

DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA), NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL.

DISTRIBUTION OF EMERGENCY CARE UNITS (ECU), IN THE NORTHEASTERN REGION OF THE BRAZIL.

JESSICA SILVA DA SILVA

Graduada em Enfermagem. Pós-graduada em Urgência, Emergência e UTI, pela Faculdade Hélio Rocha. E-mail: jessica_enfa@yahoo.com.br

ENIEL DO ESPÍRITO SANTO

Doutor e Pós-doutor em Educação. Professor universitário e coordenador da Pós-graduação Hélio Rocha – Polo Iguatemi. E-mail: enielsanto@gmail.com

TARCIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Mestre em Saúde Coletiva. Docente na Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia e na Faculdade Maurício de Nassau; professor *Ad hoc* na Pós-graduação Hélio Rocha. E-mail: tarciodealmeida@hotmail.com

Resumo

O serviço de urgência e emergência de grande parte dos hospitais públicos brasileiro é deficiente e não atende com qualidade a demanda da população. Para atendimentos de urgência e servindo de apoio para o Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as UPA foram criadas e compõem a Rede de atenção às urgências, sendo também elo entre a atenção básica e as urgências hospitalares. Considerando essa problemática, este artigo tem como objetivos analisar a distribuição das UPA na região Nordeste do Brasil, considerando a população dessa região; identificar o quantitativo de UPA entre os estados e capitais desta região. Trata-se de um estudo do tipo ecológico de tendência, retrospectivo, descritivo, quantitativo, sendo a coleta ocorrida entre período dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, utilizando como fonte de base de dados o DATASUS, a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram tabulados e calculadas frequências absolutas do número de UPA por região e de cada capital nordestina. Os resultados apontam que existe uma tendência no sentido de aumento do número de UPA com o maior número populacional; entretanto, ao fazer a correlação da população com a quantidade de UPA existente, observou-se que o número é insuficiente para a demanda. Assim ficou evidente a necessidade de investimentos dos órgãos públicos de saúde na estruturação e (re)implantação de novas UPA, com Políticas voltadas de fato para as necessidades da população; sendo necessário, para isto, mudanças no modelo hospitalocêntrico ainda predominante.

Palavras-chave: Serviços de atendimento de emergência. Pronto-socorro. Avaliação em saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract

The emergency and emergency service of most Brazilian public hospitals is deficient and does not meet the population's demand with quality. For urgent care and serving as support for SAME, the PAUs were created and make up the Emergency Care Network, which is also a link

between basic care and hospital emergencies. Considering this problem, this article aims to analyze the distribution of PAU in the Northeast region of Brazil, considering the population of this region; to identify the quantity of UPA among the states and capitals of this region. It is a study of the ecological type of trend, retrospective, descriptive, quantitative, being the collection occurred between December 2016 and February 2017, using as base source DATASUS, Strategic Management Support Room (SAGE) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The data were tabulated and calculated absolute frequencies of the number of UPA per region and the Northeastern capital. The results indicate that there is a trend towards an increase in the number of UPAs with the largest population; however, when correlating the population with the amount of UPA, it was observed that the number is insufficient for the demand. Thus, it was evident the need for investments by public health agencies in the structuring and implementation of new PAUs, with policies focused on the needs of the population, since our predominant model is hospital-centered.

Keywords: Emergency health services; emergency care units; Northeast region; SUS

INTRODUÇÃO

Ao analisar a situação atual de saúde, nota-se que o serviço de urgência e emergência - de grande parte dos hospitais públicos brasileiros - é deficiente e não consegue atender com qualidade a demanda da população, prolongando o tempo de espera nas filas e gerando corredores aglomerados (PAIM et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013).

Baseado nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) regulamentou, em 2006 e atualizou em 2011, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que se baseou nos projetos de humanização, organização das redes assistenciais, estratégias promocionais, regionalização médica de urgências e na qualificação e educação permanente. Já em 2015, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) visando a oferecer, de forma ágil e adequada, o acesso humanizado aos serviços de atendimento em urgência e emergência (PORTAL DA SAUDE, 2012; BRASIL, 2014).

