33,3%). Formulário ou folha para encaminhamento formal de pacientes é o meio mais utilizado para encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais especializados (50%) e SADT (50%). Já as centrais de regulação são utilizadas com alguma frequência para o encaminhamento de pacientes aos hospitais (28,6%) e SADT (16,7%). Essas informações podem ser visualizadas na figura 10.

FIGURA 10 **Meio mais frequentemente utilizado para encaminhamento dos pacientes da UPA para outros serviços**



FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

Entre os principais motivos para permanência de pacientes nas UPAs por mais de 24 horas foram citadas a inexistência de vagas (85,7% das unidades) e a inexistência/falta de referenciamento (14,3%). Com isso, nenhum coordenador mencionou motivos ligados à deficiência de transporte adequado ou a mecanismos formais de encaminhamento. A grande maioria dos coordenadores (71,4%) também referiu que os pacientes têm de aguardar mais de 24 horas para internação, 14,3% deles mencionaram que isso acontece algumas vezes e 14,3% raramente.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

De acordo com as respostas dadas pelos coordenadores das unidades, não existem mecanismos rotineiros de avaliação na maioria das UPAs visitadas no Paraná (57,1%). Nas UPAs onde esses mecanismos existem, as avaliações são feitas principalmente pelo Conselho de Saúde (42,9%) e pela Secretaria Municipal de Saúde (28,6%), mediante reuniões com gestores do SUS (28,6%), supervisão de atividades (28,6%) e relatórios de ges-

tão (28,6%). Esses resultados convergem com a entrevista realizada com o coordenador estadual da RAU no Paraná, que mencionou a inexistência de mecanismos específicos de monitoramento e avaliação das UPAs 24 horas implantadas pelo governo estadual.

Os seguintes dados são rotineiramente coletados nas UPAs visitadas:

- dados administrativos (Ex.: cadastro, produção, faturamento) (85,7%);
- dados relativos ao perfil da demanda (Ex.: local de residência, idade, sexo) (71,4%);
- dados relativos ao processo de atenção (Ex.: tempo de espera e permanência, métodos diagnósticos e terapêuticos empregados no cuidado) (57,1%);
- dados relativos ao desfecho do atendimento prestado (Ex.: alta, óbito e transferência e encaminhamento) (57,1%);
- dados relativos ao diagnóstico (42,9%); e
- dados relativos à trajetória assistencial do paciente (Ex.: unidades procuradas, atendimentos prestados anteriormente) (28,6%)

Em relação aos formulários oficiais preenchidos nas UPAs visitadas, 100% das unidades preenchem a ficha de cadastro (CNES), mas apenas parte das unidades preenche os demais formulários: Boletim de Produção Ambulatorial (SIA) (571%), Autorização de Internação Hospitalar (SIH) (42,9%), Declaração de óbito (SIM) (85,7%) e Declaração de Nascido Vivo (Sinasc) (14,3%).

A tabela 14 traz os dados relativos à existência de sistemas de informação específicos para o registro e o processamento dos dados coletados nas UPAs 24 horas, assim como a definição de indicadores de monitoramento e metas de produção. É possível verificar a seguinte situação:

- em relação aos sistemas de informação para registro e processamento dos dados coletados, 71,4% das unidades referiram a existência de prontuário eletrônico, mas nenhuma UPA possui sistema próprio;
- indicadores de monitoramento definidos pela Secretaria Municipal de Saúde existem em cinco das sete UPAs visitadas, mas duas dessas unidades não possuem indicadores definidos;
- por fim, chama a atenção o fato de que somente uma UPA possui metas de produção definidas.

TABELA 14 **Existência de sistemas específicos para registro/ processamento dados, indicadores de monitoramento e metas de produção nas UPAs**

ITEM	CARACTERÍSTICA	RESULTADO
Sistema específico para registro e processamento de dados coletados nesta UPA	Existência de prontuário eletrônico	71,4%
	Existência de Sistema próprio para as UPAs/ RAU	0,0%
	Nenhum sistema específico	14,3%
Indicadores de monitoramento	Sim, definidos pela Secretaria de Saúde	71,4%
	Sim, definidos pela própria equipe de gestão da UPA	14,3%
	Não	28,6%
Metas de produção	Sim, definidos pela coordenação da RAU / Sec. Saúde	14,3%
	Sim, definidos no âmbito da gestão desta UPA	14,3%
	Não	85,7%

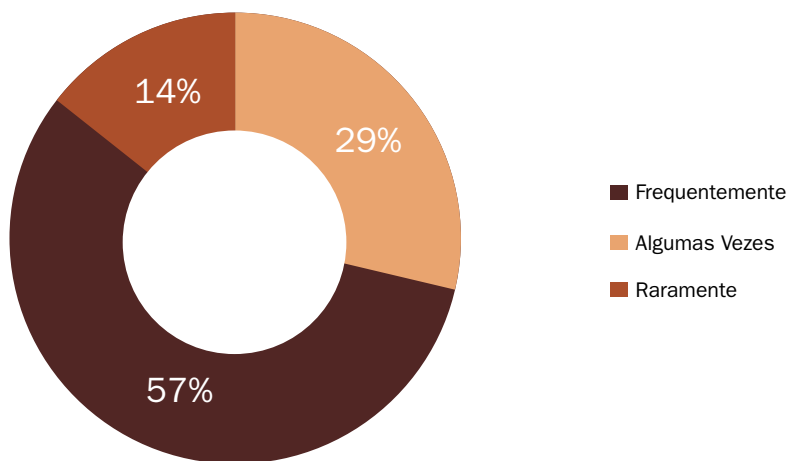
FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs). ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

RESOLUTIVIDADE DA UPA

Quanto à resolutividade das UPAs 24 horas, o coordenador estadual da RAU entende que elas ainda não respondem satisfatoriamente à resolutividade esperada, fundamentalmente por conta da ligação insuficiente dessas unidades com a atenção primária.

Como pode ser visto na figura 11, essa avaliação tende a convergir com a percepção dos coordenadores das unidades visitadas, na medida em que os pacientes atendidos na UPA retornam para atendimento com a mesma queixa anterior com certa frequência (28,6% frequentemente e 57,1% algumas vezes).

FIGURA 11 **Frequência com que os pacientes atendidos na UPA retornam para atendimento com a mesma queixa anterior**



n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)

FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs).

No que se refere à capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos na UPA, os coordenadores avaliam que ela é boa em 57,1% das unidades e razoável em 28,6%, ao passo que um coordenador não soube informar. No entanto, médicos e enfermeiros que trabalham nas mesmas unidades possuem percepção mais negativa: mais da metade desses profissionais (56%-57%) avaliou apenas como razoável a capacidade de resolução de problemas de saúde atendidos na UPA (tabela 15).

TABELA 15 **Avaliação da capacidade de resolução dos problemas de saúde na UPA**

AVALIAÇÃO	COORDENADORES	MÉDICOS	ENFERMEIROS
Ótima	0%	6,3%	0%
Boa	57,1%	37,5%	42,9%
Razoável	28,6%	56,3%	57,1%
Ruim	0%	0%	0%
Péssima	0%	0%	0%
Não sabe	14,3%	0%	0%

FORNTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

9.11 ENTRAVES E FACILITADORES DO DESEMPENHO DAS UPAS 24 HORAS NO PARANÁ

As entrevistas realizadas com gestores e profissionais de saúde que atuam nas UPAs 24 horas possibilitaram identificar diversos entraves e facilitadores do desempenho dessas unidades no estado do Paraná. As informações serão apresentadas em âmbito estadual, regiões metropolitanas onde estão localizadas as unidades visitada (RM Curitiba e RM Maringá) e interior (Castro, Foz do Iguaçu e Cascavel). A tabela 16 sintetiza essas informações.

TABELA 16 **Entraves e facilitadores do desempenho das UPAs 24 horas no Paraná**

n. 28
Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

	ENTRAVES	FACILITADORES
Âmbito estadual	<ul style="list-style-type: none"> • Rede de Atenção às Urgências: apesar de bastante diversificada, os componentes da rede estão pouco integrados. Além disso, a RAU só passou a contar com recursos orçamentários e organização administrativa a partir de janeiro de 2011, quando foi iniciada a Política de Urgência do Estado. • Sistema de regulação: regulação de fluxos assistenciais ainda incipiente, voltada para alguns casos de urgência e emergência. Além disso: falta de um sistema implantado para viabilizar o planejamento das ações e baixa qualificação de profissionais para trabalhar com regulação. • Rede hospitalar: Mais de 70% dos hospitais públicos, filantrópicos ou privados que atendem SUS no Paraná são de pequeno porte, possuem até 50 leitos, o que implica baixa escala, problemas de viabilidade financeira e baixa resolutividade. • UPA 24 horas: por se tratar de uma iniciativa do Ministério da Saúde, o financiamento é inteiramente compartilhado entre o governo federal e os municípios, sem participação financeira do governo estadual. Além disso, não existem ações específicas para monitoramento e avaliação das unidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização da saúde: contexto favorável, com estratégias para criação e fortalecimento de instâncias de pactuação e coordenação regional. • Plano Estadual de Saúde: inserção dos componentes da RAU como uma das diretrizes do Plano, com estabelecimento de metas e indicadores para o período 2012-2015. • RAU: lançamento da Rede Paraná Urgência, com ações específicas para os 10 componentes que compõem a rede e orçamento previsto de R\$ 211,4 milhões em 2013, sendo 32,4% dos recursos destinados para investimento em hospitais, equipamentos e veículos. • Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS): criação e implantação do COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde. • Atenção Primária: criação e implantação do programa APSUS – Atenção Primária à Saúde de Qualidade em Todo o Paraná. • Atenção Hospitalar: criação e implantação do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná (HOSPSUS).

