LIZA YURIE TERUYA UCHIMURA

**Diagnóstico da integração e da adequabilidade das unidades
de pronto atendimentos (UPAs) do estado do Paraná às
redes de atenção do Sistema Único de Saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profª. Dra. Ana Luiza D'Ávila
Viana

**São Paulo
2014**

LIZA YURIE TERUYA UCHIMURA

**Diagnóstico da integração e da adequabilidade das unidades
de pronto atendimentos (UPAs) do estado do Paraná às
redes de atenção do Sistema Único de Saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profª. Dra. Ana Luiza D'Ávila
Viana

**São Paulo
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Uchimura, Liza Yurie Teruya

Diagnóstico da integração e da adequabilidade das unidades de pronto atendimento (UPAs) do estado do Paraná às redes de atenção do Sistema Único de Saúde / Liza Yurie Teruya Uchimura. -- São Paulo, 2014.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Luiza D'Ávila Viana.

Descritores: 1.Atenção secundária à saúde 2.Serviços de saúde/utilização
3.Gestão em saúde 4.Sistema único de saúde 5.Brasil

USP/FM/DBD-088/14

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Taqueco Uchimura e Nelson Uchimura, pelo exemplo de professores na vida e na docência que fizeram despertar em mim o interesse pela vida acadêmica; pelo apoio nos momentos mais difíceis da minha formação profissional e pela família estruturada que construímos.

À minha irmã, Joana, pela amizade, pela cumplicidade dos estudos do mestrado, pelo exemplo de persistência e superação demonstrando para mim como a pesquisa é importante em nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana, minha orientadora, pela confiança e oportunidade oferecida em compartilhar seus conhecimentos abrindo as portas para a gestão em saúde na minha vida.

Ao professor Dr. Hudson Pacífico da Silva pelas contribuições durante o exame de qualificação, pelo auxílio na coleta dos dados e orientações profissionais.

Aos professores Dra. Luciana Dias de Lima e Dr. Oziris Simões pelas contribuições durante o exame de qualificação.

Ao professor Dr. Nelson Ibañez pelas oportunidades em pesquisas e orientações profissionais.

Ào Dr. Guilherme de Mello pelas parcerias em pesquisas e conversas que tanto me auxiliaram na realização desta pesquisa, como na minha vida profissional.

À família Uchimura e família Teruya, pelo incentivo em seguir os caminhos dos meus pais na vida acadêmica.

Aos amigos, pela amizade e compreensão dos meus períodos de ausência nos compromissos sociais devido aos estudos.

À Andréa Tenório, Ana Fonseca, Camila Monteiro, Gina Orsorio, Marge Tenório, Mariana Albuquerque, Patrícia Albuquerque e Paulo Mota pela amizade e parceria em pesquisas ampliando o valor da saúde coletiva no meu dia-a-dia.

Às amigas, Aline Takejima, Camila Matsuda, Fabiane Osaku e Julie Del Moro, pela amizade sincera e verdadeira e apoio incondicional em todos os momentos desta etapa da minha vida.

A todas as pessoas que aceitaram participar e colaborar com as pesquisas que

subsidiaram esse trabalho, especialmente aos gestores estaduais e municipais de saúde.

À Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de realização do mestrado.

À Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão de bolsa de mestrado e apoio financeiro para a realização da pesquisa.

Aos docentes, alunos e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em especial a Sra. Lilian Prado e Sra. Marlene Goreti Sales pela eficiência e serviços prestados na administração da secretaria da pós-graduação.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Listas abreviaturas

Listas de figuras

Listas de quadros

Listas de tabelas

Resumo

Abstract

1.INTRODUÇÃO	1
2.CONTEXTUALIZAÇÃO.....	5
3.OBJETIVOS E MÉTODOS.....	20
3.1. Objetivos.....	20
i. Geral.....	20
ii. Específicos	20
3.2. Métodos	20
3.3. Análise dos Dados	24
3.4. Aspectos Éticos.....	24
4. ESTUDO DE CASO DO PARANÁ.....	26
4.1. Caracterização do Estado do Paraná	26
4.2. Regionalização da saúde no Paraná	34
5. UPAs NO PARANÁ.....	53
5.1. Características da gestão e capacidade de atendimentos das UPAs.....	53
5.2. Integração das UPAs às Redes de Atenção às Urgências	59
5.3. Perfil de risco predominante nos atendimentos das UPAs.....	65
5.4. Avaliar a adequabilidade das UPAs segundo recomendação do Ministério da Saúde	66
6. DISCUSSÃO	69
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
8. ANEXOS	87
9. REFERÊNCIAS.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CEALAG	Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão
CER	Centros de Especialidades Regionais
CES/CS	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CMUM	Centro Municipal de Urgências Médicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COMSUS	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONSAMU	SAMU regional
CRES	Centros Regionais de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

HOPSUS	Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NEPP	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAC	Pronto Atendimento Continuado
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
QUALISUS	Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências

RENAME	Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais
RM	Região Metropolitana
SADT	Serviços de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
VIGIASUS	Programa de Qualificação em Vigilância em Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das UPAs. Paraná, 2013	19
Figura 2 – Área política-administrativa do Estado do Paraná, 2013.....	27
Figura 3 – Regiões Metropolitanas do Paraná, 2013	28
Figura 4 – Taxa de urbanização segundo municípios. Paraná, 2010.	29
Figura 5 – Pirâmides etárias dos anos de 2000 e 2010 no Paraná.....	30
Figura 6 – Composição do valor adicionado. Paraná, 2010.....	31
Figura 7 – Produto Interno Bruto (PIB). Paraná, 2010	32
Figura 8 – Taxa de analfabetismo no Brasil, Região Sul e Paraná em 2011.	33
Figura 9 – Mapa das CIRs segundo grupos socioeconômicos. Paraná, 2010	36
Figura 10 – Polos Estaduais de Saúde do Estado do Paraná. Paraná, 2009.....	43
Figura 11 – Regiões de Saúde do Estado do Paraná, 2009	44
Figura 12 – Microrregiões de Saúde do Estado do Paraná, 2009.	44
Figura 13 – Componentes da Rede de Atenção à Urgências. Paraná, 2013	47
Figura 14 – Faixa etária dos coordenadores da amostra de UPAs. Paraná, 2013.....	53
Figura 15 – Motivos de implantação das UPAs. Paraná, 2013.....	56
Figura 16 – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) nas UPAs. Paraná, 2013.....	57
Figura 17 – Integração das UPAs à atenção primária e terciária à saúde. Paraná, 2013.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características das UPAs de acordo com o porte. Brasil, 2013	15
Quadro 2 – UPAs no Estado do Paraná, 2012.	18
Quadro 3 – Dados gerais no Paraná, 2013	26
Quadro 4 – População residente no Estado do Paraná entre 1970 - 2010.....	29
Quadro 5 – Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado do Paraná, 2013.	38
Quadro 6 – Cobertura dos serviços do SIATE e SAMU. Paraná, 2011.....	50
Quadro 7 – Orçamento da Rede Paraná Urgência para o ano 2013.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra de UPAs. Paraná, 2013	54
Tabela 2 – Sistemas de gerenciamento das UPAs. Paraná, 2013.....	59
Tabela 3 – Adequabilidade das UPAs. Paraná, 2013.....	67

RESUMO

Uchimura LYT. *Diagnóstico da integração e da adequabilidade das unidades de pronto atendimento (UPAs) do estado do Paraná às redes de atenção do Sistema Único de Saúde* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2014.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi criada para organizar e planejar a rede de atendimentos, ampliando o acesso e reduzindo as desigualdades responsáveis pela garantia do direito a saúde, com a integração dos níveis de atenção à saúde, como forma de organização nas urgências e emergências. Diretrizes para as organizações de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, e conceitos, atribuições e pré-requisitos foram definidos para implementação das UPAs e Salas de estabilização, em locais/unidades estratégicas para configuração dessas redes. As UPAs seriam responsáveis pelo atendimento de casos de complexidade intermediária que visavam estabelecer a relação entre a atenção primária e a atenção terciária, sendo classificadas de acordo com o porte, a capacidade física instalada, o número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar os atendimentos médicos. Este estudo objetivou analisar a integração e a adequabilidade das UPAs às redes de atenção do Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná. Trata-se de um estudo de casos do processo de construção da rede de atenção às urgências e emergências no Paraná através de entrevistas semiestruturadas realizadas em 2012 com coordenadores de uma amostra de 7 UPAs do Paraná em um universo de 14. O critério de escolha da amostra foi realizado a partir da localização, porte, tipo de gestão e abrangência regional. Os dados foram armazenados em planilha eletrônica no formato Microsoft Excel e Stata 11 e apresentados na forma de frequências absolutas e relativas. O sistema de gerenciamento das unidades de pronto-atendimento no Estado do Paraná ocorre por administração direta via município, e o financiamento das UPAs por via direta entre o Ministério da Saúde e os municípios, não havendo interlocução do governo estadual. Os mecanismos de avaliações estavam presentes em três serviços e com baixa frequência. A demanda das Unidades de Pronto-Atendimento eram maiores do que a sua capacidade. Observou-se a integração parcial das UPAs aos componentes da Rede Paraná Urgência e desigualdade organizacional e de gestão entre os serviços das regiões metropolitanas e interior. Os atendimentos de casos com risco intermediário é realizado conforme o pré-estabelecido para a atenção secundária, entretanto, o atendimento de casos de baixa complexidade em dois serviços não são realizados conforme o proposto, sugerindo desta forma possíveis falhas na atenção primária. Na amostra das UPAs do Paraná, os serviços não estavam adequados com as normativas do Ministério da Saúde conforme o respectivo porte. As UPAs necessitam estar integradas em uma política de redes de atenção em saúde para ampliar a sua resolutividade e garantir os princípios dos SUS.

Descritores: Atenção secundária à saúde; Serviços de saúde/utilização; Gestão em saúde; Sistema único de saúde; Brasil.

ABSTRACT

Uchimura LYT. *Diagnosis of the integration and adequacy of Emergency Care Units (ECU) in the state of Paraná regarding Healthcare Networks of the Brazilian Unified Health System* [dissertation]. São Paulo: “Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina”; 2014.

The National Emergency Care Policy (PNAU) was created toward organizing and planning the assistance network, expanding access and reducing inequalities that undermine the right to health, with the integration of healthcare levels as a form of organization at urgencies and emergencies. Guidelines for the organization of local and regional networks of comprehensive attention to urgencies, concepts, attributions and pre-requisites were defined for the implementation of the ECUs and stabilization rooms, at strategic locations/units for the configuration of these networks. The ECUs would be in charge of the assistance to cases of intermediate complexity that aim to establish the relationship between primary and tertiary care, being classified according to their structure, physical capacity installed, number of beds available, personnel management and daily capacity to perform medical services. The purpose of this study was to analyze the integration and adequacy of the ECUs regarding healthcare networks of the Brazilian Unified Health System in the state of Paraná. This is a case study on the construction process of the network of attention to urgencies and emergencies in Paraná, developed through semi-structured interviews conducted in 2012 with coordinators of a sample with 7 ECUs in Paraná among a total of 14. The sample was selected based on the services' location, structure, management type and regional reach. Data was stored in a spreadsheet of Microsoft Excel and Stata 11 format and presented as absolute and relative frequencies. The management system of the ECUs in Paraná is administered directly by the municipality, and the financing of the ECUs directly between the Health Ministry and the municipalities, without intervention of the state government. The mechanisms of assessment were present in three services, with low frequency. The demand of the Emergency Care Units was higher than their capacity. It was observed a partial integration of the ECUs with the components of Paraná's Emergency Network, and organizational and managerial inequality between services in metropolitan regions and towns. The assistance to cases with intermediate risks is performed according to pre-established norms for secondary care; however, the assistance to cases of low complexity in two services is not carried out in accordance with the proposal, suggesting, thus, possible failures in primary care. In the sample of Paraná's ECUs, the services did not meet the norms of the Health Ministry according to their respective structure. The ECUs need to be integrated in a healthcare network policy in order to expand their resolution ability and guarantee the principles of the Brazilian Unified Health System.