Um dos componentes das RAUE são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), definidas como um nível intermediário de atenção, servindo de elo entre a atenção básica e hospitalar, criada com objetivo de gerar resposta ágil aos principais problemas de saúde agudos e crônicos agudizados. O seu funcionamento deve ser contínuo nas 24 horas do dia e durante os sete dias

da semana, incluindo feriados e pontos facultativos. A equipe deve ser multiprofissional e adequada de acordo com o porte da unidade (BRASIL, 2013).

Em se tratando de organização das UPA, o atendimento é sustentado no modelo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), considerando os protocolos adaptados do Ministério da Saúde para a realidade de cada local. O ato de acolher envolve tecnologias leves, em destaque o vínculo profissional-serviço-usuário, sendo realizado por um profissional de saúde de nível superior, cujo objetivo é priorizar a assistência baseado na necessidade evidenciada pelo usuário (DURO et al., 2014).

Assim, como muitos problemas de saúde identificados no ACCR poderiam ser resolvidos na Atenção Primária a Saúde (APS), e sendo que nas UPA o atendimento é de demanda espontânea e não requerer agendamento prévio, essas unidades acabam sendo a primeira opção, gerando uma sobrecarga também na média complexidade. Estudiosos da área e pesquisadores do sistema público de saúde apontam que tem de haver um sistema de saúde com melhor organização em Redes de Atenção, ou seja, os três níveis de atenção devem se comunicar entre si, e os usuários deveriam ser encaminhados às unidades que mais se adequem às respectivas queixas e aos problemas de saúde, seja sensível à APS, seja no âmbito das UPA (CACCIA-BAVA et al., 2011; MENDES, 2011).

Nos aspectos relativos aos entes responsáveis para pleno funcionamento das UPAS, ações conjuntas de aglutinação de recursos entre Municípios, Governos Estaduais e União vêm oportunizando a construção e o funcionamento de inúmeras UPA, no Brasil. De acordo com a Portaria MS/GM n.º 342/2013, para construção ou ampliação de uma UPA é necessário determinar o porte (I, II ou III) adequado para a localidade, de acordo com a população abrangente, área física mínima necessária, o número de atendimentos médico e de profissionais médicos nas 24 horas, e o número de leitos mínimos para observação.

Quanto ao funcionamento e à distribuição das UPA pelo Brasil, nenhum estudo foi encontrado nas bases de dados Bireme e Scielo relativos ao objeto desse artigo. O que nos motiva pesquisar sobre a distribuição das UPA na região nordeste do país, com intuito de preencher parte da coluna do conhecimento sobre essas unidades de saúde. A escolha pela região nordeste justifica-se por ser uma área com maiores índices de desigualdades sociais e de acesso às ações e aos serviços de saúde.

Desse modo, este trabalho possui a seguinte questão norteadora: como se conforma a distribuição das UPA na região nordeste do Brasil? Para responder a essa pergunta, traçamos como objetivo geral analisar a distribuição das UPA na região nordeste do Brasil, considerando a população dessa região; e como objetivos específicos identificar o quantitativo das UPA entre os estados e capitais da região nordeste e apontar se a quantidade de UPA implantada é suficiente para o total de pessoas que habitam essa região.

Linha do tempo das UPA no Brasil

A Rede de urgências e emergências compõe um item importante no cenário da saúde brasileira, a qual apresenta um perfil epidemiológico da população em transição, tornando necessário haver um serviço de intermediação entre o setor hospitalar e a rede básica, no qual esteja apto para assegurar um fluxo de atendimento para situações de reanimação e estabilização dos pacientes graves e agudos não graves (BRASIL, 2003).

Em 05 de novembro de 2002, a portaria 2.048/GM/MS estabeleceu a regulamentação técnica dos sistemas estaduais de urgência e emergência, baseado na crescente necessidade da população em possuir um serviço estruturado, com acolhimento e que contribuísse para reduzir a sobrecarga enfrentada pelos serviços de emergências hospitalares.