<p>RM de Curitiba</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança: unidades localizadas em regiões mais periféricas de Curitiba apresentam problemas de segurança, o que tem dificultado a contratação / manutenção de profissionais para trabalhar nessas unidades. • Atendimento: excesso de demanda nas unidades de Curitiba, pois foram dimensionadas para atender os usuários do município mas atendem pacientes provenientes de toda a Região Metropolitana. Além disso, a maior parte dos pacientes atendidos é de baixo risco. • Administração de medicamentos: médicos e enfermeiros se queixam da falta de medicamentos necessários ao atendimento de pacientes de risco mais elevado. • Referenciamento: ao contrário dos demais componentes da RAU, que utilizam o sistema eletrônico E-Saúde para referenciamento, o encaminhamento de pacientes da UPA para as unidades hospitalares não é feito por esse sistema, mas por formulário impresso, o que dificulta o processo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de pronto atendimento: existência prévia de uma rede estruturada de unidades de pronto atendimento 24 horas em Curitiba, os Centros Municipais de Urgências e Emergências (CMUMs), criados na década de 1990, com atendimento entre atenção primária e hospitalar. Elas foram implantadas nos seus respectivos territórios seguindo os critérios de porte populacional, fluxo de pessoas e condições técnicas para implantação do serviço. • Sistemas de informação e integração da RAU: implantação de um sistema eletrônico, desde o início dos anos 2000, chamado E-saúde, que integra os diferentes serviços por meio de prontuários eletrônicos, exames de diagnóstico e relatórios de gestão e planejamento. Esse sistema também é usado para referenciamento de pacientes. As UPAs 24 horas possuem implantado o Prontuário Eletrônico, que possibilita o acompanhamento em tempo real da espera pelo atendimento.
-----------------------	--	---

RM de Maringá

• Financiamento: a UPA de Sarandi estava sem o repasse dos recursos para custeio do Ministério da Saúde há três meses, de modo que o município estava custeando todas as despesas, com implicações para o desenvolvimento dos demais serviços.

• Atendimento: população da área de abrangência da UPA Zona Sul (Maringá) é superior a 300 mil habitantes, acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, pois representa uma referência regional ao atendimento de urgência e emergência. Na UPA de Sarandi, a maior parte dos pacientes atendidos é de baixo risco.

• Referenciamento: boa parte dos encaminhamentos de pacientes da UPA para os serviços de atenção primária e serviços hospitalares é feita via contato pessoal.

• Sistema de informação: embora a maioria dos serviços de saúde municipais esteja interligada pelo Sistema Gestor de Saúde (SGS), o prontuário eletrônico ainda precisa ser implantado em quatro UBS, no Hospital Municipal e na UPA Zona Sul.

• Complexo de urgência e emergência: UPA funciona de forma articulada com uma central de regulação do SAMU, que foi inaugurada em um prédio anexo à UPA Zona Sul. O SAMU de Maringá atende também, desde 2009, o município de Sarandi, onde está localizada outra UPA. E com a regionalização do SAMU, atenderá toda a Regional de Saúde.

• Sistemas de informação e integração da RAU: maioria dos serviços de saúde em Maringá é interligada pelo Sistema Gestor de Saúde (SGS). Esse sistema possui informações das consultas médicas, exames laboratoriais, gestão da assistência à saúde e de alguns recursos administrativos (cota, custos, faturamento on-line da produção ambulatorial, acompanhamento da produtividade, movimentação de materiais e medicamentos etc.).

• UPA 24 horas: unidades apresentaram boa estrutura física (instalações) e as equipes estão completas.

Interior	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento: na UPA Moacir E. Fadel (Castro), o Ministério da Saúde não estava repassando recurso para custeio da UPA, de modo que o município estava tendo de bancar toda a operação, com implicações negativas sobre os demais serviços de saúde. • Atendimento: pelo número de habitantes do município, caberia uma UPA porte I em Castro. Porém, a proposta evoluiu para implantação de uma UPA porte II, devendo abranger mais dois municípios vizinhos – Carambeí e Piraí do Sul. Mas até hoje Castro não conseguiu dar nenhuma assistência a esses municípios. • Recursos humanos: quantidade de médicos trabalhando em algumas unidades era inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. • Atenção hospitalar: dificuldade de relacionamento da gestão municipal com a direção do hospital, implicando indefinição da porta de entrada hospitalar e sobrecarga de atendimento na UPA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de pronto atendimento: existência prévia de uma rede de unidades de pronto atendimento em Cascavel, chamadas de Pronto Atendimento Continuado (PAC), cujas atividades iniciaram em 2001. Atualmente existem três dessas unidades, com previsão mais três unidades em breve. • Vínculo empregatício: predomínio de profissionais concursados, funcionários de carreira, com vínculo de trabalho estável (estatutários), incluindo médicos e gestores de saúde em alguns municípios (Foz do Iguaçu e Cascavel). • Sistemas de informação: em Foz do Iguaçu, toda a rede de saúde está sendo informatizada, incluindo prontuários eletrônicos. O gestor de saúde do município possui formação também em ciência da computação, o que faz toda diferença. Possuem relatórios de avaliação de toda a rede.
----------	---	--

FONTE: PESQUISA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS).

9.12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados, é possível delinear um conjunto de sugestões e recomendações para ampliar a resolutividade da Rede de Atenção à Urgência e fortalecer o desempenho das UPAs 24 horas no estado do Paraná. De forma sintética, essas sugestões e recomendações incluem os seguintes itens:

- a) integrar verticalmente políticas, programas e ações de urgência e emergência estaduais e municipais do Paraná, a fim de eliminar lacunas, sobreposições e conferir maior resolutividade à RAU;
- b) ampliar/rever o papel e a participação do gestor estadual (SESA-PR) no processo de definição das propostas das UPAs 24 horas nos municípios, assim como no processo de implantação e gestão das unidades;

c) rediscutir os critérios de localização e porte das UPAs 24 horas no território paranaense, considerando a população da área de abrangência, a disponibilidade de serviços existentes, os fluxos de encaminhamento de pacientes etc.;

d) implantar um sistema de informação unificado para todo o estado, a fim de possibilitar maior integração/articulação dos componentes da RAU e a gestão/regulação informatizada do atendimento e do fluxo de pacientes dentro da rede;

e) implantar ações específicas de monitoramento e avaliação de todas as UPAs 24 horas do estado, mediante o estabelecimento de metas, critérios, indicadores e parâmetros de avaliação;

f) elaborar e implantar atividades de capacitação em urgência e emergência para qualificar os profissionais que atuam nas UPAs 24 horas e demais serviços que compõem a RAU;

g) discutir/propor estratégias em parceria com os municípios para:

- implantar mecanismos de coordenação dos serviços em nível local, regional e estadual;

- conscientizar/sensibilizar gestores, profissionais e usuários a respeito dos papéis e das funções de cada componente da RAU e da própria rede dentro do sistema de saúde;

- adotar modelos de gestão capazes de maximizar o desempenho das UPAs 24 horas, respeitando os limites e as particularidades locais;

- atenuar/minimizar o impacto negativo do atual modelo de funcionamento das UPAs 24 horas nos serviços de atenção primária;

- adequar estrutura física e equipamentos;

- buscar fontes adicionais de recursos financeiros para custeio das UPAs 24 horas;

- melhorar a disponibilidade de medicamentos e serviços assistenciais oferecidos nas UPAs 24 horas;

- reduzir a proporção de pacientes de baixo risco atendidos nas UPAs 24 horas;

- atrair e manter profissionais para atuar nas UPAs 24 horas, principalmente médicos.

CAPÍTULO 10
REDE DE ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS:
AVALIAÇÃO DA
IMPLANTAÇÃO E
DO DESEMPENHO
DAS UNIDADES
DE PRONTO
ATENDIMENTO
(UPAS) NO MATO
GROSSO DO SUL

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DO DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs) NO MATO GROSSO DO SUL

10

EDSON MAMORUTAMAKI
RENATA PALÓPOLI PÍCOLI
LUIZA HELENA DE O. CAZOLA

10.1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os fatores que favorecem e dificultam o desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) com foco na resolubilidade e na constituição e governança das Redes de Atenção às Urgências (RAU) no estado de Mato Grosso do Sul.

Na condição de capital, sede do governo e alto contingente populacional (32,14% da população do estado), as iniciativas de organização do atendimento das urgências e das emergências tiveram início no município de Campo Grande, a partir de 2005, com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A constatação da existência de demanda de casos de urgência que não exigiam os recursos mais especializados de uma unidade de saúde de alta complexidade levou a Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (Sesau) a criar um nível intermediário de atenção à saúde entre a Atenção Básica e a média e alta complexidade: os Centros de Saúde 24 horas que, posteriormente, passaram a ser denominados Centros Regionais de Saúde (CRS).

Esses Centros foram concebidos para atuar 24 horas, cobrindo os períodos sem atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), para o atendimento de urgências e emergências, para os casos de menor complexidade nas especialidades de clínica médica e pediátrica e para servir como nível intermediário de referência entre a Atenção Básica e a atenção hospitalar para serviços e procedimentos oferecidos por essas unidades que não são disponíveis na Atenção Básica.

Observa-se, nessa iniciativa da Sesau, que os princípios que presidiram essa iniciativa foram a de reorganizar o sistema de saúde, de otimizar a utilização dos recursos de maior complexidade do sistema e oferecer melhor atenção à saúde, cobrindo necessidades não atendidas pela Atenção Básica, em particular, pelas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), e não somente o atendimento de urgências e emergências.