Descriptors: Secondary care; Health services/utilization; Health management; Unified health system; Brazil.

1.Introdução

O comprometimento social com a melhoria da saúde e o bem-estar das populações e comunidades proposto pelo sistema de saúde do Brasil enfrenta desafios decorrentes do envelhecimento da população, das inovações tecnológicas do setor de saúde e da procura crescente por cuidados de saúde (Rychetnik et al., 2004). Apesar das melhorias no panorama mundial, o estudo de análise sistemática em 187 países, no período de 1970 a 2010, observou que a mortalidade entre adultos variou substancialmente entre os países. Evidenciou-se risco elevado de mortalidade entre homens comparados às mulheres, detectando-se, entretanto, que em 2,5% dos países analisados esta tendência foi inversa. Segundo Rajaratnam et al. (2010) houve uma queda acentuada do índice de fertilidade global, de 5,0 filhos/mulher em 1950, para 2,5 filhos/mulher em 2009, colaborando, com o índice de mortalidade, para um aumento da idade média da população mundial.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (Pan American Health Organization, 2007) relatou o aumento da longevidade da população brasileira, confirmado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que revela um incremento de três anos na expectativa, entre os anos de 1999 e 2009, elevando a vida média dos brasileiros para 73,1 anos. As menores taxas de mortalidade são referidas para as mulheres, tendo como consequência, maiores taxas de sobrevivência com percentuais de 55,8% para mulheres com mais de 60 anos. Nesse mesmo período, a expectativa de vida feminina passou de 73,9 para 77 anos e para os homens a ascensão de 66,3 para 69,4 anos (IBGE, 2012). O Projeto Brasil 2022-2030 (2012), proposto pelo Ministério da Saúde e pela Fiocruz estima que os mais jovens

apresentarão maior participação populacional, porém com menor diferencial em relação ao segmento da população idosa. Em 2030, a expectativa de vida para homens será de 78,3 anos e para as mulheres de 81,9 anos (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

Segundo Schmidt et al. (2011), em 2007, aproximadamente, 72,0% das mortes no Brasil tiveram como causa as doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e doenças renais). Além do envelhecimento da população, foram atribuídas, como possíveis justificativas, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis: o crescimento da renda, a intensa industrialização e mecanização da produção, a urbanização, o acesso a alimentos em geral (principalmente os processados), com a globalização de hábitos não saudáveis, que produziram rápida mudança nutricional, evidenciando maior risco para o desenvolvimento das doenças crônicas. A participação das doenças cardiovasculares apresentou declínio na mortalidade por várias décadas; no entanto, elas continuam como a primeira causa de óbito e de hospitalizações no país.

Segundo o Projeto Brasil 2022-2030 (2012), é incontestável a diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis ao longo do último século, com destaque para as reduções importantes ocorridas nas doenças diarreicas preveníveis por vacinação e por infecções respiratórias em crianças. Apesar das melhorias na saúde, o Brasil ainda possui 12 doenças negligenciadas, entre as 17 da lista da Organização Mundial da Saúde (OMS), que se apresentam endêmicas no país. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) apresentou, na última década, um nível de incidência muito elevado (mais de 300.000 casos/ano), sugerindo que o país não está conseguindo diminuir o número de novos casos (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

Segundo Buss (2000), a OPAS e a OMS são taxativas ao informar que, ainda

que tais melhoras sejam incontestáveis, profundas desigualdades são visualizadas nas condições de vida e de saúde entre os países; e mais ainda entre as regiões e os grupos sociais. Referem ainda que a principal resposta social a tais problemas de saúde têm sido os investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual; ainda que estratégias factíveis como as medidas preventivas, de promoção da saúde e melhoria das condições de vida em geral, tenham sido as razões fundamentais para os avanços antes citados.

Para Ribeiro e Barata (2012), segundo a pesquisa “análise da distribuição populacional dos fatores de exposição”, a condição de saúde da população brasileira não é satisfatória; e acrescentam que o desafio é grande, pois o sistema deverá buscar a melhora do estado de saúde da população – com redução da mortalidade, diminuição da incidência de doenças – a partir do aprimoramento da qualidade dos serviços e da redução das desigualdades sociais.

A Política Nacional de Atenção a Urgência (PNAU) foi criada para organizar e planejar a rede de atendimentos, ampliando o acesso e reduzindo as desigualdades, garantindo o direito à saúde e tendo a integração dos níveis de atenção à saúde como forma de organização nas urgências e emergências. Surge para fazer frente aos efeitos da grande e crescente demanda sobre os serviços de urgências e emergências, das alterações demográficas na população brasileira e do crescente índice de atendimentos por causas externas (acidentes, violência) e doenças crônicas, (Ibañez, 2013a).

A capacidade de atendimento dos serviços de saúde não se apresenta proporcional à demanda, pois 80,0% da população brasileira utilizam o Sistema

Único de Saúde (SUS) para suprir suas necessidades médicas, sejam elas para consultas, procedimentos invasivos ou fornecimento de medicamentos (Rajaratnam et al., 2010); e, de acordo com Cecílio (1997), a maioria das pessoas sente-se insegura e abandonada, quando necessita de atendimento médico-hospitalar.

Pela construção da rede de urgências e emergências na década de 90, criação conjunta do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE) e uma regulação estadual de leitos, o Estado do Paraná se destacou no cenário nacional pela organização e planejamento pioneiro da gestão dos serviços de urgência e emergência.

Diante do exposto, este estudo objetivou analisar a integração e a adequabilidade das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) às redes de atenção do Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná.

2.Contextualização

De acordo com Lobato e Giovanella (2012), a maneira como uma sociedade define o conceito de saúde, o risco de adoecer e o processo saúde-doença é delimitada pela relação entre o sistema de saúde e a dinâmica social, através de uma visão coletiva da saúde. Entretanto, a dinâmica é constante, sempre haverá complexidade no sistema e suas funções são determinadas pelo contexto social, político e econômico da sociedade.

Para Elias e Dourado (2011), os sistemas de saúde são modelos sociais que garantem, através dos meios adequados, direitos diante dos riscos sociais à saúde; assim, devem estabelecer o acesso aos bens e serviços disponíveis para a manutenção e recuperação da saúde.

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal (1988)¹, definiu-se, como política social, o atual sistema de saúde universal e igualitário, ampliando os direitos sociais e o acesso aos serviços de saúde, através de maiores financiamentos para todo o sistema e garantindo padrões mínimos de valores de cobertura aos beneficiários (Negri Filho, 2013).

Os serviços de urgência e emergência no Brasil, orientados pelo direito à saúde, deveriam atender a todos, de acordo com as necessidades de cada um, através de um planejamento adequado e seguindo os princípios da universalidade, integralidade e igualdade. Entretanto a falta da gestão histórica demonstra realidades que desrespeitam a Constituição de 1988 (Negri Filho, 2013).

O período pós-guerra, até o início da década de 70, apresentou-se como um

¹ Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

período bastante auspicioso para a medicina hospitalar no Brasil, com a difusão do padrão de assistência à saúde, fundamentado no modelo hospitalocêntrico. Nesse período, foram inaugurados grandes hospitais públicos, como o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (1944), Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (1947), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (1955) e Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (1961) (Braga Neto et al., 2012). Acrescentam ainda que após 1976 houve um acréscimo do número de leitos hospitalares privados, consequente ao aumento de 29,5% do número de hospitais no país.

Após a criação do SUS, o incentivo municipalista do sistema de saúde estimulava a criação de hospitais de pequeno porte e com densidade tecnológica limitada; foram abertos 693 hospitais públicos, com uma média de 34,8 leitos por serviço (Braga Neto et al., 2012). Vários hospitais foram inaugurados com o intuito de suprir a demanda da população; porém, a estratégia estimulou ainda mais a procura dos pacientes por atendimento em unidades hospitalares. Assim, os hospitais continuaram sobrecarregados. Por outro lado, a escassez de políticas com foco na capacidade de resolução, voltadas para os pequenos hospitais, restringia-os a atendimentos de casos de baixa complexidade.

Estudo realizado no Hospital Municipal de Volta Redonda (RJ), no início da década de 90, demonstrou que, em sua maioria, as patologias atendidas nos serviços de pronto-atendimento foram consideradas de baixa complexidade, e que elas poderiam ser resolvidas nas Unidades Básicas de Saúde. Constatou-se ainda que a atenção primária não estava cumprindo o seu papel de porta de entrada para o sistema de saúde (Cecílio, 1997).

Em 2011, o Brasil contava com 6.384 hospitais, dos quais 69,1% eram privados; do total de leitos hospitalares nacionais, apenas 35,4% estavam no setor público (Paim et al., 2011). Segundo Ibañez (2013a), atualmente, os hospitais com 51 a 200 leitos representam 49,7% do total de leitos disponíveis; seguidos pelos hospitais acima de 200 leitos com 28,2% de disponibilidade; e dos hospitais com menos de 50 leitos, com 25,0%. O autor afirma ainda haver uma insuficiência da estrutura pública das redes de urgências que, somada às irregularidades regionais e ao porte dos hospitais, evidenciam a má distribuição na assistência hospitalar no país (Ibañez, 2013a).

Negri Filho (2013) relata que nos dias de hoje, no Brasil, há 1,8 leitos para cada 1000 habitantes no SUS; a recomendação pela OMS é que seja maior ou igual a 2,5 leitos². Além disto, o autor relata a baixa rotatividade dos leitos e a longa permanência dos pacientes crônicos internados que resultam na superlotação dos serviços de urgências hospitalares e a necessidade de organização dos serviços de acordo com a quantidade dos pacientes, horas médicas e de enfermagem contratadas. Sugere ainda a criação de leitos para pacientes agudos com período máximo de 72 horas de internação e elaboração de medidas efetivas para o manejo dos serviços de urgências.

Em 1993 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de estender a cobertura nacional de atendimento à população. Visando a promoção e a prevenção em saúde e colocando a família como foco das ações, através de uma eficiente cobertura territorial/populacional, que permitisse rápido acesso aos serviços

² O indicador de número de leitos hospitalares por 1000 habitantes mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares registrados pelo SUS e a população residente em uma área geográfica, podendo sofrer influências de fatores socioeconômicos, epidemiológicos e geográficos. Entretanto este indicador possui a limitação de excluir leitos hospitalares privados e conveniados.

disponíveis na rede de saúde. O PSF surge no bojo de um processo de descentralização do SUS e de novos fatores que se acrescentaram ao contexto social, como a reformulação do sistema federativo que, associado a várias reformas, auxiliou os municípios a cumprir suas atribuições de promoção e prevenção em saúde, através do SUS. As consequências foram importantes para a ampliação da cobertura e para a reorganização do SUS em redes, conforme determina na Constituição (Lavras, 2011; Elias e Cohn, 2003).

Desde sua criação, a Estratégia de Saúde da Família gerou inúmeras mudanças, em vários níveis do sistema de saúde – no modelo de atenção, na organização do sistema, nas modalidades de alocação dos recursos – fazendo com que ela se constituísse em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no país (Castro e Machado, 2012).

Starfield (2005) define a atenção primária à saúde (APS) como a porta de entrada do sistema, que deve atender a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa, fornecendo atenção para todas as condições, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação. A APS deve ainda organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos, como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (Pan American Health Organization, 2007). Ele afirma ainda que os sistemas integrados de saúde, com um médico generalista, devem atuar como porta de entrada obrigatória e que eles são reconhecidos como menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais (Starfield et al., 2005).