Essa portaria estabeleceu os princípios e as diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, as normas e os critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços; determinou às

Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas; e estabeleceu prazo de dois anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), em 2003, teve como referência aquele dispositivo normativo de 2002, cuja finalidade foi complementar a rede de urgência e emergência no Brasil. O atendimento aos serviços de saúde ficou dividido entre os níveis de atenção, sendo a atenção primária formada pelas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família; o nível intermediário composto pelo SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e pelos serviços ambulatoriais; a assistência de alta densidade tecnológica, não sendo estritamente a única de alta complexidade, é realizada na Rede hospitalar (BRASIL, 2003; KONDER, 2015).

Até 2009, o SAMU manteve-se como prioridade do governo, quando a partir daí as UPA tiveram suas diretrizes mais difundidas e com determinações que passaram a ser item da prioridade do componente pré-hospitalar fixo para ajustar a atenção às urgências, conforme estabelecidas na PNAU (DOURADO, 2013).

As UPA 24h exercem um elo entre as Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as emergências hospitalares; serve como porta de entrada aos serviços de urgência; deve funcionar de maneira ininterrupta, através de uma Rede organizada com pactos e fluxos previamente definidos; e têm como finalidade assegurar ao usuário o atendimento com acolhimento e baseado no seu estado clínico, bem como ser de contra referência para os demais níveis de atenção à saúde, garantindo assim a integralidade e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011, 2012, 2013, 2014).

De acordo com a Portaria 1.601/GM/MS, de 07 de julho de 2011, as UPA devem ser inseridas em regiões devidamente planejadas e articuladas com a

rede de atenção as urgências, seguindo os critérios de acolhimento com classificação de risco, e suas atividades devem estar incluídas no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção as Urgências (BRASIL, 2011).

No ano de 2012, os gastos para construção e ampliação das UPA 24hs foram estabelecidos, bem como investimento para compra de equipamentos e mobiliários hospitalares, através das portarias 1.171 GM/MS e 1.277 GM/MS. No aspecto estrutura física, cada unidade deve conter recepção, consultório de clinica médica e pediatria, leitos de observação para adultos e crianças, sala de medicação, sala de estabilização, além de possuir atendimento de laboratório e raio-x. No aspecto técnico, as equipes são compostas por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e de radiologia, assistentes sociais, e os protocolos são peças fundamentais para organizar o modelo assistencial para atendimento (GEPRON, 2011).

Em 2013, através da portaria 342/GM/MS, houve aumento no aporte financeiro para implantação e ampliação de UPA, por meio da PNAU, o que é facilmente verificado na tabela 1. Essa medida indica que o governo vem viabilizando a construção de mais unidades e corrigindo paulatinamente o déficit de investimento na média complexidade no SUS.

Tabela 1. Incentivos financeiros do governo federal, segundo UPA e ano (2012 e 2013), Brasil.

UPA nova	Antigo incentivo financeiro (2012)	Novo incentivo financeiro (2013)
Porte I	R\$ 1.400.000,00	R\$ 2.200.000,00
Porte II	R\$ 2.000.000,00	R\$ 3.100.000,00
Porte III	R\$ 2.600.000,00	R\$ 4.000.000,00
Total	R\$ 6.000.000,00	R\$ 9.300.000,00

Fonte: Os autores

Entretanto, em 2014, a portaria 104/GM/MS redefiniu as diretrizes elencadas na portaria 342/GM/MS, alterando o incentivo financeiro de custeio mensal para a implantação das novas UPA 24h e das UPA ampliadas, bem como a definição dos portes I,II e III das unidades 24h. Através dela ficou estabelecido que o número de atendimentos médico nas 24 horas e a quantidade de profissionais médicos por turno de plantão, nas UPA porte I passou de dois médicos por plantão de 24 horas para quatro médicos, divididos em dois profissionais por plantão de 12 horas; as UPA porte II reduziu a quantidade de atendimentos nas 24 horas de 300 pacientes para 250 e o número de profissionais médicos passando de quatro para seis, dividido em quatro para o período diurno de 07h às 19h e dois no período noturno de 19h às 7h; e as UPA porte III reduziu de 450 para 350 atendimento nas 24hs, e o número de profissionais médicos passou de seis para nove, sendo seis no período de 07h às 19h e três no período de 19h às 7h.