Em 2009, são criadas as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) com a finalidade de implantar o componente pré-hospitalar fixo previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, constituindo-se em unidades de saúde de complexidade intermediária entre as UBSs/UBSF e a rede hospitalar.

Nesse momento, o município de Campo Grande já dispunha de uma rede de nove Centros Regionais de Saúde (CRS) que realizavam o atendimento de urgências e emergências (UE) de complexidade intermediária como as preconizadas para as UPAs.

Em face da impossibilidade de enquadrar os CRS como Unidades de Pronto Atendimento, e impulsionado pelos auxílios financeiros propiciados pelo Ministério da Saúde, o município de Campo Grande iniciou a implantação das UPAs, substituindo três CRSs por UPAs. Dessas, apesar de estarem implantadas e em funcionamento, só uma delas foi, recentemente, credenciada pelo Ministério da Saúde e passou a constar oficialmente como existente no país.

Apesar das diferenças existentes entre as finalidades e os serviços oferecidos pelos CRSs e pelas UPAs, o atendimento às UE propriamente dito é o mesmo, de forma que essas unidades são classificadas e tratadas igualmente nos relatórios e nas estatísticas de urgências e emergências da Sesau.

Considerando a peculiaridade da atenção às UE de Campo Grande, que já dispunha de sistema de atendimento estruturado antes do advento das UPAs, o estado foi objeto da presente pesquisa.

Com a finalidade de apreender essa particularidade do sistema de saúde do município, foram analisados na presente pesquisa duas UPAs e um CRS situados em três dos quatro Distritos Sanitários de Saúde de Campo Grande.

As unidades foram selecionadas por sua capacidade de refletir potencialidades, possibilidades e alcance da atuação das UPAs/CRSs no sistema de saúde de Campo Grande. Também foram objetos de pesquisa: uma UBS e uma UBSF com o objetivo de captar as relações existentes entre as UPAs e a Atenção Básica. As unidades selecionadas foram:

- UPA: Vila Almeida, unidade de UE mais antiga e consolidada, situada no Distrito Oeste;
- UPA: Universitário, unidade mais nova em funcionamento, situada no Distrito Leste;
- CRS: Nova Bahia: unidade situada no Distrito Norte;
- UBS: Unidade Básica de Saúde Caiçara, situada no Distrito Oeste;
- UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família Fernando de Arruda Torres, situada no Distrito Norte.

Para a coleta dos dados primários, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, no período de dezembro 2012 a fevereiro 2013. Para os profissionais de saúde e os gestores de Campo Grande, tendo em vista a mudança de gestão, as entrevistas foram realizadas em dezembro de 2012 e, em março de 2013, foram entrevistados os gestores estaduais.

QUADRO 1 **Relação dos entrevistados, conforme local, cargo/função e quantidade**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	QUANTIDADE
SMS	Secretário Municipal de Saúde	1
	Coordenador Municipal de Urg./Emergência	1
	Coordenador Municipal de Atenção Básica	1
UPA 1	Coordenador da UPA – Universitário	1
	Médicos	3
	Enfermeiros	2
UPA 2	Coordenador da UPA – Vila Almeida	1
	Médicos	2
	Enfermeiros	3
CRS	Coordenador CRS – Nova Bahia	1
	Médicos	2
	Enfermeiros	3
UBS	Coordenador de UBS	1
UBSF	Coordenador de UBSF	1
SAMU	Coordenador Municipal do SAMU	1
ESTADO		
SES	Coordenador Estadual de Regulação	1
SES	Coordenador Estadual da Rede de Urgência	1
SES	Coordenador Estadual da Atenção Básica	1
TOTAL:		27

A etapa de pesquisa de campo contou com algumas facilidades, tendo em vista que todas as atividades concentraram-se no município de Campo Grande, assim como pela inexistência de recusa por parte dos entrevistados.

Entre as dificuldades é necessário assinalar a proximidade da mudança da gestão municipal, o que limitou consideravelmente a disponibili-

dade de tempo do gestor e de coordenadores municipais para atender aos entrevistadores em razão das atividades típicas das transições de governo. Essa situação motivou a priorização dessas entrevistas para o mês de dezembro/2012.

10.2 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL

O ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Mato Grosso do Sul é o 6.º estado do país em extensão territorial, que corresponde a 4,19% da área total do Brasil e 22,23% da área do Centro-Oeste (MATO GROSSO DO SUL, 2007).

Está localizado ao sul da região Centro-Oeste. Tem como limites os estados de Goiás a nordeste, Minas Gerais a leste, Mato Grosso (norte), Paraná (sul) e São Paulo (sudeste), além da Bolívia (oeste) e do Paraguai (oeste e sul) (CAMPO GRANDE, 2009a).

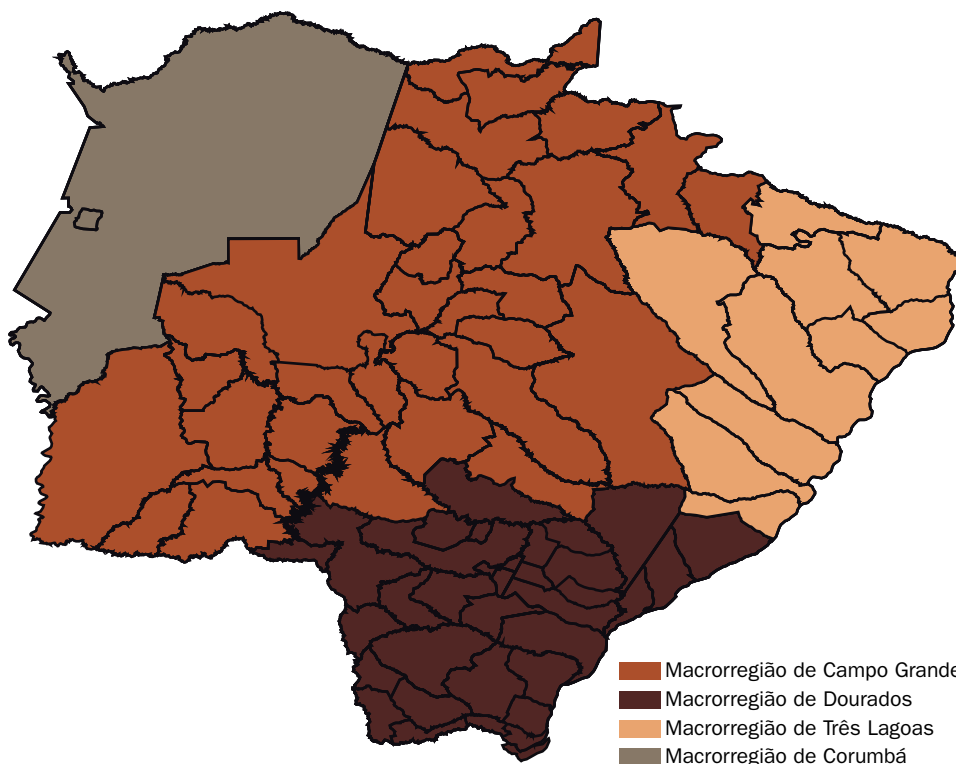
De acordo com a Estimativa das Populações Residentes divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Mato Grosso do Sul é de 2.477.504 habitantes, sendo o 6.º estado do país em extensão territorial. Possui 79 municípios e sua capital e maior cidade é Campo Grande, concentrando 32,14% dessa população (MATO GROSSO DO SUL, 2007).

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Até 2012, MS contava com três regiões de saúde e, por meio da Resolução n. 59 de 2012 do Conselho Estadual de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização (PDR/MS) (MATO GROSSO DO SUL, 2012a) é alterado com a criação de mais uma região de saúde (Corumbá). Os municípios que compõem essa nova região pertenciam anteriormente à Macrorregião de Campo Grande (Figura 1).

FIGURA 1 **Macrorregiões de Saúde de Mato Grosso do Sul**

n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)



10.3 PLANEJAMENTO INTEGRADO EM SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL

O estado de Mato Grosso do Sul (MS) tem despontado no cenário nacional por seu protagonismo na implementação de políticas e estratégias estabelecidas pelo governo federal na organização e no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro.

Mato Grosso do Sul foi o primeiro estado do país a assinar o Pacto pela Saúde e o segundo a assinar o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap), decorrente do Decreto n. 7.508 (BRASIL, 2011a).

Observa-se que todo o processo de organização e desenvolvimento das ações de saúde em Mato Grosso do Sul é precedido por um esforço político de envolvimento de todos os intervenientes no processo de produção de saúde do estado e de importante esforço técnico de planejamento e programação em saúde que, com o advento do Coap, passam a ser mais exigen-

tes, mais detalhados e obrigatórios para preencher os requisitos necessários para firmarem tais acordos.

A assinatura do Coap obriga a realização de detalhado planejamento integral e integrado, envolvendo: todos os níveis de governo; todos os tipos de unidades de saúde pertencentes ao setor público ou privado; todas as referências e as contrarreferências; todas as relações e os fluxos das Redes de Atenção à Saúde; entre outros. A partir do Coap, a unidade de análise passa a ser as regiões de saúde, uma vez que se pretende também a “implementação integrada das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011a).

No caso de Mato Grosso do Sul, que já está sendo gerido no âmbito do Coap, a análise das UPAs, integrante da Rede de Atenção às Urgências, que constitui uma das diretrizes nacionais de cumprimento obrigatório, será feita envolvendo o conjunto de ações programadas no estado, pois seu planejamento, programação e pactuação foram realizadas de forma integrada e a melhor compreensão e entendimento dos resultados da pesquisa serão obtidos sob análise desse contexto.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Com base em seu PDR, foi criado o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências de MS, a partir das macrorregionais: Macrorregião de Campo Grande e Corumbá, (MATO GROSSO DO SUL, 2012b), Macrorregião de Dourados (MATO GROSSO DO SUL, 2012c) e Macrorregião de Três Lagoas (MATO GROSSO DO SUL, 2012d).