Seguindo os exemplos dos países europeus, o Brasil tem apresentado aumento nos investimentos na atenção primária, com bons resultados para a saúde pública,

comprovados por estudo, realizado em 2008, no qual 57,0% dos brasileiros citaram a atenção básica como referência de serviço de saúde rotineiro; enquanto isso, aqueles que frequentavam consultas hospitalares como referência habitual apresentavam percentuais reduzidos de 21,0% a 12,0% durante o mesmo período (Paim et al., 2011).

Para Negri Filho (2013), com a estratégia de Saúde da Família foi criada uma “falsa dicotomia” entre os serviços de urgência e a atenção primária, no qual, há uma sobrecarga de pacientes por equipes de PSF para o atendimento das queixas agudas (Negri Filho, 2013). A oferta adequada de serviços na atenção primária à saúde, de fato, é fator relevante para evitar o atendimento hospitalar para condições sensíveis à atenção ambulatorial. Mas ele acrescenta ainda, que é necessário organizar a rede de cuidados, de modo a melhorar a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (Mendes, 1999).

Estudo comparativo realizado em Nova York, nos Estados Unidos, entre os anos de 1994 e 1998, demonstrou que 75,0% dos atendimentos realizados nos setores de emergência dos hospitais foram atendimentos não urgentes ou de condições tratáveis na atenção primária por moradores sem seguros de saúde (The Commonwealth Fund, 2000).

Carret et al., (2009), em revisão sistemática de 31 estudos realizados em vários países, observaram que a prevalência do uso inadequado dos serviços de emergências apresentou variação de 20% a 40,0%. Pessoas do sexo feminino, pessoas sem co-morbidades, com baixos gastos em saúde, sem médico próprio ou fixo e que se consultavam por conta própria –, ou seja, sem encaminhamento de outros profissionais – estavam mais propensas ao uso inadequado dos serviços de

emergência, do que outras pessoas.

Em 2010, a Academy of Emergency Medicine, durante a conferência “Beyond Regionalization: Integrated Networks of Emergency Care”, definiu o conceito de atenção às urgências integradas e priorizou uma agenda de pesquisa, para o alcance de melhorias na rede de emergência nos Estados Unidos. Foram estabelecidos cinco itens para discussão do aprimoramento dos serviços de emergência no país: os indicadores fundamentais à medição das redes em todas as condições sensíveis ou não ao tempo; as redes que podem ser eficientes e criativas na escolha das melhores práticas clínicas; as possíveis consequências não intencionais de redes de cuidados de emergência (exemplos: exames médicos repetitivos ou desnecessários, transferências de pacientes para hospitais distantes das residências); o desenvolvimento de um único banco de dados da rede de urgência; e a comunicação do sistema de dados em todo o curso da doença (Glickman et al., 2010).

Arnold (1999) relatou a existência, mundialmente, de dois modelos predominantes na prestação de cuidados na emergência: o modelo anglo-americano e o modelo franco-germânico. No primeiro modelo, os pacientes de emergência são levados até os serviços de emergência por emergencistas ou paramédicos; este modelo é adotado na Austrália, Canada, China, Irlanda, Israel, Japão, Nova Zelândia, Inglaterra e Estados Unidos. O segundo modelo é o adotado na França, Alemanha, Polônia, Portugal, Rússia e Suíça, no qual os médicos são enviados ao local da emergência, e espera-se que o problema seja solucionado nesse mesmo ambiente.

Scarpelini (2007) critica o modelo franco-germânico em relação ao

atendimento de traumas, pois suas condutas precoces estão mais direcionadas a emergências clínicas; diferentemente destes, os casos de trauma têm pouca resolubilidade nos locais do primeiro atendimento, o que leva a atrasos, quando é necessário deslocar o paciente para local com maiores recursos.

O SAMU, no Brasil, segue os padrões do serviço pré-hospitalar francês, funcionando 24 horas por dia, com equipes multiprofissionais (compostas por médicos, técnicos de enfermagem e socorristas), que atendem vítimas de trauma, urgências e emergências pediátricas, ginecológicas, obstétricas e de saúde mental. Com o auxílio do Ministério da Saúde, os municípios recebem equipamentos, ambulâncias com perfil para terapia intensiva e auxílio financeiro para contratação e treinamento de médicos e enfermeiros. De acordo com o modelo proposto, as centrais de regulação realizam a triagem dos casos e avaliam o recurso pré-hospitalar mais adequado a ser encaminhado ao local do atendimento (Timerman et al., 2006).

O Ministério da Saúde iniciou a estruturação da atenção às urgências a partir de 1998, diante das deficiências do atendimento às urgências no Brasil, com dificuldades de acesso e falhas nos mecanismos de referência. Segundo Machado (2011), a construção da política de urgências no cenário nacional é delimitada em três períodos: 1998-2002, com as primeiras iniciativas da regulamentação; 2003-2008 com a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e priorização do SAMU como estratégia; e, por último, a partir do final de 2008 e até hoje, com continuidade do SAMU e a criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

A primeira fase, de 1998-2002, foi caracterizada pela elaboração de

normativas para a implantação dos sistemas estaduais para o atendimento às urgências (Portaria nº 2923/1998³) e Portaria nº 479/1999⁴). Em seguida, foi criada a primeira portaria para a atenção pré-hospitalar (Portaria nº 824/1999⁵) e estabelecidos os conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências (Portaria nº 814/2001⁶) (Machado et al., 2011).

A segunda fase (2003-2008) foi marcada pela Portaria nº 1.863⁷, que instituiu a “Política Nacional de Atenção às Urgências” (PNAU), para garantir a universalidade, equidade e integralidade dos atendimentos de urgências clínicas, cirúrgicas, ginecológicas, psiquiátricas, pediátricas e também de causas externas (em decorrência da morbimortalidade brasileira relacionada a trauma e violência); acrescentando a necessidade de organização dos serviços de urgências de forma regionalizada e hierarquizada, e destacando que a atenção secundária foi reformulada.

Em seguida, foi instituído o componente pré-hospitalar móvel da política, por intermédio dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), das

³ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 2923 de 9 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1998 15 jun; Seção 1: 44.

⁴ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 479 de 15 de abril de 1999. Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1999, 16 abr; Seção 1: 79.

⁵ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 824 de 24 de junho de 1999. Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1999, 25 jun; Seção 1: 120.

⁶ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 814 de 1 de junho de 1999. 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. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1999, 4 jun; Seção 1: 107.

⁷ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2003, 6 out; Seção 1: 56.

Centrais de Regulação (Central SAMU – 192) e seus Núcleos de Educação em Urgência em todo país. O SAMU foi selecionado como primeira estratégia de implementação da PNAU a fim de reorganizar e regular as urgências no âmbito do SUS. Desta forma, foram abertas perspectivas para a estruturação da relação entre os serviços e o planejamento dos fluxos dos pacientes na rede de atenção as urgências (O'Dwyer, 2010).

Para reforçar o caráter sistêmico e garantir a integralidade dos atendimentos de urgência foi instituído, pela Portaria nº 3125/2006a⁸, o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência – QUALISUS, que buscou a qualificação da atenção no âmbito das urgências, dando ênfase a dispositivos como classificação de risco e acolhimento. Identificou-se a necessidade dos comitês gestores e dos complexos reguladores, a fim de garantir a integração, articulação e a pactuação de responsabilidades, enfatizando os espaços acolhedores como fundamentais para o processo de trabalho, reforçando a questão da educação permanente e da qualificação dos trabalhadores (Konder, 2013).

De acordo com Machado (2011), em 2008, os SAMUs regionais eram a maioria, em relação aos municipais, devido ao princípio de maior adesão dos grandes centros urbanos. Em 2009, a estratégia pré-hospitalar móvel tinha como população de abrangência mais de 100 milhões de pessoas, ou seja, mais da metade da população brasileira residente em apenas 20,5% dos municípios do país. Para Dourado (2013), apesar da expansão do SAMU no território nacional, com altas

⁸ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 3125 de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2006a, 11 out; Seção 1: 113-4.

coberturas territoriais, os demais componentes da PNAU não foram implementados na mesma dimensão; e, na atenção primária, não ficou evidenciada a incorporação do atendimento às urgências de baixa gravidade.

A implementação do SAMU permaneceu prioritária na agenda governamental até 2009 (Portaria nº 2970/2008a⁹); a partir de então foram estabelecidas as diretrizes para a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e das Salas de Estabilização.

Através da Portaria nº 2922/2008b foram definidas as diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Conceitos, atribuições e pré-requisitos foram definidos para implementação de UPAs e Salas de estabilização em locais/unidades estratégicas para configuração dessas redes. Assim, iniciou-se um processo de priorização da implantação do componente pré-hospitalar fixo, para a organização de redes de atenção às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 (Machado et al., 2011).

Pela Portaria nº 1020/2009 foram estabelecidas diretrizes para implantação das Unidades de Pronto Atendimentos (UPAs), responsáveis pelo atendimento de casos de complexidade intermediária e que visavam estabelecer a relação entre a atenção primária e a atenção terciária. O quadro 1 apresenta a classificação das UPAs, de acordo com o porte, a capacidade física instalada, o número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar os atendimentos

⁹ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 2970 de 8 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2008a, 9 dez; Seção 1: 68.

médicos, e que teve suas alterações finais através da Portaria nº 1601/2011a¹⁰ (Dourado, 2013).

Quadro1- Características das UPAs de acordo com o porte. Brasil, 2013.

UPA	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	até 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	até 300 pacientes	4 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	até 450 pacientes	6 médicos	15 leitos

Fonte: Brasil, 2013.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tentando suprir a fragilidade das redes. Em junho de 2011, foi publicado o Decreto Federal nº 7.508, com o importante papel de regulamentar a Lei nº 8080 nas questões relativas a: organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa. As Regiões de Saúde, definidas como “espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas, com a finalidade de

¹⁰ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 1601 de 7 de julho de 2011. Estabelece diretriz para a implantação do componentes 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. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2011a, 8 jul; Seção 1: 70-72.

integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT. O Decreto institui ainda o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), pelo qual os entes federativos formalizarão os compromissos pactuados para organizar a rede interfederativa de atenção à saúde em cada região, num processo de responsabilidade compartilhada, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. (Brasil, 2011b).

Em julho de 2011, através da Portaria nº 1.600, a Política Nacional de Atenção às Urgências é reformulada, com a criação da Rede de Atenção às Urgências no SUS. O documento define as diretrizes da rede, sua estrutura hierarquizada, descrevendo de forma pormenorizada seus componentes e os objetivos a serem alcançados com a regionalização dos atendimentos (Brasil, 2011c).

A Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar, cujas diretrizes visam organizar o componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde no SUS, definindo eixos estruturantes da assistência; gestão; formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho; financiamento, contratualização e responsabilidades das esferas de gestão (Brasil, 2013a).

Para Konder (2013), ao analisar as portarias ministeriais, nota-se que, desde o primeiro momento, o termo UPA referia-se a unidades de pronto atendimento. Essa denominação não foi encontrada na portaria que definiu a PNAU, em 2003, que por sua vez emprega o termo componente pré-hospitalar fixo. Segundo Konder isto sugere uma influência da política de saúde do Estado do Rio de Janeiro no

desenvolvimento da política nacional de atenção às urgências. A regulamentação federal somente teve início em 2008, quando já se contava com 20 unidades em funcionamento no Estado do Rio de Janeiro.

As UPAs constituem a porta de entrada aos serviços de saúde; dependendo do caso atendido, ele pode ser solucionado no local, estabilizado e/ou encaminhado para os hospitais ou redirecionado às Unidades Básicas de Saúde. De acordo com as suas atribuições, as UPAs devem funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves; devem possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência. (Silva et al., 2012).