Diante do que foi apresentado, nota-se que, no período 2002 a 2014, algumas mudanças ocorreram, com relação ao funcionamento e aos investimentos das UPA 24h; sobretudo, na readequação da relação número de médicos por pacientes/dia. No aspecto integrativo e estratégico, as UPA estão na linha de frente da atenção de média complexidade; articuladas, por meio da PNAU, em Rede com o SAMU, a atenção primária e o nível hospitalar - componentes estratégicos da Rede de atenção à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico de tendência, retrospectivo, de natureza quantitativa, quando realizada comparação do total de pessoas que habitam as capitais e os estados da região nordeste com o total de UPA implantada (um indicador de estrutura), no período de um ano, sendo para este estudo o período de janeiro a dezembro de 2016, observando particularmente a tendência semestral. Semelhante tipo de estudo na área de saúde é definido por Almeida-Filho, Barreto (2014, p. 180), como “os estudos

ecológicos de tendência têm por objetivo comparar determinada população geograficamente definida com um indicador de saúde, através do tempo”.

Para esta pesquisa, definimos como elementos necessários para análise 56.915.936 pessoas, correspondente a população total do nordeste, e dos estados e das capitais o total de pessoas que segue na tabela abaixo.

Tabela 2. **Dados da população estimada para 2016 dos estados e capitais do Nordeste, segundo IBGE.**

Estados do nordeste	População estimada/2016	Capitais do nordeste	População estimada/2016
Sergipe	2.265.779	Aracaju	641.523
Piauí	3.212.180	Teresina	847.430
Alagoas	3.358.963	Maceió	1.021.709
Rio Grande do Norte	3.474.998	Natal	877.662
Paraíba	3.999.415	João Pessoa	801.718
Maranhão	6.954.036	São Luiz	1.082.935
Ceará	8.963.663	Fortaleza	2.609.716
Pernambuco	9.410.336	Recife	1.625.583
Bahia	15.276.566	Salvador	2.938.092
Total	56.915.936	Total	11.364.516

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016.

Os sujeitos pertencentes ao estudo são as pessoas que compõem a população da região nordeste, segundo dados secundários e número estimado de pessoas para 2016, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados foram coletados no período dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, por meio de um formulário para coleta, sendo extraídos os principais dados da base de dados do DATASUS e da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) no que diz respeito ao número de UPA, já para os dados de população utilizamos as bases de dados do IBGE.

Após a coleta, os dados foram organizados e tabulados no Excel for Windows, do qual foram elaboradas tabelas sobre dados populacionais dos

estados e das capitais (tabela 2), quantidade de UPA em funcionamento de acordo com o porte em cada estado do nordeste (tabela 3), população estimada para 2016 e o número de UPA em cada macrorregião do Brasil (quadro 1), população estimada e o número de UPA por semestre do ano de 2016 para cada estado do nordeste (quadro 2), quantidade de UPA existente por semestre, nas capitais da região nordeste (quadro 3). Para subsidiar nossa análise, buscamos artigos na literatura nacional para efeito de comparação da tendência de número de UPA em outros estados e capitais do país. Cabe ratificar que poucos estudos se debruçam nessa temática, sendo um limite desta pesquisa.

Considerando que este trabalho não envolveu pesquisa direta com seres humanos, não foi necessário submetê-lo ao comitê de ética em pesquisa (CEP), conforme a resolução 466/12, pois os dados utilizados foram encontrados nos sistemas de informação DATASUS, SAGE e IBGE.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com o DATASUS – Sistema de Informação do SUS, atualmente, o Brasil conta com um total de 884 UPA, distribuídas entre as cinco regiões: Norte – 57; Nordeste – 203; Centro-oeste – 67; Sudeste – 413; Sul – 144. No entanto, o Ministério da Saúde tem registrado outro cenário, a saber, 520 unidades estão funcionando, ou seja, 58,8% do total registrado naquele sistema de informação; 165 estão sem funcionar e 275 estão em fase de construção (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017). Infere-se, assim, que há divergência nas informações entre o registrado e o fato concreto, o que dificulta uma análise fidedigna dos dados levantados.