Este Plano foi pactuado inicialmente por gestores estaduais e municipais, em outubro de 2011, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MS), passando por ajustes, após avaliação da equipe técnica do Ministério da Saúde, sendo reformulado e reapresentado ao Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems/MS) e repactuado pela CIB/MS, em julho de 2012.

Esse processo aconteceu paralelamente a um esforço empreendido no estado na elaboração dos Contratos Organizativos de Ação Pública (Coap), os quais foram firmados em agosto de 2012, em cada uma das quatro macrorregiões: Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

A implantação desse Plano teve por objetivo organizar a Rede de Atenção às Urgências de Mato Grosso do Sul com vistas à articulação e à

integração de todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

De acordo com os seus pressupostos, a Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território sul-mato-grossense, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional. O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede de Atenção às Urgências de Mato Grosso do Sul. Foram priorizadas como linhas de cuidados: cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Para o acompanhamento desse Plano foi criado um grupo Condutor Estadual, composto por representantes da Secretaria de Estado de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/MS) e com o apoio institucional do Ministério da Saúde, tendo como atribuições: mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede; apresentar às Comissões Intergestores Regionais (CIR) e CIB a situação do andamento dos projetos da rede e propor, se for o caso, repactuações necessárias.

A Rede é constituída pelos seguintes componentes:

- a. Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- b. Atenção Básica em Saúde;
- c. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, em parceria com Corpo de Bombeiros Militar;
- d. Sala de Estabilização;
- e. Força Nacional de Saúde do SUS;
- f. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- g. Unidade Hospitalar; e
- h. Atenção Domiciliar.

A Política Nacional de Atenção às Urgências elegeu como áreas de intervenção prioritárias as regiões metropolitanas ou de abrangência da capital de cada estado. Dessa forma, o estado de Mato Grosso do Sul priorizou,

para o primeiro semestre de 2012, a Macrorregião de Campo Grande, para o segundo semestre do mesmo ano, a Macrorregião de Dourados e, em 2013, a Macrorregião de Três Lagoas.

Conforme o PDR de Mato Grosso do Sul, a Macrorregião de Campo Grande compreende 33 municípios distribuídos em quatro microrregiões: Aquidauana, Campo Grande, Coxim e Jardim, totalizando 1.347.392 habitantes.

10.4 IMPLEMENTAÇÃO DA RAU EM MATO GROSSO DO SUL

IMPLEMENTAÇÃO DA RAU NO ÂMBITO DO ESTADO

Em 2005, a rede de urgência e emergência estadual era reduzida, o que se tinha eram pontos de atendimentos sobrecarregados, que competiam entre si, com muita demanda e pouca resolutividade. Fora de Campo Grande não existiam Unidades 24 horas e na capital somente alguns serviços. A estrutura de gestão mudou com as novas portarias, que coincidiram com a posse de nova gestão municipal, que, ao assumir, reorganizou os serviços existentes a fim de não se sobreporem, mas, sim, a complementarem-se.

Foi quando, pela primeira vez, técnicos da SES reuniram-se em Campo Grande com representantes da Santa Casa, do Hospital Regional e do Hospital Universitário para discutirem o que cada instituição iria atender e foi nesse momento que nasceu o SAMU Campo Grande, o primeiro do estado.

As Unidades 24 horas, que na época eram apenas quatro, começaram a fortalecer-se, uma vez que não se tinham UPAs, e passaram a ter um perfil de atendimento de unidades de urgência e emergência, com salas adequadas, com equipe mais bem treinada, conseguindo dar suporte para a população e desafogando um pouco mais os hospitais. O SAMU também deixou de levar todas as ocorrências para os prontos-socorros e começou a encaminhar os casos de menor complexidade para essas Unidades 24 horas.

Com essa visão, começou-se a discutir a abertura de outras Unidades 24 horas, tendo-se nessa ampliação a publicação da primeira portaria de implantação das UPAs.

O município de Campo Grande já tinha, portanto, estruturado várias Unidades 24 horas e capacitado seus profissionais para o atendimento de

urgências. No entanto, não pôde aproveitar essa estrutura para se beneficiar dos auxílios do governo federal, pois, de acordo com o normatizado pelo Ministério da Saúde, só seria possível ser beneficiado por meio da construção de unidades novas e desmontar uma estrutura que já estava em funcionamento não era uma alternativa adequada, ou seja, que otimizasse os recursos já investidos.

Em 2009, foram previstas pelo Ministério da Saúde as primeiras sete UPAs para o estado, que foram discutidas e aprovadas na CIB, sendo duas para Campo Grande, uma para Três Lagoas, uma para Dourados, uma para Corumbá, uma para Ponta Porã e uma para Paranaíba.

Os municípios receberam recursos financeiros que deveriam ser utilizados exclusivamente para construção e compra de equipamentos. No entanto, o dinheiro era insuficiente para construção e aquisição de equipamentos, que são muito caros, e estes ficaram como encargos apenas para o município. Com isso, retardou-se muito a construção dessas UPAs. Dessas primeiras, apenas a de Campo Grande, a UPA Universitário, é que está funcionando e devidamente habilitada. A de Dourados foi construída e equipada, mas na inauguração verificou-se que a planta física não havia sido autorizada pela vigilância sanitária, devendo ser realizada nova licitação para as adequações da obra e, com isso, não está funcionando. O município de Dourados conta com uma Unidade 24 horas, mas que funciona das 6h às 23h.

Três Lagoas também recebeu o recurso financeiro, construiu, conseguiu parcerias para adquirir mobiliários com indústrias, mas chegou-se à conclusão de que por possuir uma Unidade 24 horas em funcionamento e um hospital filantrópico – o Nossa Senhora Auxiliadora –, o município não teria condições financeiras de arcar com uma terceira porta de entrada, por isso optaram por não inaugurar a UPA e decidiram devolver os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, no valor de 3 milhões de reais. Para manterem a UPA, haveria a necessidade de gastar mensalmente 400 mil reais, o que foi considerado excessivo para o orçamento do município. Apesar de o estado ter feito uma proposta de melhorar a sua contrapartida de recursos financeiros e recomendado transferir a Unidade 24 horas para a UPA, que é um prédio novo e moderno, e fechar essa porta, uma vez que as necessidades da região já estariam suficientemente cobertas, não foi possível reverter a decisão.

Em Corumbá, a UPA encontra-se pronta, assim como a de Aquidauana, encontrando dificuldades em completar a escala de profissionais de saúde, que é uma exigência da portaria ministerial para iniciar o seu funcionamento.

A UPA de Ponta Porã está finalizada, mas aguardando licitação para aquisição de equipamentos. Pode-se verificar que, das UPAs planejadas em 2009, apenas uma está em funcionamento, a de Campo Grande.

ARTICULAÇÃO ENTRE AS REDES DE ATENÇÃO FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

A comunicação entre as redes de atenção estadual e municipais está ocorrendo regularmente, mas com o setor federal têm-se encontrado algumas dificuldades de interlocução. Com o objetivo de buscar amenizar esse problema, o Ministério da Saúde implantou para cada estado a figura de um Facilitador da RAU, cujo papel é interligar a atuação da Rede ao Ministério.

Dentro da SES há um grupo de 12 técnicas que juntas participam de todas as CIBs, compartilham sobre suas redes, conhecem suas pactuações, suas prioridades. Por exemplo, a coordenação da RAU reconhece que a Rede Cegonha necessita priorizar a gestante de alto risco, adquirindo uma incubadora neonatal a ser acoplada na ambulância, a fim de garantir seu correto encaminhamento, assim como a Rede de Saúde Mental em relação aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Em Campo Grande, os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde compartilham uma mesma estrutura física, o que facilita a articulação entre eles. Em municípios pequenos, várias redes de atenção ficam sob a coordenação de uma ou duas pessoas, no máximo três. É exigência do Ministério da Saúde que municípios e estado publiquem seus grupos de condução, e, em reunião da CIB, ficou pactuado que cada município, principalmente os de pequeno porte, designe um único grupo condutor para todas as redes de atenção.

10.5 IMPLEMENTAÇÃO DOS CRSS E DAS UPAS EM CAMPO GRANDE

REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande com o objetivo de integrar todos os equipamentos de saúde e ampliar a promoção e a assistência à saúde implantou a Rede Municipal de Serviços de Saúde que está organizada em quatro regionais, denominadas Distritos Sanitários: Leste, Oeste, Norte e Sul.