As UPAs desempenham papel importante na redução da procura pela população por atendimentos em hospitais de grande porte. Segundo Silva (2011), em Pernambuco, a implantação das UPAs vem exercendo um papel de reestruturação da rede de urgência e emergência, considerado como prioridade na agenda política de saúde para os gestores. As Unidades de Pronto Atendimento atuam como “porta de entrada” ao sistema de saúde, facilitando que o paciente tenha o acesso a ela por diversas vezes. Se o motivo da procura for sempre o mesmo, algumas reflexões deverão ser realizadas sobre questões como: a falta de acesso à atenção primária, ou atendimento não resolutivo, ou cuidado não integral; além disso, se a queixa do paciente não foi caracterizada como urgência pelas UPAs, isso pode ser um indicativo da fragilidade de vínculo dos usuários com o sistema de saúde.

Segundo os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2013b), em 2012, existiam

116 UPAs em funcionamento no país, e 482 em construção. A região sudeste concentrava 60,0% das UPAS em funcionamento, e o Rio de Janeiro apresentava a maior concentração. A região nordeste ocupava o segundo lugar, com 27 UPAs; sendo 14 em Pernambuco, 4 em Sergipe, 3 na Bahia e os demais estados com uma ou duas UPAs cada um. Em setembro de 2012, o Paraná possuía 14 UPAs (Quadro 2) localizadas em 7 municípios (Apucarana, Cascavel, Castro, Curitiba, Foz do Iguaçu, Maringá e Sarandi) e com portes diferentes (I, II e III). Os dados do Ministério da Saúde indicavam que havia uma maior concentração de unidades no município de Curitiba (8 UPAs), com uma prevalência de unidades de porte II (5) e porte III (8). Atualmente, o Paraná possui 16 UPAs em funcionamento, e várias em construção, distribuídas em todo o território, conforme figura abaixo (Figura 1).

Quadro 2 – UPAs no Estado do Paraná, 2012.

UF	MUNICÍPIO	PORTE UPA			ENDEREÇO DE CONSTRUÇÃO DA UPA
		I	II	III	
PR	Apucarana		1		Apucarana - R.Clotário Portugal lotes 7, 8,9 REM Q.6
PR	Cascavel		1		Cascavel - Av. Café Filho Esq./av.Comil J.Veneza
PR	Castro		1		Castro - R. Comendador Manoel Inácio c/r. Stephano Rudeck
PR	Curitiba			1	Bairro Boa Vista - Av. Paraná, 3654
PR	Curitiba			1	Bairro Cidade Industrial - R. Senador Accioly Filho, 3370
PR	Curitiba			1	Bairro Sitio Cercado - R. Dr. Levy Buquera, 158
PR	Curitiba		1		Bairro Pinheirinho - R. Léon Nicolas, 1995
PR	Curitiba			1	Bairro Campo Comprido - R. Monsenhor Ivo Zanlorenzi, 3495
PR	Curitiba			1	Bairro Fazendinha - R. Carlos Klemtz, 1883
PR	Curitiba			1	Bairro Cajuru - R. Eng.º Benedito Mário da Silva, 555
PR	Curitiba -			1	Bairro Boqueirão - R. Profa. Maria de Assumpção, 2590
PR	Foz do Iguaçu			1	UPA João Samek - Foz do Iguaçu
PR	Maringá		1		Maringá - Avenida Nildo Ribeiro da Rocha, 865
PR	Sarandi	1			Sarandi - Rua Caracas 768

Fonte: Brasil, 2012.

Figura 1: Distribuição das UPAs. Paraná, 2013.

3.Objetivos e Métodos

3.1. Objetivos

i. Geral

Analisar a integração e a adequabilidade das UPAs às redes de atenção do Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná.

ii. Específicos

- 1- Identificar as características da gestão e capacidade de atendimentos das UPAs;
- 2-Verificar a integração das Redes de Atenção às Urgências;
- 3-Identificar o perfil de risco predominante nos atendimentos das UPAs;
- 4-Analisar a adequabilidade das UPAs segundo a recomendação do Ministério da Saúde.

3.2. Métodos

Trata-se de uma pesquisa de estudo de caso com a utilização de parte dos dados da pesquisa multicêntrica, “Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento

(UPA)”, sob a coordenação do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, com a participação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas-SP (NEPP) e Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP. Esta pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) e pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). Os estudos de casos para o total da população e a escolha dos estados foi realizada a partir da concentração de 90,0% das UPAs em funcionamento por região, e as diferentes formas de inserção e implementação identificadas pelo tipo de financiamento (parcerias com municípios, parcerias públicas ou privadas) e a integração intersetorial. Foram contemplados os Estados de Pernambuco, Sergipe, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Mato Grosso do Sul.

Esta pesquisa realizou um estudo amostral de casos do processo de construção da rede de atenção às urgências e emergências no Paraná, através de entrevistas semiestruturadas com coordenadores das Unidades de Prontos Atendimentos do Estado do Paraná.

No ano de 2012, o Estado do Paraná contava com 14 UPAs, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde; e para a pesquisa foram selecionadas 7 (sete), conforme critérios estabelecidos. O critério de escolha da amostra das UPAs foi definido a partir de sua localização, porte, tipo de gestão e abrangência regional. Quanto à localização, o universo de

UPAs a serem estudadas deveria ter representação da região metropolitana (4 UPAs) ou do interior (3 UPAs); acrescentando-se do fato de que os serviços deveriam representar diferentes municípios e regionais de saúde.

A amostra ficou constituída por UPAs situadas em seis municípios do Paraná – Curitiba (2 UPAs), Castro (1), Foz do Iguaçu (1), Cascavel (1), Maringá (1) e Sarandi (1) – e em cinco regiões de saúde – 2ª região (2 UPAs), 3ª região (1), 9ª região (1), 10ª região (1) e 15ª região (2). Quanto ao porte, a escolha foi realizada quando apresentasse um dos tipos (I, II e III) conforme a Portaria nº 1.601/2011. Assim, a amostra ficou constituída da seguinte forma: porte I (1 UPA), porte II (2 UPAs) e porte III (4 UPAs). O tipo de gestão poderia ser de nível estadual, municipal, de organizações sociais ou misto; mas todas as UPAs incluídas na amostra foram de administrações municipais. Foram excluídas da amostra as UPAs com menos de 6 meses de funcionamento.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os coordenadores das Unidades de Pronto Atendimento, utilizando-se um questionário (Anexo A) contendo informações sobre o porte da Unidade, população de abrangência atendida, média de atendimentos médicos por dia, número de profissionais que trabalha na UPA, quantidade de leitos de observação, serviços de apoio diagnósticos disponíveis, origem dos pacientes atendidos, relação entre a demanda e capacidade de atendimento, atendimentos pediátricos, faixa etária dos pacientes, existência de classificação de risco, perfil de risco predominante entre os pacientes atendidos, procedimentos cirúrgicos realizados, capacidade de resolução, frequência dos pacientes encaminhados pela atenção básica e pelo SAMU, serviços de encaminhamento disponíveis, forma de encaminhamento para atenção básica e para

serviços ambulatoriais e hospitalares.

Os itens referidos foram utilizados para obter os seguintes objetivos específicos:

- 1- Identificar as características da gestão e a capacidade de atendimentos das UPAs.

Foram utilizadas as variáveis Estado, Município, região metropolitana/interior, perfil do profissional do entrevistado (sexo, faixa etária, graduação), capacitação do profissional em urgências e emergências (para médicos, enfermeiros, outros profissionais), Serviços de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponíveis (radiologia, eletrocardiografia, análises clínicas, ecocardiografia, endoscopia, ultrassonografia), ano e motivo da implantação, sistema de gerenciamento (modelo, avaliação, mecanismos e periodicidade), com o objetivo de desenvolver uma estrutura descritiva das UPAs e dos profissionais atuantes, e SADTs oferecidos.

- 2- Verificar a integração das UPAs às Redes de Atenção às Urgências.

Através das variáveis origem predominante dos pacientes (bairro, município, regional, estado), demandas não atendidas, atendimento pediátrico (sempre, frequentemente, raramente), faixa etária atendida, encaminhamentos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (frequência, pertinência), encaminhamentos de SAMU (frequência), unidades de referenciamento (tipos, meios mais frequente), motivos de permanência, retorno de pacientes (sempre, frequentemente, raramente, nunca), objetivou-se desenvolver uma estrutura analítica da integração das UPAs com as redes de atenção à saúde.

- 3- Identificar o perfil de risco nos atendimentos das UPAs.

Análise dos atendimentos com a classificação de risco, do profissional responsável pela classificação, do protocolo utilizado e do risco predominante, para avaliar a utilização adequada dos serviços ofertados pelas UPAs.

- 4- Analisar a adequabilidade das UPAs segundo recomendação do Ministério da Saúde.

As variáveis de porte (I, II, III), população de abrangência, número médio de atendimentos, número de médicos e número de leitos foram utilizadas para a construção de estruturas comparativas entre as UPAs observadas e as recomendadas pelo Ministério da Saúde.

3.3. Análise dos Dados

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica no formato Microsoft Excel e posteriormente analisados no Stata 11. Sequencialmente foi realizada a análise estatística dos dados descritivos, apresentados na forma de frequência absoluta e relativa.

3.4. Aspectos Éticos

O estudo foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conforme a Resolução 196/96-CNS e

teve parecer favorável sob o nº 303.421/2012 (Anexo B). Acrescente-se que o projeto matricial foi aprovado pelo Comitê de Ética da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, sob o parecer 158.346/2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado a todos os profissionais antes da entrevista e o mesmo foi formalizado com a assinatura, posterior à apresentação e descrição dos objetivos da pesquisa (Anexo C).

4. Estudo de caso do Paraná

4.1. Caracterização do Estado do Paraná

O Estado do Paraná está localizado na região sul do país e possui uma área de 199.880 km², possuindo limites internacionais com a Argentina e o Paraguai (Figura 2). O Paraná possui uma grande área em Zona de Fronteira Internacional, onde se realizam os fluxos provenientes do comércio entre os países que compõem o Mercosul. Nas Zonas de Fronteira, há grande incidência de problemas relacionados aos altos índices de violência urbana (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2013).

Quadro 3 – Dados gerais do Paraná, 2013.

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, 2013

Figura 2 - Área política-administrativa do Estado do Paraná, 2013.

Em 2010, o Paraná possuía 399 municípios e uma população de 10.444.526 habitantes, com aumento progressivo da população na zona urbana. Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, São José dos Pinhais, Foz do Iguaçu e Colombo são os municípios com populações superiores a duzentos mil habitantes. Atualmente, o estado apresenta 4 Regiões Metropolitanas (RM): Curitiba (29 municípios), Maringá (25 municípios), Umuarama (23 municípios) e Londrina (18 municípios) (Figura 3) (IBGE, 2013).

Figura 3- Regiões Metropolitanas do Paraná, 2013.

O Paraná, entre 1991 e 2010, apresentou evolução crescente do processo de urbanização, de 73,4% para 85,3%, considerando que a percentagem de maior crescimento foi até 2000 (Quadro 4). A porcentagem dos residentes em área urbana no estado, em relação à população total, até os anos 2000, apresentava um índice proporcionalmente menor que a taxa da Região Sul e do Brasil; após o rápido crescimento populacional urbano na década seguinte, o grau de urbanização paranaense foi maior que o nacional e que o da Região Sul (Figura 4) (Paraná, 2013a).

Quadro 4- População residente no Estado do Paraná entre 1970 – 2010.