Dando seguimento à análise, ao verificar ainda a quantidade de UPA distribuída em todo Brasil, de acordo com cada macrorregião (tabela 2), nota-se que existe uma quantidade maior no Sudeste em virtude, provavelmente, da sua população ou de maior interesse de implantação dessas unidades pelos gestores; já as regiões Nordeste e Sul ocupam,

respectivamente, a segunda e a terceira posição no que se refere à quantidade de unidades. Entretanto, o que nos chama a atenção, também, é a impossibilidade de identificar se o que está implantado obedece aos critérios definidos pela Portaria 104/GM/MS, relativa ao porte, uma vez que não consta tipo de UPA no DATASUS. Para ratificar, no entanto, o implantado de fato e o informado no sistema DATASUS, ou incorpora-se tal informação a esse sistema, ou realiza-se avaliação *in loco* nas unidades.

Para suprir, de todo modo, essa lacuna entre o registrado e o real/de fato implantado, procuramos correlacionar o total populacional por região com a quantidade de UPA em funcionamento, segundo o comportamento semestral. Nota-se, numa análise de todas as regiões (206.081.362,00 habitantes/520 UPA – dado concreto) relação de 396.310 hab./UPA, o que indica quantidade de UPA insuficiente para a demanda, sobretudo, ao considerar se há apenas UPA do porte III, pois a portaria 104/2014 do MS estabelece limite de até 300.000 habitantes/UPA, e se for porte I ou mesmo porte II, a situação fica ainda pior, já que o limite máximo de cobertura é de 100.000 e 200.000 hab./UPA, respectivamente. Na região Nordeste, a qual merece destaque por ser objeto deste estudo, a relação fica mais confortável se houver apenas UPA porte III, não sendo a mesma coisa, entretanto, se só existir UPA de porte I e II.

Enfim, numa análise final, considerando essas regiões, observa-se que quanto maior a população maior o número de UPA (quadro 1), entretanto, a região Centro-oeste, a qual possui menor número populacional, apresenta-se com quantidade maior de UPA (67 unidades) do que a região Norte (57 unidades), o que pode indicar menor investimento na região Norte, uma das mais pobres e mais carentes de Políticas públicas.

Partindo, agora, para uma análise da tendência semestral, de janeiro a dezembro de 2016, houve um aumento significativo da quantidade de UPA, principalmente nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, as quais aumentaram 40, 23 e 18 unidades, respectivamente. Neste sentido, verifica-se, assim, certa

tendência voltada para o aumento do número de UPA em regiões com maior número populacional.

Quadro 1. **Números absolutos de população e de UPA implantadas, segundo região e tendência semestral, Brasil, 2016.**

Região	População estimada/2016	Número de UPA			População / nº UPA
		Jan /2016	<u>Jun</u> /2016	Dez /2016	
Norte	17.707.783	51	53	57	310.663,86
Nordeste	56.915.936	163	186	203	280.374,069
Centro-oeste	15.660.988	57	63	67	233.746,09
Sudeste	86.356.922	390	398	413	209.096,663
Sul	29.439.773	126	138	144	204.442,868

Fonte: IBGE e DATASUS, 2016.

Após analisar a tendência de implantação de UPA por regiões do Brasil, as análises que seguem tratam, especificamente, da distribuição de UPA por estados e pelas capitais da região Nordeste. Cabe ressaltar que os dados coletados na base SAGE (2017) possibilitaram identificar a implantação de UPA por porte, suprimindo a deficiência informacional do DATASUS.