*n. 28
Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

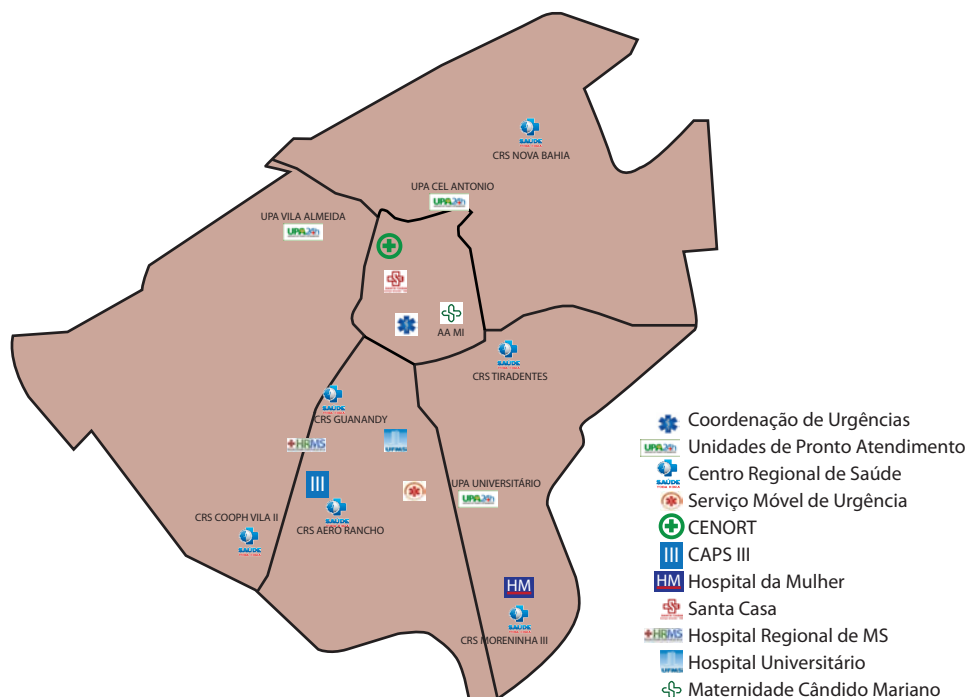
O componente da Atenção Básica é composto por 28 Unidades Básicas de Saúde que são responsáveis por atendimentos em clínica médica, ginecológica, obstétrica e pediátrica, além de realizar tratamento odontológico, imunizações, curativos, inalacões e dispensação de medicamentos. Há 34 Unidades Básicas de Saúde da Família representadas por 85 equipes, que abrangem cobertura populacional de 36,83%, representada por 293.250 pessoas (BRASIL, 2013).

A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM CAMPO GRANDE

Campo Grande, há mais de 10 anos, implantou Unidades Regionais de Saúde 24 horas, visando cobrir lacunas existentes entre a Atenção Básica (em particular, as Unidades de Saúde da Família) e as unidades de maior complexidade. Essa rede é constituída por seis Centros Regionais de Saúde e três Unidades de Pronto Atendimento (Quadro 3), uma Unidade de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – SAMU/192 e o Hospital da Mulher.

As unidades que compõem a Rede de Atenção às Urgências encontram-se distribuídas nos quatro Distritos Sanitários de Saúde de Campo Grande, conforme apresentado na Figura 2.

FIGURA 2 Rede de Atenção às Urgências de Campo Grande/MS



Destaca-se que antes da publicação da Portaria n. 2.048/2002 (BRASIL, 2002a), o município de Campo Grande já havia implantado nove Centros Regionais de Saúde (CRSs). Estes serviços estavam acoplados a uma Unidade Básica de Saúde, funcionavam 24 horas, com uma equipe mínima de plantão formada por um médico, dois a três técnicos de enfermagem e um enfermeiro.

Após a publicação da referida portaria, iniciou-se, em 2005, a construção da UPA Coronel Antonino e a reforma e a ampliação dos CRSs, com aumento do número de consultórios, separação da porta de entrada da Atenção Básica, implantação de sala de emergência, sala de observação e ambiência dos serviços de urgência, de acordo com a Política Nacional de Humanização, financiada com recursos do Programa QualiSUS, conforme apresentado no Quadro 2.

QUADRO 2 **Centros Regionais de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento, Campo Grande/MS**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

CRS/UPA	SITUAÇÃO	ANO
CRS Guanandi	Reforma e ampliação	2005
CRS Coophavila II	Reforma e ampliação	2007
UPA Coronel Antonino	Construção de nova unidade	2007
CRS Nova Bahia	Reforma e ampliação	2008
CRS Tiradentes	Reforma e ampliação	2008
CRS Aero Rancho	Reforma e ampliação	2008
UPA Vila Almeida	Construção de nova unidade	2009

Apesar de terem denominações diferentes, uma vez que as UPAs são regidas por regulamentação própria, os CRSs fazem o mesmo tipo de atendimento das urgências e emergências que as UPAs. Dessa forma, no que tange à RAU, para a Sesau, elas são tratadas igualmente no planejamento, na programação, no acompanhamento e na avaliação, assim como no registro e nas estatísticas da área. Nesse sentido, os CRSs também são classificados por porte, assim como as UPAs, conforme pode ser observado no Quadro 3.

QUADRO 3 **Porte dos Centros Regionais de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento de Campo Grande/MS**

PORTE	TIPO	UNIDADE	DISTRITO
I	CRS	Dr. Gunter Hans – Nova Bahia	Norte
I	CRS	Dr. Marclio de Oliveira Lima – Moreninha III	Leste
I	CRS	Dr. Waldeck F. de Castro Maia – Coophavila II	Oeste
II	CRS	Dr. Enio Cunha – Guanandy	Sul
II	CRS	Dr. João Pereira da Rosa – Aero Rancho	Sul
II	CRS	Dr. Antonio Pereira – Tiradentes	Leste

II	UPA	Dr. Germano Barros de Souza – Universitário	Leste
III	UPA	Dr. Walfrido Arruda – Cel. Antonino	Norte
III	UPA	Dr. Alessandro Martins – Vila Almeida	Oeste

O fato de os CRSs terem sido criados como um nível intermediário de atenção à saúde entre a Atenção Básica e a média e alta complexidade, e não somente para o atendimento de urgências e emergências, faz que suas atribuições e serviços oferecidos sejam mais amplos que os de uma UPA.

Atualmente, um Centro Regional de Saúde destina-se ao atendimento de adultos e crianças de Urgência e/ou Emergência para:

- atendimento médico (clínica médica e pediátrica) e odontológico de urgência/emergência;
- farmácia – atendimento até às 0h (psicotrópico em horário comercial);
- vacinas (imunobiológicos): apenas de emergência – Antitetânica, Hepatite B e Antirrábica);
- administração de medicações mediante receita médica – 24 horas;
- exames laboratoriais de urgência para pacientes em observação na Unidade;
- atendimento com orientações e escuta diferenciada realizado pela Assistente Social; e
- serviços realizados no CRS agendados pelas UBSs/UBSF:
 - ultrassonografia;
 - mamografia;
 - serviço de radiologia.

O que se observa é que os Centros Regionais de Saúde cumprem o papel de uma UPA e, em razão da existência de serviços de maior complexidade, também de uma unidade de referência para a rede básica por meio de agendamento.

Esse papel enquadra-se coerentemente dentro da concepção de organização e funcionamento do sistema de saúde municipal de forma que, com o advento da Política Nacional de Atenção às Urgências, seria de se esperar a busca da adequação das atividades dos CRSs às exigências e às normas da Portaria do Ministério para manterem o seu papel dentro do Siste-

ma de Saúde municipal, o que não foi possível ser realizado, uma vez que as normas estabelecidas não previam essa flexibilidade na sua implementação.

A primeira Unidade de Pronto Atendimento construída em local próprio, desvinculada da Unidade Básica de Saúde, antes mesmo da Portaria n. 1.020/2009 (BRASIL, 2009), foi a UPA Coronel Antonino. A estrutura física antiga foi utilizada para a implantação de uma Unidade de Saúde da Família e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Com a publicação da referida portaria, a construção da UPA Vila Almeida foi finalizada em agosto de 2009, com a aprovação de recursos financeiros da Caixa Econômica Federal, por meio do Ministério da Saúde.

A Unidade de Pronto Atendimento Universitário foi a primeira implantada com recursos específicos para a sua construção, sendo inaugurada em 2011. Para o ano de 2013, está prevista a inauguração de nova estrutura física do serviço de urgência do Bairro Moreninha. Está prevista, também, a transferência do CRS Guanandi para uma nova UPA, denominada Leblon, Porte III, para atender à população de Caiçara, Guanandi, Leblon e imediações, com população de abrangência de 205 mil habitantes e a implantação da UPA Santa Mônica, que irá atender à população de Nova Campo Grande, Popular, Indubrasil e imediações, com população de abrangência de 104 mil habitantes, além de dar suporte de atendimento de urgência e sala de estabilização para o SAMU Regional de Sidrolândia e de Terenos.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), implantado em 2005, iniciou a organização do atendimento de urgência e estruturação do atendimento pré-hospitalar móvel. Nesse mesmo ano, foi implantada a central médica de regulação do SAMU, por meio de incentivos do Programa QualiSUS, com o intuito de aprimorar a qualidade da assistência de urgência.

O SAMU conta com uma equipe de 220 servidores, entre médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros intervencionistas, técnicos de enfermagem, Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARMs), operadores de frota, administrativos e motoristas, com frota de 21 viaturas funcionando por 24 horas.

Em 2008, foi implantado o Protocolo de Classificação de Risco em três CRSs (Tiradentes, Guanandi e Aero Rancho) e uma UPA (Coronel Antonino) sem a publicação normatizada para toda a rede. Em 2009, a UPA Vila Almeida foi inaugurada com a aplicação do Protocolo de Classificação de

Risco, que, neste mesmo ano, publicou em Diário Oficial de Campo Grande, a Resolução da Sesau n. 87, de 3 de agosto de 2009, que define a implantação do Protocolo de Classificação de Risco (CAMPO GRANDE, 2009b).

Em 2010, o Protocolo foi implantado nos CRSs Coophavila II e Nova Bahia e na UPA Universitário, e em 2011, no CRS Moreninha.

O Protocolo de Classificação de Risco implantado está apresentado na Figura 3 abaixo:

FIGURA 3 **Protocolo de Classificação de Risco, Campo Grande/MS**

Vermelho	Atendimento Imediato
Amarelo	Atendimento com prioridade sobre os pacientes classificados como verde e azul
Verde	Sem risco de morte imediata (será atendido após os pacientes classificados como vermelho e amarelo)
Azul	Quadro crônico, sem sofrimento agudo ou caso social (situações que possibilitam encaminhamento à UBS). Poderá ser atendido após os pacientes classificados como vermelho, amarelo e verde.