População residente						
Unidade da Federação: Paraná						
Situação	2010	2000	1996	1991	1980	1970
Urbana	8.912.692	7.786.084	7.011.990	6.197.953	4.472.506	2.504.253
Rural	1.531.834	1.777.374	1.991.814	2.250.760	3.157.343	4.425.568
Sexo						
Homens	5.130.994	4.737.420	4.472.354	4.207.814	3.851.563	3.552.290
Mulheres	5.313.532	4.826.038	4.531.450	4.240.899	3.778.286	3.377.531
Fonte: 1996 - Contagem da População						
1970 a 1991, 2000 e 2010 (Universo) - Censo Demográfico						

Fonte: IBGE, 2010

Fonte: IPARDES, 2010.

Figura 4 - Taxa de urbanização segundo municípios. Paraná, 2010.

As camadas demográficas do Paraná vêm apresentando mudanças importantes, com variação decrescente de pessoas na faixa etária até 19 anos, entre 2000 e 2010. Em contrapartida, as faixas etárias de 55 a 59 anos, 75 a 79 anos, 80 a 89 anos e 90 a 99 anos, se destacam com variações médias anuais superiores a 4,0%

(Figura 5) (Paraná, 2013a).

Figura 5 - Pirâmides etárias dos anos de 2000 e 2010 no Paraná.

De acordo com o Produto Interno Bruto (PIB), o Paraná é o quinto estado mais rico do país, com um PIB, em 2010, de R\$ 217.290.000. O estado responde por 5,8% do PIB nacional (estimativa em 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. As principais atividades econômicas do Paraná são a agricultura, com a produção de soja, milho, cana-de-açúcar, café; com destaque para agroindústria, indústria automobilística, indústria de alimentos e papel; e um setor agropecuário bastante diversificado (Figura 6). O Paraná é um grande criador de bovinos e suínos, principalmente na região central, meridional e oriental do território. Na Região Metropolitana de Curitiba há um grande dinamismo da indústria e do comércio, com predominância dos serviços de automotores, alimentos e refino de petróleo (Figura 7) (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2013).

Figura 6 - Composição do valor adicionado. Paraná, 2010.

Figura 7 - Produto Interno Bruto (PIB). Paraná, 2010.

Segundo o IBGE (2011), a taxa de analfabetismo observada no Paraná, para crianças entre 10 e 14 anos foi de 0,5%, e para pessoas com mais de 15 anos de 6,3%, totalizando um percentual aproximado para o Estado de 6,7%. A Região Sul apresentou uma taxa de 5,5% e o Brasil, de 9,7% (Figura 8).

Figura 8- Taxa de analfabetismo no Brasil, Região Sul e Paraná em 2011.

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, em 2002, 78,4% da população não tinham planos de saúde privados. A fim de ampliar a oferta de vagas para consultas em serviços públicos de saúde foram oferecidas 2,3 consultas no SUS por habitante/ano, demonstrando que o estado se apresentava dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que estabelece 2 a 3 consultas por habitante/ano (Nicoletto et al., 2005).

O sistema de saúde no Paraná, em geral, é caracterizado pela concentração e especialização dos serviços de alta complexidade em Curitiba, nos municípios polos e nas regiões metropolitanas, acompanhando a dinâmica do desenvolvimento dos usos do território paranaense. De acordo com os dados sobre a capacidade física instalada e disponível no Estado registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e disponibilizados pelo sistema TABWIN/CNES/DATASUS, referentes a novembro/2011, o Paraná possui 19.080 estabelecimentos de saúde, dos quais 15.071 (79,0%) estão sob a gestão municipal,

2.212 (11,6%) sob a gestão estadual e 1.797 (9,4%) sob a gestão municipal/estadual (Paraná, 2013a).

4.2. A regionalização da saúde no Paraná

O processo de descentralização na área da saúde, ainda que tenha apresentado contornos mais definidos na Constituição de 1988 e na legislação subsequente¹¹, foi um movimento que começou a se estruturar ao longo da década de 1980. Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do início dos anos 90, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu a tendência estadualista; definida pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, com a municipalização se constituindo em eixo condutor do processo de descentralização do sistema (Ugá, 1997).

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 de Estado da Saúde do Paraná para as prefeituras municipais; sendo que esta transferência foi repassada aos municípios juntamente com os hospitais de abrangência local. As ações básicas dos municípios em vigilância sanitária e epidemiológica também começaram, nesse período, após a Lei Orgânica da Saúde

¹¹ Brasil. Leis etc. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1990, 20 set; Seção 1: 18055.

(Leinº8.080/90), que regulamentou o SUS (Paraná, 2008).

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no Paraná tem seu início datado de 1993; entretanto, sua Secretaria Executiva foi formalizada apenas em 2007, com uma estrutura administrativa na sede da Secretaria de Estado da Saúde. Em meados de 1996 houve a criação das CIBs Regionais no estado, ampliando as discussões em esfera regional e a participação dos municípios. As Câmaras Técnicas de Vigilância Sanitária, Atenção Básica e Gestão e Planejamento, todas criadas a partir de 2002, auxiliam na função da institucionalidade da CIB.

Viana et al. (2010) afirmam que a CIB possui uma importante representatividade na negociação e na decisão técnica-política, demonstrando caráter cooperativo nas relações intergovernamentais e contribuindo para consolidar contratualizações e tendo um papel relevante no processo de regionalização no estado. Entretanto, a CIB não conseguiu ampliar os recursos financeiros repassados pelo governo estadual aos municípios. Tipologias das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) foram identificadas a partir de informações de diversos bancos de dados, disponíveis em 2010, sobre todas as CIRs no país, acompanhadas de análises fatoriais e de agrupamento. No Paraná a maior concentração das CIRs (68,18%) é na tipologia de médio desenvolvimento econômico e média oferta de serviços, abrangendo 280 municípios do estado (Figura 9); diferentemente das CIRs nacionais, que apresentaram 37,4% das CIRs com alto desenvolvimento econômico e alta oferta de serviços.

Fonte: Base de indicadores das Comissões Intergestores Regionais, 2010

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5
Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	Médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços	Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços	Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

Figura 9- Mapa das CIRs segundo grupos socioeconômicos, Paraná, 2010.

A regionalização da saúde no estado tem correspondência com o processo de urbanização e a existência dos polos regionais; isto é, ela apresentou um vínculo histórico com os usos do território e a constituição das identidades regionais. As Regiões de Saúde no Paraná passaram a existir na época do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e, posteriormente, foram transformadas em Centros Regionais de Saúde (CRES). Desde 1995, o estado possui as mesmas 22 Regionais de Saúde (Viana et al., 2010).

Em 1992, a oferta de consultas especializadas foi reduzida, devido à dificuldade do governo em contratar recursos humanos para assumir as consultas

ambulatoriais nos Centros Regionais de Especialidades. Dessa forma, os consórcios intermunicipais de saúde foram estimulados pelo Estado e apoiados pelo Ministério da Saúde, pois se avaliava que esta parceria entre os municípios seria capaz de solucionar o problema da falta de oferta de consultas ambulatoriais e potencializaria as ações em saúde. A partir deste fato, os consórcios passaram a assumir, progressivamente, a responsabilidade por organizar e ampliar as assistências ambulatoriais médicas especializadas, apoiados pela Lei Orgânica da Saúde (Paraná, 2008).

Para Nicoletto et. al.,(2005), os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) se constituíram em importantes estratégias para o desenvolvimento da atenção secundária, baseadas no processo de regionalização da saúde. Acrescentam ainda que, em 2000, do total de 399 municípios paranaenses, 81,5% faziam parte de CIS. A população total desses municípios era de 5.378.636 habitantes, correspondendo a 56,3% da população do Estado no período. Dos municípios consorciados, 77,5% deles possuíam populações de até 50 mil habitantes. Os consórcios intermunicipais de saúde tinham como proposta o aumento do aporte de recursos municipais ao sistema de saúde, e o governo estadual oferecia incentivos para a manutenção dos mesmos. A partir de 2003, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná instituiu um repasse de incentivo a todos os consórcios intermunicipais de saúde, de acordo com o seu respectivo porte. Atualmente, o estado possui 25 CIS, espalhados em várias regiões de saúde, na maioria delas com administração privada (Quadro 5).

Quadro 5- Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado do Paraná, 2013.

Regional	CONSÓRCIO/ ASSOCIAÇÃO	MUNICÍPIO
1ª	CISLIPA - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná	Paranaguá
2ª	COMESP - Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná	Curitiba
3ª / 21ª	CIMSAÚDE - Consórcio de Saúde dos Campos Gerais	Ponta Grossa
4ª	ANCESPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Centro Sul do Paraná	Irati
5ª	CISGAP - Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava e Pinhão	Pitanga
5ª	CIS Paraná Centro - Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro	Laranjeiras
5ª	CIS Centro Oeste - Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Oeste Paraná	Guarapuava
5ª	ASSISCOP - Associação Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste do Paraná	Guarapuava
6ª	CISVALI - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu	União da Vitória
7ª	CONIMS - Associação Intermunicipal de Saúde	Pato Branco
8ª	ARSS - Associação Regional de Saúde do Sudoeste	Francisco Beltrão
9ª	CISI - Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu	Medianeira
10ª	CISOP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do PR	Cascavel
11ª	COMCAM - Consórcio Intermunicipal de Saúde de Campo Mourão	Campo Mourão
12ª	CISA/AMERIOS - Consórcio Intermunicipal de Saúde AMERIOS 12 RS Saúde	Umuarama
13ª	CISCENOP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Noroeste do Paraná	Cianorte
14ª	CISAMUNPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde AMUNPAR	Paranavaí
15ª	CISAMUSEP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense	Maringá
15ª	CISVIR - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região	Colorado
16ª	CISMEPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Parapanema	Apucarana
17ª	CISNOP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná	Londrina
18ª	CISNORPI - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro	Cornélio Procopio
19ª	CISCOPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná	Jacarezinho
20ª	CISI - Consórcio Intermunicipal de Saúde 22 Regional de Saúde	Toledo

Fonte: SESA-PR, (2013).

A Secretaria de Saúde do Paraná, em 2012, criou o COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – afim de qualificar a atenção ambulatorial secundária do Estado para atender às necessidades de saúde da população nas redes temáticas de atenção à saúde (Rede Mãe Paranaense, Rede Paraná Urgência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde Mental)¹². O objetivo principal do programa foi de implantar os Centros de Especialidades Regionais (CER) em todas as Regionais de Saúde do Paraná, mediante parceria firmada entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) e a SESA. Além disso, o COMSUS objetivou também a implantação do incentivo ao custeio para ampliação dos serviços especializados; a melhoria da estrutura e de equipamentos dos Centros de Especialidades Regionais; a inserção do CIS nas Redes de Atenção à Saúde, principalmente através de uma integração com a atenção primária e a terciária; preencher as necessidades assistenciais no estado; e, por fim, melhorar a qualidade da gerência destes consórcios.

As Normas Operacionais de Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002) 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 Sistema Único de Saúde e procederam à atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios. Para Viana e Elias (2008), três

¹² Brasil. Portaria nº 2809, 7 dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário oficial da União*. 2012, 13 dez.

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 do SUS.

Segundo a Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001¹³, do Ministério da Saúde, determinou-se que o PDR atuasse como ordenador do processo de regionalização em cada estado e no Distrito Federal, de acordo com as prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população (Brasil, 2001). O processo de elaboração ficaria a cargo das Secretarias de Estado de Saúde, juntamente com a aprovação da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES), com o encaminhamento final ao Ministério da Saúde. Foi estabelecido pelo governo, que o PDR¹⁴ apresentasse, no mínimo: descrição da organização do território estadual; identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião; o Plano Diretor de Investimentos (PDI); a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde; os mecanismos de organização de fluxos de referência/contra referência e a implantação de estratégias

¹³ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário oficial da União, Brasília (DF). 2001; 29 set; Seção 1: 46.