Como destaque, conforme Quadro 2, o estado da Bahia foi aquele que apresentou o maior número de UPA implantada, seguido de Pernambuco, Ceará e Maranhão, respectivamente, e Sergipe é o estado que conta com o menor número; não tendo, além disto, nenhuma unidade implantada na capital do estado, em 2016 (Tabela 3). No entanto, ao se analisar o número de unidades em funcionamento, evidenciamos que em todos os estados, exceto Alagoas, há menor número de UPA funcionando em comparação ao implantado. O que indica certa preocupação com a efetividade das ações e dos serviços de saúde voltados para o atendimento de urgência e emergência, no Nordeste.

Algo muito curioso é o fato do estado da Bahia ter recebido do governo federal cerca de R\$ 96,7 milhões, para o custeio de 132 serviços hospitalares e

ambulatoriais, dentre eles, as UPA, e a quantidade de unidades em funcionamento ser pouco mais da metade do implantado até dezembro 2016, o que mais uma vez sinaliza para não manutenção desses equipamentos disponíveis para a população deste estado (VALADARES, ROCHA; AMERICO, 2017). Ainda neste estado, analisando as UPA por porte, há 17 unidades porte I, sete unidades porte II e 14 unidades porte III, e na capital, 18 unidades, ou seja, 47,4% do total no estado, concentrando quase a metade das UPA na capital.

No tocante ao evidenciado no estado de Sergipe, chama-nos a atenção que a não implantação de UPA naquele ano pode ter relação com o efetivo funcionamento da Rede de urgência articulada aos três importantes componentes e bem estruturados, quais sejam, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - considerado referência para o Brasil – o Hospital estadual de referências para as emergências e urgências e os prontos-socorros em funcionamento na capital (DEDA, 2017). Por outro lado, pode haver certa superlotação de atendimento e sobrecarga de trabalho, sobretudo, nas unidades hospitalares e nos prontos-socorros, já que há uma quantidade pequena de UPA implantada e nossa atenção à saúde ser, predominantemente, hospitalocêntrica.

Analisando os demais estados do Nordeste, em Pernambuco, o comportamento semestral do número de UPA foi muito tímido, aumentando apenas uma no primeiro semestre e quatro no segundo. Ainda sobre esse estado, ele possui a segunda maior população do Nordeste, conta com 32 UPA, mas em funcionamento apenas 19; destas, quatro de porte I, duas de porte II e 13 de porte III. Tal inexpressividade no aumento de UPA pode ser comprovada considerando que, em 2010, o estado contava com 15 unidades, houve aumento, em seis anos, de quatro unidades apenas (SILVA, 2012).

Ademais, há estados que também apresentaram insignificante aumento no comportamento semestral das UPA implantadas, quais sejam, Piauí, Alagoas, Rio Grande do Norte, Paraíba, Maranhão e Ceará.

Quadro 2. **População estimada e o número de UPA implantada, por semestre do ano de 2016, para cada estado do Nordeste.**

Local	População estimada/2016	Número de UPA Jan/2016	Número de UPA Jun/2016	Número de UPA Dez/2016
Sergipe	2.265.779	5	5	5
Piauí	3.212.180	3	3	4
Alagoas	3.358.963	8	11	12
Rio Grande do norte	3.474.998	10	13	13
Paraíba	3.999.415	16	18	18
Maranhão	6.954.036	13	15	16
Ceara	8.963.663	31	35	35
Pernambuco	9.410.336	27	28	32
Bahia	15.276.566	50	58	68
Total	56.915.936	163	186	203

Fonte: IBGE e DATASUS, 2016.

Analisando ainda a situação dos estados do Nordeste, considerando porte I, II e III da UPA, conforme Tabela 3, todos possuem UPA porte I, sendo que a Bahia é o estado que possui uma quantidade maior, 17 unidades, e Piauí e Maranhão com quantidades menores, uma unidade em cada um destes estados. Já os estados que possuem UPA porte II, evidenciamos que o Ceará possui um número maior, oito UPA, Bahia e Maranhão, sete em cada um; maioria dos estados com no máximo quatro UPA, já Sergipe e Piauí não possuem nenhuma unidade desse porte. No tocante aos estados com UPA porte III, a Bahia, o Pernambuco e o Ceará são os três estados com maior número de UPA, respectivamente, a 14, 13 e 10; já em Sergipe não há unidade desse porte, e os estados Piauí, Rio grande do Norte e Paraíba possuem penas uma unidade.

DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA), NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Tabela 3. **Quantidade de UPA em funcionamento, segundo porte e estado da Federação, Nordeste, 2016.**

Local	Nº de UPA funcionando	Porte I	Porte II	Porte III
Sergipe	04	04	00	00
Piauí	02	01	00	01
Alagoas	09	03	04	02
Rio Grande do Norte	07	02	04	01
Paraíba	11	07	03	01
Maranhão	11	01	07	03
Ceará	30	12	08	10
Pernambuco	19	04	02	13
Bahia	38	17	07	14
Total	131	51	35	45

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE, 2017.

Levando em consideração a distribuição populacional por capital e o número de UPA existente, conforme Quadro 3, nota-se que Salvador possui o maior número de UPA, 18, e Aracaju não possui nenhuma unidade instalada na sua capital. Este fato pode ser justificado por conta de Aracaju ser uma capital de menor número populacional, bem como ter uma Rede de urgência já bem distribuída na capital, como já descrito.

Com relação à tendência de implantação de UPA nas capitais, considerando o semestre de 2016, em ambos a variação de novas UPA disponibilizadas para a população não é acompanhada de mudança significativa. Fica evidente, entre as capitais analisadas, certa estagnação, não sendo implantada qualquer unidade, sobretudo, no segundo semestre, como se percebe nas capitais Aracajú, Natal, João Pessoa, São Luiz, Fortaleza e Recife.

Quadro 3. **Quantidade de UPA existente por semestre, nas capitais da região nordeste, 2016.**

Capitais	População	Número de UPA Jan/2016	Número de UPA <u>Jun/2016</u>	Número de UPA Dez/2016
Aracaju	641.523	0	0	0
Teresina	847.430	1	1	2
Maceió	1.021.709	0	1	2
Natal	877.662	2	3	3
João Pessoa	801.718	2	2	2
São Luiz	1.082,935	6	6	6
Fortaleza	2.609.716	9	11	11
Recife	1.625.583	5	5	5
Salvador	2.938.092	16	17	18

Fonte: IBGE e DATASUS, 2016.

Em última análise, embora as tabelas demonstrem que quanto maior a população maior o número de UPA, percebe-se que a quantidade ainda não mantém correspondência com aquilo que está instituído em normas do Ministério da Saúde, significando deficiência na cobertura populacional para atender a demanda; sendo nesta perspectiva, maiores investimentos por parte das esferas públicas de saúde para estruturação e para implantação de novas unidades. Estes investimentos são materializados por meio de Políticas públicas que atendam as necessidades da população, considerando o grande problema no nosso modelo de atenção à saúde de hegemonia hospitalocêntrica (Paim, 2011).

Enfim, uma evidência mais atual, divulgada pelo Ministério da Saúde (MS), neste ano de 2017, diz respeito às novas intervenções do atual governo federal no sentido de aumentar o número de unidades em funcionamento, sendo flexibilizada através da Portaria de nº 10, de 03 de janeiro de 2017.

Supostamente, a tentativa é para que novas unidades implantadas, 340 unidades previstas nessa intervenção, melhorem o atendimento da Rede de urgência do país (BRASIL, 2017). Mas, conforme evidenciamos neste estudo, a implantação de novas UPA não garante o funcionamento e a resolubilidade no setor saúde; cabendo, no entanto, avaliar melhor o Parque que já dispomos e fazer funcionar as que estão inertes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências apontadas por este estudo, em análise apenas do Nordeste, já mostra determinado panorama acerca da complexidade que é gerir um Sistema de Saúde público e universal. Tal tarefa não se concretiza com Políticas de baixo impacto na vida das pessoas, até porque intervenções reais e coerentes com as necessidades dos usuários desse sistema devem ocupar de forma irrestrita a agenda governamental.