A Classificação de Risco é realizada pelo enfermeiro, mediante treinamento específico com o objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os por ordem de prioridade de gravidade para o atendimento. O usuário, ao chegar à unidade, passa pela recepção e é realizada a ficha de atendimento. Em seguida, é avaliado e classificado de acordo com risco potencial pela equipe de enfermagem e encaminhado ao consultório médico para as posteriores condutas.

10.6 CARACTERIZAÇÃO E DESEMPENHO DO CRS E DAS UPAS

PERFIL DOS PROFISSIONAIS

A Tabela 1 apresenta a formação e o número de profissionais de saúde que estão lotados no CRS e nas UPAs pesquisadas. Entre os profissio-

nais, técnicos de enfermagem, enfermeiro, assistente social, médico clínico e pediatra foram considerados em número insuficiente por todos os coordenadores dos serviços. Apenas o odontólogo foi destacado como suficiente para a demanda dos atendimentos.

TABELA 1 **Recursos Humanos lotados nas Unidades de Urgência, segundo coordenador, Campo Grande, 2013**

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

RECURSOS HUMANOS	MÉDIA	NÚMERO MÍNIMO	NÚMERO MÁXIMO
Auxiliar de enfermagem	1	0	1
Técnico de enfermagem	21	20	23
Enfermeiro	4	4	4
Odontólogo	17	1	25
Psicólogo	0	0	0
Assistente Social	1	1	1
Médico Clínico Geral	54	42	60
Médico Pediatra	23	18	25
Médico Ortopedista	0	0	0
Médico de Outra Especialidade	3	0	5

A forma de contratação de enfermeiros e médicos dá-se por meio de concursos públicos para lotação na Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, para ser lotado nos serviços de urgência, a coordenação municipal adota alguns procedimentos para a seleção desses profissionais, conforme é apresentado na Tabela 2.

Todos os enfermeiros possuem carga horária de 40 horas semanais e, entre os médicos, cinco referiram trabalhar 12 horas e um, 24 horas semanais. A maioria dos enfermeiros referiu trabalhar no CRS/UPA há mais de 24 meses, três, entre 13 e 24 meses e um de 7 a 12 meses. Entre os médicos, a maior parte mencionou trabalhar entre 13 e 24 meses, dois, mais de 24 meses e um, menos de seis meses.

TABELA 2 – Procedimentos de seleção profissional, segundo enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013*

VARIÁVEIS	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Entrevista	1	0
Análise de currículo	6	6
Prova escrita	1	3

*PERMITIDO ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA.

De acordo com os coordenadores, os profissionais médicos, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem foram capacitados para prestar assistência aos casos de urgência.

TIPO DE GESTÃO

O modelo de gestão do CRS e das UPAs é de administração direta pela Secretaria Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde foram referidos pelos coordenadores como as únicas instâncias que influenciam nas decisões da gestão das Unidades.

ESTRUTURA DO CRS E DAS UPAS

Para os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico estão disponíveis nas UPAs a radiologia, o eletrocardiograma, o laboratório de análises clínicas e a ultrassonografia. Para o CRS pesquisado não estão disponíveis os serviços de radiologia e ultrassonografia. Nenhuma das unidades dispõe de ecocardiografia e endoscopia, conforme informações dos coordenadores dos serviços.

Quanto à disponibilidade e ao tempo de resposta dos serviços laboratoriais, as respostas foram diversificadas (Tabela 3).

TABELA 3 **Disponibilidade e tempo de resposta dos serviços laboratoriais, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013**

SERVIÇOS LABORATORIAIS		COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Disponibilidade	Ótima	1	2	3
	Boa	2	2	3
	Razoável	0	2	0
	Ruim	0	2	0
	Péssima	0	0	0
	Não Sabe	0	0	0
	Ótima	0	0	0
Tempo de resposta	Boa	0	4	0
	Razoável	2	1	3
	Ruim	1	2	4
	Péssima	0	1	0
	Não Sabe	0	0	0

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

A avaliação dos profissionais quanto às condições de infraestrutura e medicamentos foi classificada pela maioria como de boa qualidade (Tabela 4).

TABELA 4 **Condições de infraestrutura e medicamento, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013**

SERVIÇOS LABORATORIAIS		COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Condições de infraestrutura física	Ótima	0	0	0
	Boa	2	3	2
	Razoável	1	2	3
	Ruim	0	2	1
	Péssima	0	0	0
	Não sabe	0	1	0
Medicamentos para administração	Ótima	0	1	0
	Boa	2	6	4
	Razoável	1	1	0
	Ruim	0	0	2
	Péssima	0	0	0
	Não sabe	0	0	0
Medicamentos para dispensação	Ótima	0	1	0
	Boa	2	6	4
	Razoável	1	1	1
	Ruim	0	0	1
	Péssimo	0	0	0
	Não sabe	0	0	0
	Não dispensa	0	0	0

10.7 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

PERFIL DE ATENDIMENTO DO CRS E DAS UPAS

A Classificação de Risco é realizada entre 6h (seis da manhã) e 0h (meia-noite). Destaca-se como uma das fragilidades a perda de registro de atendimentos, visto que não há sistema informatizado e o seu processamento é realizado manualmente. Somam-se a isso os atendimentos que são subdiagnosticados pela subjetividade do classificador. Com o objetivo de minimizar essa situação, a coordenação municipal tem oferecido capacitações para os enfermeiros classificadores.

Há uma proposta de implantar o Protocolo de Manchester, durante as 24 horas de atendimento, a fim de ampliar e melhorar a qualidade da Classificação de Risco e informatizar os dados.

A maioria dos enfermeiros e dos médicos considerou o perfil dos atendimentos classificados como risco intermediário, diferentemente dos coordenadores, que citaram o predomínio de baixo risco (Tabela 5).

TABELA 5 **Caracterização da demanda de atendimento, segundo enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013**

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA		COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Perfil dos atendimentos	Baixo risco	2	3	2
	Risco intermediário	1	5	4
	Alto risco	0	0	0
Relação entre demanda e capacidade de atendimento	Demanda é superior à capacidade de atendimento	3	5	6
	Demanda é compatível com a capacidade de atendimento	0	3	0

A utilização da Classificação de Risco de acordo com os profissionais pesquisados contribui para a priorização dos atendimentos dos casos com maior gravidade (Tabela 6).

TABELA 6 **Influência da Classificação de Risco, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013***

INFLUÊNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Possibilita a priorização do atendimento de casos com maior gravidade	3	7	5
Possibilita a priorização do atendimento de casos com maior sofrimento	2	2	3
Possibilita a organização mais adequada do atendimento	2	4	1
Reduz a demanda inapropriada	0	1	0
Educa/informa os pacientes	3	2	0

* PERMITIDO ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA.

Quanto à avaliação da capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos na UPA, a maioria dos profissionais considerou-a boa (Tabela 7).

TABELA 7 **Avaliação da capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos na UPA, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013**

AValiação DA CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE ATENDIDOS NA UPA	COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Ótima	0	1	0
Boa	3	4	3
Razoável	0	2	3
Ruim	0	1	0
Péssima	0	0	0
Não sabe	0	0	0

Quando questionados sobre as possíveis razões para recusa de atendimentos, destaca-se que a maioria dos entrevistados referiu que todos

os usuários que chegam às unidades recebem atendimento médico, conforme demonstrado na Tabela 8.

TABELA 8 **Razões para a demanda não atendida pelo médico, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013***

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

RAZÕES PARA A DEMANDA NÃO ATENDIDA PELO MÉDICO	COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Casos considerados passíveis de atendimento em Unidades Básicas de Saúde	0	1	4
Casos para os quais não existe especialista na UPA	0	2	0
Casos que requerem atendimento hospitalar imediato	0	0	2
Casos de solicitação de reposição de receituário médico, de medicamentos ou de pedidos de exames	0	0	0
Casos de solicitação de atestado médico	0	1	0
A demanda de atendimento é de responsabilidade de outro profissional da equipe	0	1	0
Todos os casos que chegam recebem atendimento médico	3	5	4

* PERMITIDO ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA.

RESOLUTIVIDADE E COBERTURA DO CRS E DAS UPAS

Quando comparados o número de atendimentos médicos realizados em 2011 (1.011.155 atendimentos) e o número de encaminhamentos dos 24 horas (CRS e UPA) para os hospitais (24.716 encaminhamentos), verifica-se que apenas 2,4% são encaminhados para esse nível de maior complexidade, demonstrando a boa resolutividade desses atendimentos. Esses encaminhamentos reduzem a crônica sobrecarga de trabalho dos prontos-socorros, pois esses casos deixam de ser objeto de atendimento nesses serviços. Assim,

quando os hospitais recebem pacientes provenientes desses serviços, recebem casos já avaliados e que realmente exigem cuidados de maior grau de complexidade. Tem-se a busca da continuidade da manutenção da vida e não de um simples leito hospitalar, com o desenvolvimento das seguintes ações: rede de atenção; gestão do sistema de saúde; Classificação de Risco; linhas de cuidado e gestão de leitos (CAMPO GRANDE, 2012).

As Unidades 24 horas analisadas – UPA Vila Almeida (112 mil hab.), UPA Universitário (114 mil hab.) e CRS Nova Bahia (121 mil hab.) –, que atendem à população de bairros em torno e à demanda flutuante, realizaram nos 11 primeiros meses de 2012: 147.801; 166.306; e 76.805 consultas médicas, respectivamente, ou seja, as UPAs desenvolveram praticamente o dobro de atividades que o CRS Nova Bahia, apesar de todas cobrirem um número de habitantes aproximadamente equivalente.