¹⁴ Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Diário oficial da União, Brasília (DF). 2002; 28 fev; Seção 1: 52

I.1 Da elaboração do Plano Diretor de Regionalização

I.2. Instituir o Plano Diretor de Regionalização - PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

I.3. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

de regulação; a proposta de estruturação das redes de referência especializada em áreas específicas; e, finalmente, a identificação das necessidades e fluxos de referência para outros estados, se necessário (Brasil, 2002).

As Normas Operacionais de Saúde de 2001 definiram o conceito de atenção à saúde de média complexidade como “um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que não justifique a sua oferta em todos os municípios”. Por fim, após o estabelecimento das políticas de atenção à saúde de alta complexidade ou alto custo no SUS, o gestor estadual passaria a atuar como responsável pela administração da política de alta complexidade no Estado, sem desvincular-se da política nacional (Brasil, 2001).

Atendendo as normatizações da NOAS 01/2001, o primeiro Plano Diretor de Regionalização do Estado do Paraná foi implantado em junho de 2001, tendo sido aprovado pela CIB/PR por meio da Deliberação 041/2001 e pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná através da Resolução 05/2001.

Em 2006, 25,0% dos municípios paranaenses apresentaram o Plano Municipal de Saúde; 42,5% estavam em elaboração e 31,6% não haviam iniciado o processo de discussões. Para estes últimos municípios, as causas apontadas como limitantes do processo de planejamento foram as deficiências da disponibilidade e qualificação dos recursos humanos e a ausência de orientações padronizadas sobre o processo de gestão (Paraná, 2008).

Com o Pacto pela Saúde, implantado em 2006, os gestores do SUS

assumiram o compromisso de diminuir ou amenizar as necessidades de saúde da população, através da integração e articulação de três linhas: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2006b).

O Pacto pela Saúde, constituído pelas diretrizes de regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada Integrada (PPI), regulação da saúde, participação social, gestão do trabalho e educação em saúde, trouxe o início de uma nova discussão sobre o PDR no Paraná; propunha-se a elaboração de um novo instrumento de ordenamento da hierarquização e regionalização da assistência à saúde no Estado, definindo os polos estaduais, as macrorregiões, regionais de saúde e microrregiões, juntamente com suas atribuições, competências, fluxos operacionais e referências (Paraná, 2009).

Para a definição efetiva da microrregião, da região de saúde, da macrorregião e dos polos estaduais, foram utilizados os critérios de acessibilidade geográfica, considerando a cultura e o sentimento da população; o espaço territorial definindo as responsabilidades, com base nas necessidades de saúde da população e na oferta de serviço; na cooperação e na complementaridade entre os parceiros para a solução dos problemas apontados no território; na instituição de uma cultura de intersetorialidade nas regiões; e na organização e integração das redes assistenciais em sistemas, garantindo a conectividade entre os pontos da rede (Figura 10) (Paraná, 2009).

Fonte: PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde, 2009.

Figura 10 - Polos Estaduais de Saúde do Estado do Paraná. Paraná, 2009.

Dessa maneira, com o PDR/2009, o Paraná ficou dividido em 52 microrregiões, 22 regiões de saúde, seis macrorregiões e dois polos estaduais (Curitiba e Londrina). Mais recentemente, as macrorregiões foram reestruturadas e reduzidas a quatro. Estabeleceu-se que os municípios das 52 microrregiões deveriam atender todos os casos da atenção primária de saúde e, ainda, a um conjunto mínimo necessário de procedimentos de média complexidade, como primeiro nível de atendimento intermunicipal (Figuras 11 e 12) (Paraná, 2009).

Figura 11 - Regiões de Saúde do Estado do Paraná, 2009.

Figura 12 - Microrregiões de Saúde do Estado do Paraná, 2009.

As Regiões de Saúde foram designadas para a resolução da maior parte da demanda por consultas, exames e procedimentos de média complexidade, podendo atender também parte dos serviços e procedimentos de alta complexidade. Os principais critérios adotados para a definição das atuais Regionais de Saúde no Paraná foram: a identidade histórica e cultural; a existência dos polos regionais; os fluxos pré-estabelecidos; a população; a oferta e a produção de serviços; e as linhas de cuidado (atenção primária à saúde para as microrregiões e a média e alta complexidade para as macrorregiões – conforme estabelecido pelas redes) (Paraná, 2009).

As macrorregiões deveriam apresentar resolutividade para todos os serviços e procedimentos de média complexidade e para a grande maioria dos atendimentos de alta complexidade. Os polos estaduais deveriam resolver todos os atendimentos de alta complexidade e praticamente todos os outros serviços, possuindo também, centros de referência de diversas especialidades (Paraná, 2009).

Em relação à descentralização das ações de vigilância sanitária e epidemiológica em saúde, houve uma crescente evolução do processo, desde as NOAS 01/2001. Todos os 399 municípios do Estado já haviam assumido as ações essenciais de vigilância até o PDR - PR 2009; e 154 deles executavam ações de média e alta complexidade, e a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná tinha atuação em caráter complementar. Para a execução dessas ações haveria repasses de recursos financeiros oriundos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Paraná, 2009).

A partir da Portaria nº 4.279/2010, foram definidas as Redes de Atenção à

Saúde (RAS), como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscavam garantir a integralidade do cuidado. Através desta Portaria também foi definida a Atenção Primária como ordenadora da RAS, com a coordenação do cuidado em todos os pontos da rede. Entre as RAS estão: a Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Brasil, 2010).

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) do Paraná teve sua implantação em 1998, com a regulação médica de urgência e de um sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes. Antes disto, em Curitiba, o sistema de urgência e emergência era composto apenas por hospitais filantrópicos e pelo hospital da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Apesar disto, a RAU somente obteve recursos orçamentários e uma organização administrativa a partir de janeiro de 2011, quando foi iniciada a política de urgência do Paraná. (Ibáñez et. al., 2013b).

Assim, desde 2011, com as Redes de Atenção a Saúde, implantou-se o processo de mudança no modelo assistencial, com a Rede Paraná Urgência, que tinha como principal objetivo o “conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento de todas as Regionais de Saúde do Paraná, visando sua integração macrorregional, voltada às necessidades de saúde da população em situação de Urgência e Emergência”. De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015, a Rede Paraná Urgência apresenta uma estrutura heterogênea de serviços assistenciais, não organizados em uma rede. A Rede Paraná Urgência é constituída pela promoção, prevenção e vigilância; atenção primária na saúde; serviço de atendimento móvel de

urgência (SAMU/SIATE); atendimento aeromédico; sala de estabilização; Unidades de Pronto-Atendimentos 24 horas (UPAs); hospitais/porta de urgência hospitalar; atenção domiciliar; complexo regulador; e a Telemedicina com linhas de cuidados Cardiovascular, Cerebrovascular e Trauma (Figura 13) (Paraná, 2013b).

Figura 13- Componentes da Rede Paraná Urgência. Paraná, 2013.

As ações da promoção, prevenção e vigilância se apresentam concentradas em serviços intersetoriais, campanhas educativas e no VIGIASUS (campanhas de vigilância e prevenção). Para a atenção primária foi determinada a competência pelo primeiro atendimento para todos os graus de urgência, com um atendimento resolutivo para os casos de gravidade de baixo risco, implantação de kit de emergências nas UBS/ESF e sua integração à classificação de risco de Manchester.

Por fim, o sistema de Regulação do Paraná, que é composto por sete Centrais Regionais de Leitos e Consultas (Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel) e quatro Centrais Municipais (Paraná, 2013b).

O atendimento aeromédico, para situações de resgate no território paranaense, até 2011 era realizado com um helicóptero, em parceria com a Polícia Rodoviária Federal e o SAMU da 2ª Regional de Saúde com sede em Curitiba; e outro, em parceria com a Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e SIATE de Curitiba (Paraná, 2013b).

O transporte inter-hospitalar medicalizado possui 10 bases de suporte avançado de vida, espalhados em Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel, Ponta Grossa, Jacarezinho, Campo Mourão, Umuarama, Francisco Beltrão e Guarapuava, que fazem o transporte inter-hospitalar e intermunicipal de atendimentos de urgência e emergência (Paraná, 2013b).

O Paraná possui 22.420 leitos hospitalares, ofertados em 458 hospitais públicos, filantrópicos ou privados que atendem o SUS dos quais 72,3% têm menos de 50 leitos. Foi criado o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná – HOSPSUS – para qualificar a resposta hospitalar em todas as regiões de saúde, contribuindo para o desenvolvimento social e sanitário essencial para atender às necessidades da população do Estado, a partir de uma estratégia ligada à regionalização. Atualmente, existem 49 hospitais cadastrados no HOSPSUS, que possuem no mínimo 100 leitos ofertados ao SUS, e que são referenciados na região para a média e alta complexidade; eles atendem no mínimo 25,0% de pacientes referenciados de sua região de abrangência e são indicados como

hospitais de referência regional e/ou macrorregional (Paraná, 2013a).

A rede Paraná Urgência tem como diretrizes gerais: a organização da atenção primária em todos os municípios paranaenses; a implantação da classificação de risco de Manchester em todos os níveis de atenção à saúde; o estabelecimento de critérios de atendimento com associação ao tempo-resposta (principalmente para atendimentos cardiovascular, neurovascular e trauma); o estabelecimento de competências dos vários níveis de atenção à saúde; a definição dos atendimentos por linhas de cuidado e dos pontos regionalizados com implantação de transferência sob regulação; implementação de pactuações interestaduais; e implantação de Programa de Educação Permanente em Atenção às Urgências às equipes de saúde (Paraná, 2013a).

A assistência farmacêutica possui uma ação estratégica dentro das Redes de Atenção à Saúde no Paraná, como forma de garantia de eficiência na distribuição dos medicamentos. Regulamentado pela Portaria nº 4.217, em dezembro de 2010, o Programa Farmácia do Paraná tem como objetivo ampliar o acesso da população a medicamentos de qualidade. A relação dos medicamentos disponibilizados pelo Programa Farmácia do Paraná tem como base a Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais (RENAME), pactuada com a CIB (Paraná, 2013a).

Desde 1990, o SIATE funciona no Paraná através de parceria com o Corpo de Bombeiros, Secretaria Estadual de Saúde e municípios, com atendimento especializado ao trauma e regulação médica. A partir de 1995, o SIATE se expandiu para o interior do Estado e atualmente está implantado pelo modelo integral em Curitiba, São José dos Pinhais, Campo Largo, Ponta Grossa, Londrina, Maringá, Foz

do Iguaçu e Cascavel. Além destes municípios, o SIATE realiza cobertura em outras 7 cidades de maneira parcial, ou seja, sem regulação e intervenção médica próprios (Paraná, 2013a). Semelhante ao que ocorre em muitos municípios brasileiros, o SIATE Paraná possui um sistema misto de urgência e emergência, ou seja, utiliza ambulâncias equipadas para o atendimento com socorristas como o modelo americano ou com médicos de acordo com o modelo francês (Scarpelini, 2007).

O SAMU foi implantado inicialmente, em 2004, em Curitiba e até o final de 2011 estava presente em 15 municípios, tendo como população de abrangência, 44,0% dos habitantes do Estado (Figura 13). O PDR 2012-2015 propõe que até o fim deste período, 100,0% da população esteja coberta pelo SAMU e que 50,0% das internações de urgência e emergência sejam reguladas pela central de regulação (Paraná, 2013a).

Quadro 6- Cobertura dos serviços do SIATE e do SAMU. Paraná, 2011.