Ficou muito evidente que a distribuição das UPA pelo Nordeste não segue necessariamente o critério definido por normas do Ministério da Saúde, uma vez que a relação população/UPA está aquém do instituído pela Portaria 104 GM/MS. Tal fato foi facilmente comprovado pelo número de UPA existente nos estados e nas capitais, e a razão calculada com a população; sendo também percebido quando verificada estagnação no aumento do número de UPA, na análise das tendências semestrais.

Quando analisado o cenário dos estados mais populosos como Bahia, Pernambuco e Ceará notou-se que eles possuem maior número de unidades, entretanto, ao considerar a população das capitais desses estados, há menor número de unidades no Recife quando comparada com a capital Fortaleza; evidenciando, assim, que essas implantações têm ocorrido nas demais cidades do estado, não sendo necessariamente nas capitais.

Por fim, identificamos alguns limites neste estudo, quais sejam, dados não compatíveis com a realidade na base de dados do DATASUS; o fato de ser estudado apenas as capitais da região Nordeste, não permitindo ampliar

o evidenciado para a realidade nacional. Isto, então, já permite que novas pesquisas sejam desenvolvidas numa perspectiva nacional e não somente em uma região. Enfim, uma avaliação situacional das UPA pode ser realizada em novos estudos, com destaque para os aspectos relativos à gestão, ao financiamento, ao modelo de atenção etc.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 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, 05 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 29 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências: SAMU 192. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 29 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.601, de 7 de julho de 2011. 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. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 07 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 07 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.820, 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 28 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.821, 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de

Pronto Atendimento (UPA 24h). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 28 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.171, de 5 de junho de 2012. **Dispõe sobre** o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 05 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.172, de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para construção e ampliação no âmbito do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 05 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.277, de 26 de junho de 2013. **Cria** incentivo financeiro de investimento destinado à aquisição de equipamentos médico-hospitalares e mobiliários pelos entes federativos para Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24hs) Novas e Ampliadas. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 26 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para UPA Nova e UPA Ampliada e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 04 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria 342. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/454-sas-raiz/dab/upa/11-upa/9667-documento-prioritario> > . Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Portal da Saúde – Ministério da Saúde. Unidade de pronto atendimento. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/454-sas-raiz/dab/upa/11-upa/9667-documento-prioritario> > . Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Decreto nº 10, de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial, Brasília, DF, 04 jan. 2017. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica – SAGE: UPA em funcionamento. Disponível em: <
http://sage.saude.gov.br/paineis/upaFuncionamento/quadro_upa.php?ufs=&ibges;=&cg;=&tc;=&re;_giao=&rm;=&q;=&ufcidade=Brasil&q=5570municípios&pop=202799518&cor=005984&output=html&title;=&porte=todos&ms=n>. Acesso em: 07 fev. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> . Acesso em: 18 jan. 2017.

CACCIA-BAVA, M. C. G. et al. Pronto atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**. v.1, n. 1, p. 347-54, 2011.

DEDA, M. Rede de Urgência e Emergência cada dia mais consolidada em Aracaju. Disponível em: < <http://www.institutomarcelodeda.com.br/rede-de-urgencia-e-emergencia-cada-dia-mais-consolidada-em-aracaju/> >. Acesso em: 15 fev. 2017.

DOURADO, E. M. R. Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências: uma proposta. 2013. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

DURO, C. L. L. M. et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista Rene**.; cidade? v. 15, n. 3, p. 447-54, 2014.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 148-156, 2013.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 238-44, 2015.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 1, n. 1, p.11-31, 2011.

PORTAL DA SAUDE (Brasília - DF). Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora. 2012. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias >. Acesso em: 20 nov. 2016.

SILVA, Geciane Soares da et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em uma região metropolitana do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [s.l.], v. 12, n. 4, p.445-458, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292012000400011> >. Acesso em: 18 dez. 2016.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Revista Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015.

VALADARES, Carolina; ROCHA, Gabriela; AMÉRICO, Carlos. Ministério da Saúde libera R\$ 96,7 milhões para 131 serviços do SUS na Bahia. Portal da saúde. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27199-ministerio-da-saude-> >. Acesso em: 18 fev. 2017.