Esse maior volume de atendimento das UPAs não pode ser atribuído a uma demanda reprimida, pois ao analisarmos o volume de atendimento nas Unidades 24 horas do período de 2004 a 2011 verificamos que o total de consultas médicas no conjunto dos CRSs e das UPAs, com exceção do ano de 2004, manteve-se relativamente estável em patamar de cerca de 1 milhão de consultas. Foi nesse período que a três UPAs criadas no município entraram em funcionamento: UPA Coronel Antonino em 2007 (que não foi objeto de estudo da presente pesquisa) e UPA Universitário em 2011. Isso permite depreender que as demanda de urgências de complexidade intermediária do município já estaria com adequada cobertura antes mesmo da implementação das UPAs pelo governo federal.

Estando a demanda suficientemente atendida, pode-se depreender também por meio dos dados apresentados que estaria ocorrendo um deslocamento dos usuários dos CRSs para as UPAs na busca de atenção em unidades modernas, bem equipadas, com pessoal treinado e com maior capacidade instalada. Isso também se reflete na própria estrutura das Classificações de Risco dos casos atendidos entre as UPAs e o CRS que se assemelham, uma vez que observamos, por exemplo, alto atendimento de adultos que não são de urgência (cerca de 21,2% – UPA Vila Almeida e 20,7% – UPA Universitário), pouco inferior ao CRS estudado (26,7% – CRS Nova Bahia).

10.8 INSERÇÃO DO CRS E DAS UPAS NA RAU

As articulações previstas das UPAs/CRS com a Atenção Básica referem-se aos atendimentos de gestantes e de crianças até um ano de idade. O profissional de saúde responsável pela Classificação de Risco ao atender a essa população deve registrar em planilha os dados da gestante e da criança e encaminhar mensalmente para a Coordenadoria de Urgência, que envia para a Atenção Básica realizar a busca ativa desse paciente.

Por solicitação da Coordenadoria de Atenção Básica, todos os pacientes com suspeita de tuberculose realizam a primeira coleta de amostra de escarro na própria UPA/CRS, sendo contrarreferenciado para a UBS/UBSF mais próxima de seu domicílio, para retirar o resultado do exame e fazer a coleta da segunda amostra de escarro. Essa estratégia foi adotada com o intuito de melhorar os indicadores do Programa de Tuberculose.

Na UPA/CRS, os profissionais de saúde (assistente social, enfermeiro e médico) devem preencher um formulário de contrarreferência do paciente, para que este procure o atendimento da Atenção Básica. Nesse formulário, deve constar o resumo do atendimento com exames, procedimentos e conduta realizada, para que o profissional da Atenção Básica dê continuidade ao atendimento.

Destaca-se, ainda, a articulação com a Coordenadoria de Política Nacional de Humanização do SUS e Gestão Participativa, com o intuito de implementar e aprimorar o acolhimento, a recepção adequada e o atendimento humanizado e qualificado nos serviços de urgência.

A Coordenação de Urgência participa das reuniões mensais do Colegiado de Humanização e nesse espaço de discussões o objetivo é aprimorar a gestão da qualidade, do acesso e da integração dos serviços, focando o atendimento do paciente de acordo com o que é estabelecido na Política Nacional de Humanização.

Essa parceria tem viabilizado a implantação: do Projeto de Intervenção sobre Acolhimento nas Práticas de Saúde com os Servidores do CRS Tiradentes e da UPA Universitário; do Projeto de Intervenção junto ao Conselho Distrital Leste, com participação de representantes dos usuários, dos servidores e dos gestores a fim de iniciar o processo de reflexão sobre o Acolhimento nas unidades de saúde; do Projeto de Intervenção junto à equi-

pe da UPA Universitário, considerando o processo de mudança física do CRS Universitário para Unidade de Pronto Atendimento.

Há, também, interações pontuais com o grupo técnico de DST/Aids para o desenvolvimento de ações nas UPAs/CRS, disponibilizando testes para diagnóstico da infecção por HIV, sífilis e hepatites.

A articulação com a Atenção Hospitalar pactuada em reunião da Câmara Técnica da Rede de Atenção às Urgências, por meio de assinatura de Termo de Compromisso entre as instituições de saúde responsáveis pelo componente hospitalar da rede, definiu que a organização desse componente na Macrorregião de Campo Grande dar-se-á por meio da ampliação e da qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria GM/MS n. 2.395, de 11 de outubro de 2011, em esforço permanente para: qualificação de serviços/leitos existentes; ampliação de serviços/leitos e posterior qualificação e implementação das linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011b).

A Rede de Atenção às Urgências de Mato Grosso do Sul deverá contar com a retaguarda de leitos, por meio da ampliação e da qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, enfermarias de retaguarda de longa permanência e leitos de terapia intensiva; para a Macrorregião de Campo Grande será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, segundo a Portaria GM/MS n. 1.101/2002 (BRASIL, 2002b).

Em relação à articulação da UPA com os outros níveis de atenção, os entrevistados destacaram que os atendimentos realizados pela UPA, a partir dos encaminhamentos da Atenção Básica, eram realizados frequentemente e/ou algumas vezes e do SAMU, sempre (Tabela 9).

TABELA 9 **Articulação da UPA com outros níveis de atenção, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013***

RELAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO		COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.	
n. 28 Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	Frequência de atendimentos realizados pela UPA de pacientes formalmente referenciados pela Atenção Básica	Sempre	1	1	0
		Frequentemente	2	3	2
		Algumas vezes	1	2	4
		Raramente	2	1	0
		Nunca	0	1	0
Pertinência dos casos referenciados pela Atenção Básica		Ótima	0	0	0
		Boa	2	2	2
		Razoável	0	4	4
		Ruim	0	1	0
		Péssima	1	1	0
Frequência de atendimentos realizados pela UPA de pacientes trazidos pelo SAMU		Sempre	3	6	4
		Frequentemente	0	2	1
		Algumas vezes	0	0	1
		Raramente	0	0	0
		Nunca	0	0	0

* PERMITIDO ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA.

Quanto aos serviços que a UPA referencia, os mais citados foram as unidades de Atenção Básica, outras unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares (Tabela 10).

TABELA 10 **Serviços disponíveis para referência assistencial, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013***

SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA REFERÊNCIA ASSISTENCIAL	COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Unidades de Atenção Básica/Equipes de Saúde da Família	3	8	3
Ambulatórios de especialidades médicas	0	3	1
Ambulatórios de especialidades não médicas	0	1	1
Outras unidades de pronto atendimento	3	5	2
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	0	0	1
Emergências hospitalares	3	6	5
Leitos hospitalares	1	5	1
Unidades de Terapia Intensiva	1	1	1

* PERMITIDO ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA.

Quando da necessidade de encaminhamento da UPA para outros serviços, as emergências hospitalares e os leitos hospitalares foram os mais bem avaliados pelos entrevistados (Tabela 11).

TABELA 11 **Avaliação dos serviços disponíveis para referência assistencial, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013**

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA REFERÊNCIA ASSISTENCIAL		COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Unidades Básicas de Saúde	Ótima	0	0	0
	Boa	0	2	0
	Razoável	3	2	3
	Ruim	0	3	1
	Péssima	0	1	2
	Não sabe	0	0	0
Ambulatórios especializados médicos	Ótima	0	0	0
	Boa	0	1	0
	Razoável	0	1	2
	Ruim	0	2	2
	Péssima	0	2	2
	Não sabe	3	2	0
SADT	Ótima	0	0	0
	Boa	0	1	1
	Razoável	0	1	1
	Ruim	0	3	4
	Péssima	0	1	0
	Não sabe	3	2	0

n. 28
 Rede de Atenção
 às Urgências e
 Emergências: Avaliação
 da Implantação e
 do Desempenho das
 Unidades de Pronto
 Atendimento (UPAs)

Emergências hospitalares	Ótima	0	2	2
	Boa	1	4	1
	Razoável	2	2	3
	Ruim	0	0	0
	Péssima	0	0	0
	Não Sabe	0	0	0
Leitos hospitalares	Ótima	1	1	0
	Boa	0	3	0
	Razoável	0	1	5
	Ruim	0	0	1
	Péssima	0	1	0
	Não sabe	2	2	0
UTI	Ótima	0	1	0
	Boa	0	2	0
	Razoável	0	1	2
	Ruim	0	0	3
	Péssima	1	2	1
	Não sabe	2	2	0

Para a UPA, os meios mais frequentemente utilizados para referenciamento nos níveis de atenção são formulário, seguido da central de regulação (Tabela 12).

TABELA 12 **Meio mais frequentemente utilizado para referenciamento nos níveis de atenção, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013**

CONTRARREFERÊNCIA		COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Atenção Básica	Contato pessoal	0	3	0
	Formulário/folha para encaminhamento formal de pacientes	1	4	3
	Outros	2	1	1
	Não encaminha	0	0	2
Serviços ambulatoriais especializados (médicos e não)	Contato pessoal	0	1	0
	Formulário para encaminhamento formal de pacientes	0	2	1
	Central de regulação	2	2	1
	Não encaminha	1	3	4
SADT	Contato pessoal	0	1	0
	Formulário/folha para encaminhamento formal de pacientes	0	3	2
	Central de regulação	0	3	1
	Não encaminha pacientes para serviços de apoio diagnóstico e terapêutico	3	1	3
Hospitais	Contato pessoal	0	1	0
	Formulário/folha para encaminhamento formal de pacientes	0	0	1
	Central de regulação	3	3	2
	Serviço Móvel de Urgência	0	4	3

Quanto às razões para a permanência do usuário por mais de 24 horas na UPA, houve predomínio da inexistência de vagas, seguido da deficiência de transporte adequado (Tabela 13).