SAMU Nº DE AMBULÂNCIAS			SIATE - Nº DE AMBULÂNCIAS	COBERTURA POPULACIONAL
	USA	USB		
CURITIBA	7	18	9	2.243.060
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	1	2	3	
CAMPO LARGO	1	1	1	
LONDRINA	2	4	3	655.550
CAMBE		1		
IBIPORÃ		1		
MARINGÁ	1	3	4	420.162
SARANDI		1		
PONTA GROSSA	1	3	3	382.752
CASTRO		1		
FOZ DO IGUAÇU	1	3	3	325.137
CASCADEL	1	3	5	296.254
APUCARANA	1	1	2	224.315
ARAPONGAS		1		
GUARAPUAVA	1	1	1	172.728
TOTAL	17	44	34	44%

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015

USA – Unidade de Suporte Avançado; USB – Unidade de Suporte Básico

Em Maringá, a rede de urgência e emergência possui referências hospitalares, que são dependentes e definidas pela área de abrangência do SAMU, e com as referências pré-hospitalares fixas (Pronto Socorro no Hospital Universitário Regional, UPA Zona Sul e o Pronto Atendimento infantil e adulto na Zona Norte) e móveis (SAMU e SIATE). Em Cascavel, o processo de regionalização dos serviços de urgência é posterior ao processo de organização das UPAs. Estão em fase de implantação o SAMU regional, para atender a região de Cascavel (10ª Regional de Saúde) e Toledo (20ª Regional de Saúde) com o consórcio CONSAMU, e uma central de regulação de leitos para estas regionais de saúde. A rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu conta com o SAMU Regional, inaugurado em abril de 2012, com suporte avançado e regulação para atender a 9ª Regional de Saúde. Atualmente, o SAMU regional vem atendendo aproximadamente 23 mil pacientes por mês (Ibañez et. al., 2013b).

Para 2013, o orçamento previsto da Rede Paraná Urgência foi de R\$ 211,4 milhões. Deste total, 32,6% são recursos para investimentos em hospitais e equipamentos/veículos e 67,5% se destinam ao custeio dos componentes da rede – com maior parcela de custeio para os hospitais (27,0%). O governo estadual em seu orçamento não prevê recursos financeiros para custeio das UPAs, apenas previsão orçamentária a para atenção primária e terciária (Quadro 7) (Ibañez et. al., 2013b).

Quadro 7 – 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.

5. UPAs no Paraná

5.1. Características da gestão e capacidade de atendimentos das UPAs.

As entrevistas semiestruturadas com os coordenadores das UPAs foram previamente agendadas e realizadas no período de dezembro de 2012 a março de 2013. Devido à resistência de alguns gestores em participar da pesquisa e à falta de informações no Ministério da Saúde sobre as UPAs do Paraná, foi necessário o auxílio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) na intermediação de contatos para o desenvolvimento da pesquisa.

Dentre os sete coordenadores entrevistados, seis (85,7%) eram do sexo feminino, quatro (57,1%) possuíam faixa etária entre 31 e 40 anos, dois (28,6%) entre 41 e 50 anos e um (14,3%) com mais de 60 anos (Figura 14). De acordo com a graduação, todos os coordenadores possuíam algum curso superior na área de saúde.

Figura 14 – Faixa etária dos coordenadores da amostra das UPAs. Paraná, 2013.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) estavam localizadas em seis municípios (Tabela 1), sendo duas na região metropolitana de Curitiba (Pinheirinho e Sítio Cercado), duas na região metropolitana de Maringá (Zona Sul e Sarandi), uma em Foz do Iguaçu (João Samek), uma em Cascavel (Tancredo Neves) e uma em Castro (Moacir Elias Fadel).

Tabela 1- Características da amostra de UPAs. Paraná, 2013.

UPAs	Município	Região de Saúde	Localização	Porte	Gestão
Pinheirinho	Curitiba	2 ^a	Metropolitana	II	Municipal
Sítio Cercado	Curitiba	2 ^a	Metropolitana	III	Municipal
Zona Sul	Maringá	15 ^a	Metropolitana	III	Municipal
Sarandi	Sarandi	15 ^a	Metropolitana	I	Municipal
João Samek	Foz do Iguaçu	9 ^a	Interior	III	Municipal
Tancredo Neves	Cascavel	10 ^a	Interior	III	Municipal
Moacir Elias Fadel	Castro	3 ^a	Interior	II	Municipal

A UPA Sítio Cercado, em Curitiba, é a mais antiga e foi implantada em 2000; era originalmente o Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM) e foi transformada em UPA em 2012. Da mesma forma, a UPA Pinheirinho, também em Curitiba, foi inaugurada como CMUM em 2006 e transformada em UPA em 2012. As Unidades de Pronto Atendimento de Curitiba foram implantadas anteriormente à

política nacional, seguindo os critérios populacionais, fluxo de pacientes pré-estabelecidos e condições técnicas para implantação do serviço; desde então, possuíam o objetivo de dar atendimento a casos de média complexidade. Nesse período, o gerenciamento dos CMUMs era realizado por contratos com hospitais do município. A mudança para UPAs já havia sido discutida em outras gestões, mas sempre houve resistência devido à afirmação da identidade local em anos anteriores. A fim de modificar este panorama e seguir o proposto pelo Ministério da Saúde, a partir de 2012, o município de Curitiba padronizou suas diretrizes, de acordo com a Política Nacional de Urgência e Emergência.

A UPA Tancredo Neves, em Cascavel, foi criada em 2002; foi inaugurada como Pronto Atendimento Continuado (PAC), sendo posteriormente transformada em UPA em 2011. O processo de transformação da PAC de Cascavel em UPA ocorreu em consequência de negociações entre a promotoria geral, gestores estaduais e municipais, para descentralizar os atendimentos de urgência e emergência da macrorregião de Cascavel para o Pronto Socorro do Hospital Universitário da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

Segundo o gestor municipal da UPA de Castro, a implantação do serviço foi justificada apenas na questão da organização da rede de atenção às urgências da região. Até o momento da realização da pesquisa, em dezembro de 2012, Castro era o único município da 3ª Região de Saúde que possuía uma UPA funcionando para atendimentos. Com uma população de 67 mil habitantes, o município de Castro, de acordo com a classificação da Portaria nº 1.601, necessitaria apenas de uma Unidade de Pronto Atendimento de porte I; entretanto, por intervenção da Secretaria Estadual de Saúde, foi implantado um serviço de maior capacidade, a fim de ampliar os

atendimentos para os municípios próximos a Castro.

As UPA Zona Sul (Maringá), UPA de Sarandi, UPA Moacir Elias (Castro) e a UPA João Samek (Foz do Iguaçu) foram inauguradas, a partir do ano de 2010, após a portaria federal de criação dos serviços de Unidade de Pronto Atendimento. As justificativas referidas para a implantação das UPAs no Paraná foram diversas: para quatro delas (57,1%) estariam ligadas a condições socioeconômicas, ao tamanho e à concentração de população na área; 71,4% referiram insuficiência de serviços de saúde; 85,7% que a implantação estava relacionada à organização da rede de atenção a urgências na região; 42,8% pela reivindicação da população/comunidade; 57,1% pela atuação de políticos/parlamentares; 14,3% revelaram que a implantação no território estaria vinculada aos indicadores de violência e mortalidade (Figura 15).

Figura 15- Motivos de implantação das UPAs. Paraná, 2013.

Com relação à disponibilidade dos cursos de capacitação em

urgência/emergência oferecidos aos médicos que atuam nas UPAs, 4 (57,1%) dos entrevistados (UPAs de Curitiba, UPA de Foz do Iguaçu e UPA de Castro) referiram que não há cursos disponíveis para os médicos. A capacitação voltada aos enfermeiros que trabalham nesses serviços possui as mesmas frequências que os cursos para os médicos. Para os demais profissionais de saúde, a disponibilidade dos cursos de capacitação foi referida por 57,1%,; entre estes profissionais constam auxiliar de serviços gerais, administrador e técnico de enfermagem (UPA de Cascavel, UPA de Sarandi, UPA de Maringá e UPA de Castro).

Entre os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) oferecidos nas UPAs constam o serviço de radiologia em 85,7%; eletrocardiograma em 100%; laboratório de análises clínicas em 85,7%; ultrassonografia em 28,8%; ecocardiografia e endoscopia em 14,3% (Figura 16).

Figura 16 - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) nas UPAs. Paraná, 2013.

Segundo o modelo de gestão, todas referiram as UPAs possuir administração direta, ou seja, através das respectivas Secretarias Municipais de Saúde. As avaliações dos serviços eram realizadas de várias maneiras, sendo 14,3% pelo Ministério da Saúde ou Secretaria do Estado de Saúde; 28,6% pela Secretaria Municipal de Saúde, e 42,9% relataram que as avaliações eram realizadas pelo Conselho de Saúde (Tabela 2).

Em três Unidades de Pronto Atendimento os mecanismos de avaliação estão implantados no serviço, sendo que 57,1% das avaliações são feitas através de reuniões com os gestores do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria Municipal e/ou estadual); 71,4% por meio da supervisão de atividades do Conselho de Saúde (CS) e/ou Secretaria Municipal (SMS) e 57,1% por meio de relatórios de gestão. Essas avaliações ocorrem, em 14,3% dos casos, de maneira mensal, ou anual, ou quadrimestral, ou em todas estas frequências associadas; enquanto 42,8% não souberam informar a periodicidade das avaliações (Tabela 2).

Tabela 2- Sistema de gerenciamento das UPAs. Paraná, 2013.

UPAs	Modelo Gestão	Avaliações	Mecanismos de avaliação	Periodicidade
Pinheirinho	Municipal	SESA + SMS +CS	Supervisão	Mensal
Sítio Cercado	Municipal	-	-	não informou
Maringá	Municipal	Não tempo	Relatórios gestão	Anual
Sarandi	Municipal	SMS + CS +equipe	Reuniões gestores + Supervisão pelo CS + Relatórios de gestão	Semanal + mensal+ anual
Foz do Iguaçu	Municipal	MS + CS	-	Quadrimestral
Cascavel	Municipal	-	-	Não informou
Castro	Municipal	-	-	Não informou

Os coordenadores das UPAs de Maringá, Castro, Sarandi e Foz do Iguaçu (57,1%) avaliam como boa a capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos. Entretanto em Cascavel e na UPA Pinheirinho foram avaliadas como razoáveis neste critério; e o gestor da UPA Sítio Cercado não soube informar a capacidade de resolução de seu serviço.

5.2. Integração das UPAs as Redes de Atenção às Urgências

De acordo com o item V, do 2º artigo da Portaria nº 1601, as UPAs devem:

[...] articular-se com unidades básicas de saúde/saúde da família, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica

de Urgências e complexos reguladores instalados na região[...]

A origem dos pacientes atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento pode indicar a existência de serviços de atenção primária ineficientes, ou serviços indisponíveis, ou, ainda, a não definição de fluxos para os pacientes na Rede de Atenção à Saúde. A partir das informações dos gestores entrevistados, no conjunto de UPAs da amostra, a origem dos pacientes atendidos se divide em 71,2% com referência de todo o município; e 28,8% com referência de uma região dentro do município (situação identificada nas unidades de Curitiba).

Em relação à demanda e à capacidade de atendimento das UPAs, foi referido por seis dos serviços (85,7% da amostra) que a demanda é superior à capacidade de atendimento; apenas no município de Castro foi referido que a demanda é compatível com a capacidade de atendimento.

Segundo a Portaria nº 1601, de julho de 2001, que estabeleceu as diretrizes para implantação das UPAs, os atendimentos pediátricos também são preconizados. Porém estes atendimentos, na Unidade de Pronto Atendimento do município de Cascavel (14,3%), são realizados de forma esporádica, diferentemente da UPA de Sarandi e dos outros serviços, em esses atendimentos ocorrem com frequência.