TABELA 13 **Razões para a permanência do usuário por mais de 24 horas na UPA, segundo coordenador, enfermeiro e médico, Campo Grande, 2013**

RAZÕES PARA A PERMANÊNCIA DO USUÁRIO POR MAIS DE 24 HORAS	COORDENADOR N.	ENFERMEIRO N.	MÉDICO N.
Inexistência de vagas	2	8	6
Deficiência de transporte adequado	1	3	3
Deficiência de mecanismos formais e encaminhamento	0	0	0
Não sabe	1	0	0

* PERMITIDO ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA.

10.9 ENTRAVES E FACILITADORES DO DESEMPENHO DO CRS E DAS UPAS

A partir da pesquisa foi possível identificar aspectos que contribuíram para a melhoria da atenção às urgências e emergências com a implantação das UPAs em Mato Grosso do Sul, entre eles:

1. possibilitou ampliar a capacidade instalada, proporcionando maior número de atendimentos, otimizando e aprimorando os encaminhamentos para os serviços de prontos-socorros e os hospitais;
2. permitiu a oferta de atendimento aos usuários nos horários em que os serviços da Atenção Básica não estão disponíveis;
3. oportunizou a melhoria qualitativa do atendimento com os serviços obrigatoriamente especializados em urgência e emergência exigidos pela regulamentação existente, o que não se restringiu apenas às UPAs, pois foi estendido às demais unidades da rede;
4. desenvolveu capacitações para os profissionais da Atenção Básica para o acolhimento dos casos de urgência e emergência e capacitação em reanimação cardiorrespiratória para recepcionistas, guarda-patrimoniais e técnicos de enfermagem;

5. induziu a definição das articulações, as relações e a definição de todos os pontos da rede de urgência e emergência do município e da região de Campo Grande e Corumbá; e

6. à medida que novas UPAs forem credenciadas, o município será contemplado com recursos de custeio regulares que se reverterão em benefícios adicionais às urgências e emergências do município.

Quanto aos entraves para implantação das UPAs, pode-se destacar:

1. rigidez da concepção proposta na portaria do Ministério, visto que só previa a construção de unidades novas, impossibilitando o aproveitamento da estrutura já existente dos CRSs, que cumpriam satisfatoriamente o papel de nível intermediário entre Atenção Básica e média e alta complexidade, além do atendimento das urgências e emergências de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e a hospitalar, embora sem o grau de especialização exigido pela Política Nacional de Atenção às Urgências;

2. recursos financeiros insuficientes para a implantação total das UPAs, retardando a construção e a aquisição de equipamentos em razão da necessidade de viabilizar, liberar e aplicar os recursos adicionais;

3. custos elevados para aquisição e manutenção dos equipamentos que ficaram sob a responsabilidade dos municípios;

4. dificuldades de cumprir todas as exigências estabelecidas pelo governo federal, entre as quais a de completar as escalas de profissionais para atuarem nas UPAs, o que impede o início do funcionamento das unidades; e

5. dificuldade de levar em consideração as particularidades orçamentárias, financeiras e políticas locais que influenciam o financiamento, a instalação e o funcionamento das UPAs e que comprometem a capacidade de cumprir a finalidade e os objetivos da Pnau e os compromissos assumidos com o estado e o governo federal.

10.10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estado de Mato Grosso do Sul, que tem demonstrado o seu protagonismo na implementação das políticas e das estratégias estabelecidas pelo governo federal na organização e no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, também está mantendo essa dinâmica na implementação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências para todas

as macrorregiões do estado. A existência de ambiente político favorável à implementação das políticas federais do setor saúde, de convergência política com os princípios do SUS e de capacidade técnica e gerencial dos responsáveis pelo setor saúde têm contribuído e alavancado esse desenvolvimento.

Esse protagonismo faz-se presente a partir e, principalmente, de Campo Grande, na condição de capital do estado, de forma que no momento da implementação das UPAs o município já dispunha de uma rede de unidades de saúde com funcionamento 24 horas. Apesar de esses Centros Regionais de Saúde terem como atividade central o atendimento de urgências e emergências, a sua finalidade era mais abrangente, pois foram concebidos para se constituírem em nível de referência entre a Atenção Básica e a atenção de média e alta complexidade para aqueles serviços que estivessem disponíveis e não fossem garantidos na Atenção Básica. Necessidades essas crescentes na medida em que o avanço da Estratégia Saúde da Família implica a diminuição da oferta das consultas médicas nas especialidades básicas. E essa forma de organização constitui um avanço no sentido de cobrir uma necessidade existente de atenção à saúde que não estaria devidamente coberta em uma estruturação com base em divisão estrita entre Atenção Básica e média e alta complexidade.

A implementação das UPAs possui normatização que busca otimizar os resultados da atenção às urgências e emergências e que foi estabelecida de forma pouco flexível e com requisitos predefinidos. Essa rigidez, além de dificultar a sua adequação às particularidades locais, princípio caro ao SUS, pode comprometer a viabilidade de implantação de uma UPA, ou a sua capacidade de subsistir ou mesmo de cumprir com a sua finalidade, como foi possível observar em alguns casos em Mato Grosso do Sul.

Nessas condições, a implantação das UPAs em Campo Grande está sendo feita por meio da construção de novas unidades em substituição aos antigos CRSs, implicando, portanto, a perda gradativa de um nível de referência criado para o sistema municipal de saúde para cobrir necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e a média e alta complexidade.

Tendo em vista a preexistência de uma rede de CRSs com atendimento às urgências, pôde-se observar que mesmo com o início do funcionamento das UPAs, o número total de atendimentos permaneceu estável, indicando que a rede de CRS implantada estaria dando conta da demanda existente.

Se em termos quantitativos a atenção às urgências e emergências estaria suficientemente coberta, cabe ressaltar a qualidade da atenção prestada nas UPAs que são estabelecimentos especializados, criados especificamente para esse fim e com infraestrutura física, material e de recursos humanos apropriada. Na busca de melhoria permanente na atenção prestada à população, caberia, em Campo Grande, estudar efeitos qualitativos que o atendimento mais especializado das UPAs estaria propiciando à população usuária desses serviços.

10.11 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. 2013. Acesso em: < http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Disponível em: 10 mar. 2013.

_____. _____. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regula a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. _____. Portaria n. 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). 2011b. **Diário Oficial da União**, DF, 13 out. 2011. p. 79.

_____. _____. **Portaria n. 1.020, de 13 de maio de 2009**. Estabelece diretriz para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. _____. Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002a. p. 32.

_____. _____. **Portaria GM/MS n. 1.101/2002**. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Urgência e Emergência 2011-2013**. Campo Grande, 2012, p. 110.

_____. _____. **Plano Municipal de Saúde 2011-2013**. 2009a. Disponível em: <http://www.pmcg.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=3499>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Resolução n. 87, de 3 de agosto de 2009. Aprova o protocolo de Classificação de Risco nos centros regionais de saúde e unidades de pronto atendimento, da rede municipal de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial de Campo Grande**, ago. 2009b. p. 4.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução n. 59, de 27 de junho de 2012. Aprova as alterações no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Mato Grosso do Sul que será composta por quatro macrorregiões de saúde. **Diário Oficial do Estado**, Campo Grande, MS, 29 jun. 2012 (2012a), p. 14.

_____. _____. Resolução n. 73, de 24 de julho de 2012. Aprova o Plano de ação regional da rede de atenção às urgências das Macrorregiões de Campo Grande e Corumbá. **Diário Oficial do Estado**, Campo Grande, MS, 17 ago. 2012 (2012b). p. 4.

_____. _____. Resolução n. 79, de 21 de agosto de 2012. Aprova o Plano de ação regional da rede de atenção às urgências das Macrorregiões de Dourados. **Diário Oficial do Estado**, Campo Grande, MS, 23 ago. 2012 (2012c). p. 5.

_____. _____. Resolução n. 84, de 27 de agosto de 2012. Aprova o Plano de ação regional da rede de atenção às urgências das Macrorregiões de Três Lagoas. **Diário Oficial do Estado**, Campo Grande, MS, 29 ago. 2012 (2012d). p.

_____. _____. **Plano estadual de saúde de Mato Grosso do Sul 2008/2011**. 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=135233>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS
que integram o Programa de Informação e Apoio Técnico às
Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores

n. 28
*Rede de Atenção
às Urgências e
Emergências: Avaliação
da Implantação e
do Desempenho das
Unidades de Pronto
Atendimento (UPAs)*

2013 – CONASS DOCUMENTA 27
Seminário Internacional
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social

2013 – CONASS DOCUMENTA 26
A Lei N. 141/2012 e os Fundos de Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 25
1ª Mostra Nacional de Experiências:
o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 24
Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23
Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19
O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18
As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15
Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

- 2007 – CONASS DOCUMENTA 13
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007
- 2006 – CONASS DOCUMENTA 12
Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil
- 2006 – CONASS DOCUMENTA 11
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006
- 2005 – CONASS DOCUMENTA 10
I Encontro do CONASS para Troca de Experiências
- 2005 – CONASS DOCUMENTA 9
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde
- 2005 – CONASS DOCUMENTA 8
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005
- 2004 – CONASS DOCUMENTA 7
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária
- 2004 – CONASS DOCUMENTA 6
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS
- 2004 – CONASS DOCUMENTA 5
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional
- 2004 – CONASS DOCUMENTA 4
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS
- 2004 – CONASS DOCUMENTA 3
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional
- 2004 – CONASS DOCUMENTA 2
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos
- 2004 – CONASS DOCUMENTA 1
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia ao reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta* está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir periodicidade definida, aborda diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas, a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita melhor contraste e fidelidade de cor.