Observou-se ainda que, em 42,9% das UPAS (Sarandi e as unidades de Curitiba), a faixa etária com maior demanda de atendimento é a de 20 a 39 anos. Na UPA de Maringá, a principal faixa etária atendida estava entre 40 e 49 anos. A UPA de Cascavel, entre os serviços pesquisados, é a que registra mais atendimentos a pacientes com faixa etária mais elevada, entre 50 anos e 59 anos. Segundo o gestor municipal de Foz do Iguaçu, a maioria dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto

Atendimento local está na faixa etária de 40 a 59 anos de idade e provém das classes baixa e média. Entre janeiro de 2012 e 11/dezembro/2012, foram atendidas na UPA João Samek 113.282 pessoas, dos quais, 71.645 (63,2%) eram adultos, 29.774 (26,3%) eram idosos, e 11.863 (10,5%) eram crianças. Por fim, na UPA de Castro, o gestor não informou a principal faixa etária atendida pelo serviço.

Em relação a pacientes da atenção básica, os atendimentos referenciados por formulários/folha de encaminhamento ou pela central de regulação para as Unidades de Pronto Atendimento Pinheirinho, Maringá e Cascavel (42,9% da amostra) são realizados de forma organizada; já nas UPAs Sítio Cercado, Foz do Iguaçu e Castro (42,9% da amostra) os pacientes “frequentemente” são atendidos; e apenas no caso da UPA de Sarandi (14,3% da amostra) os pacientes das Unidades Básicas “algumas vezes” são encaminhados. Segundo os gestores das UPAs a pertinência dos encaminhamentos feitos pela atenção básica está adequada em 42,9% dos casos (Castro, Cascavel e Foz do Iguaçu); é razoável em 28,6% (UPA de Sarandi e Pinheirinho); e é ruim em 28,6% (UPA de Maringá e Sítio Cercado).

Algumas UPAs possuem atribuições indicadas para a estabilização e atendimento precoce a pacientes transportados pelo SAMU, como ocorre nas UPAs do Pinheirinho, de Maringá, de Sarandi e Cascavel (57,1%); para as unidades de Castro, Foz do Iguaçu e Sítio Cercado (42,9%) os pacientes são frequentemente encaminhados pelo serviço de atendimento móvel. No município de Castro, os atendimentos do SAMU são realizados de forma parcial, com ambulâncias de suporte básico, necessitando de atendimento complementar na UPA.

De acordo com os coordenadores, em 85,7% das UPAs está disponível o

referenciamento de pacientes atendidos no serviço para unidades básicas de saúde e unidades com Estratégia de Saúde da Família. Em 57,1% dos serviços (UPAs de Castro, Cascavel, Sarandi e Pinheirinho) existe a disponibilidade para encaminhamento para os ambulatórios de especialidades médicas; e em 42,9% (UPAs de Maringá, Cascavel e Pinheirinho) para os ambulatórios de especialidades não-médicas, como a fisioterapia, odontologia e psicologia. Para pacientes com remoção necessária há disponibilidade em 42,9% dos serviços (UPAs de Maringá, Cascavel e Pinheirinho) para encaminhamento a outras unidades de pronto atendimento; e em 57,1% dos serviços (UPAs de Maringá, Cascavel, Sarandi e Pinheirinho) para encaminhamento a serviços de apoio diagnóstico-terapêutico (Figura 15).

Para os atendimentos mais graves, os serviços de emergências hospitalares ficam disponíveis para referenciamento em 57,1% das UPAs (Castro, Cascavel, Sarandi e Pinheirinho); enquanto que, para leitos hospitalares e Unidades de Terapia Intensiva, em 85,7% dos casos (excetuada apenas a UPA Sítio Cercado) (Figura 17).

Figura 17 - Integração das UPAs à atenção primária e terciária à saúde. Paraná, 2013.

Em todos os serviços da atenção primária e nas UPAs de Curitiba existe um sistema eletrônico (E-saúde), desde 2000, que interliga as unidades e propicia acesso aos prontuários eletrônicos, exames de diagnóstico e relatórios de gestão e planejamento. Com esta facilidade de comunicação, é possível acessar os atendimentos a pacientes de qualquer uma dessas unidades. Este sistema funciona como instrumento de referência e contra referência dos componentes da rede de atenção à saúde, mas ele depende dos profissionais de saúde para a realização do registro. O serviço de referência e contra referência entre a atenção hospitalar e as UPAs é realizado através de relatórios médicos em papel.

No município de Sarandi, quando é necessário o encaminhamento para os serviços da atenção terciária, o encaminhamento é realizado para outras cidades

próximas, pois existe apenas um hospital particular na cidade. Na UPA de Maringá, o encaminhamento de pacientes para a atenção básica é realizado através de contato telefônico, mas para o encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais especializados é usado o formulário de pacientes e a central de regulação municipal; o encaminhamento de pacientes para os hospitais é realizado via contato pessoal, central de regulação e SAMU. Na UPA de Foz do Iguaçu, apesar da disponibilidade de encaminhamento para os demais níveis de atenção à saúde, o gestor relatou que a referência e a contra referência não funcionam no município, pela falta de adesão dos médicos aos protocolos, ou pela não concordância com diagnósticos de outros profissionais.

O principal motivo para permanência de pacientes nas UPAs por mais de 24 horas, pontuou-se, é a inexistência de vagas em todos os serviços, exceto na UPA do Sítio Cercado; neste serviço o motivo para tal permanência dos pacientes é a falta de serviços para encaminhamento. Na UPA de Foz do Iguaçu também se relatou como causa a deficiência no seguimento do protocolo de fluxo dos pacientes e também a dificuldade de contratação de médicos para o serviço. Todos os coordenadores negaram que os motivos da maior permanência estivessem ligados à deficiência de transporte por mecanismos formais de encaminhamento.

Nas UPAs de Cascavel e Sarandi é frequente o retorno de pacientes atendidos previamente, com as mesmas queixas. Nas UPAs de Maringá, Pinheirinho, Sítio Cercado e Foz do Iguaçu o retorno ocorre em alguns casos; na UPA de Castro este fato é raro.

5.3. Perfil de risco predominante nos atendimentos das UPAs.

Segundo o artigo 2º da Portaria nº 1601, item III e IV, a UPA tem as seguintes competências:

[...] implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso e estabelecer/adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário [...]

De acordo com os gestores, em todos os serviços pesquisados existe classificação de risco dos usuários que buscam as UPAs com alguma queixa específica. Em 71,4% das unidades o perfil predominante dos pacientes atendidos é de risco intermediário, porém nos pronto atendimentos de Sarandi e Foz do Iguaçu foi identificado um perfil de baixo risco dos atendimentos. Na UPA de Sarandi, no período de 21/10 a 20/11/2012, foram realizados 6.755 atendimentos, sendo 95,6% de baixo risco (classificação azul e verde).

A classificação de risco, em 57,1% das UPAs (Castro, Sarandi, Pinheirinho e Sítio Cercado) é realizada pelo enfermeiro(a). Nas unidades de Maringá e Cascavel (28,6%) a triagem é realizada pelo(a) técnico(a) de enfermagem. No serviço de Foz do Iguaçu não foi informado quem é o profissional responsável por este procedimento.

Entre os protocolos para classificação de risco utilizados nas UPAs, observou-se que, nas unidades de Curitiba e Maringá (43,9%), está padronizado o protocolo Manchester como protocolo de triagem. Na UPA Moacir Elias, de Castro, é utilizado um protocolo próprio. Na UPA de Sarandi é seguida a recomendação do protocolo do Ministério da Saúde de 2004. Foz do Iguaçu não informou em qual protocolo baseia seus atendimentos. Em Cascavel a normatização da classificação de risco é uma associação dos modelos canadense e Manchester adequada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em Maringá, o treinamento para a classificação de risco é destinado aos diversos profissionais de saúde e, ainda, para acadêmicos, integrantes dos conselhos municipais de saúde, polícia civil e militar, corpo de bombeiros, polícia rodoviária federal, seguranças, funcionários administrativos, SAMU e ministério público (Ibañez et. al., 2013b).

5.4. Avaliar a adequabilidade das UPAs segundo recomendação do Ministério da Saúde.

A Portaria nº 1601, de julho de 2001, estabelece diretrizes para implantação das UPAs de acordo com o porte de cada unidade e seus pré-requisitos são diferentes e devem ser cumpridos a fim de proporcionar um ideal de funcionamento do estabelecimento.

Para as quatro UPAs localizadas na região metropolitana, as variáveis população de abrangência, número mínimo de médicos no plantão de 24 horas e número mínimo de leitos de observação estão adequadas (Tabela 3). Nas três UPAs localizadas em regiões do interior do estado, a variável população de abrangência está adequada, sendo que em dois (66,7%) dos serviços o número de atendimentos médicos em 24 horas e número mínimo de leitos de observação estão 100% adequados. Entretanto para a variável número mínimo de médicos por plantão todas as UPAs do interior estão inadequadas (Tabela 3).

Tabela 3- Adequabilidade das UPAs. Paraná, 2013.

UPA	Porte	População da área de Abrangência (1000/hab)	Nº de Atendimentos Médicos	Nº min de médicos /plantão	Nº min de leitos de observação
Pinheiro	II	50 – 100	400	30	20
Sítio Cercado	III	200 – 300	500	10	24
Maringá	III	> 300	500	8	20
Sarandi	I	< 50	250	3	14
Foz do Iguaçu	III	300	350	5	44
Cascavel	III	100 – 200	350	4	21
Castro	II	50 – 100	300	3	12

Por esta análise podemos concluir que nenhuma das UPAs do Paraná está totalmente adequada, segundo a recomendação de indicadores do Ministério da Saúde. Todas as UPAs que se localizam em regiões metropolitanas possuem excesso no número de atendimentos médicos, apesar do quadro de médicos estar de acordo

com a recomendado. Entretanto nas UPAs do interior a falta de profissionais médicos pode comprometer o funcionamento do serviço.

6. Discussão

Ribeiro e Barata (2012), em estudo sobre a análise da distribuição populacional e dos fatores de exposição, referem que a condição de saúde da população somente será satisfatória, quando o sistema priorizar a melhora do estado de saúde da população, com redução da mortalidade, diminuição da incidência de doenças, aprimoramento da qualidade dos serviços e a redução das desigualdades sociais.

Diante das deficiências observadas no atendimento às urgências no Brasil, como as dificuldades de acesso e as falhas nos mecanismos de referência, a Portaria nº 1020/2009 foi promulgada, estabelecendo as diretrizes para a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), responsáveis pelo atendimento de casos de complexidade intermediária, estabelecendo as necessárias relações com a atenção primária e a atenção terciária.

Entretanto, antes mesmo da normatização, várias cidades já possuíam serviços capacitados e com funções específicas para esse atendimento intermediário, entre a atenção primária e a hospitalar. Assim, a implantação das UPAs em Curitiba, no Paraná, ocorreu a partir dos Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUMs); em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (Ibañez et al., 2013e) e em Belo Horizonte, Minas Gerais, ela ocorreu a partir dos Centros Regionais de Saúde (CRSs) (Ibañez et al., 2013f); em Aracaju, Sergipe, os quatro serviços já existentes foram transformados em UPAs a partir de 2010, pois antes eram definidos como hospitais de pequeno porte (Ibañez et al., 2013d). Já na cidade do Rio de Janeiro, a

implantação desses serviços aconteceu a partir de 2007, com inaugurações sucessivas, totalizando as 61 UPAs registradas no final de 2012 (Ibañez et al., 2013c). Acrescenta que o tamanho e a concentração da população, associados à insuficiência de serviços de saúde e às condições socioeconômicas da população, foram os principais itens apresentados como justificativa para a rápida implantação desses serviços, reafirmando a diversidade dos processos de implantação dessas unidades de pronto-atendimento observada nos estados estudados.

O'Dwyer (2010), em seu estudo, questiona a implantação das UPAs a partir de um processo decisório político (“mediante o uso do poder”), referindo que a estratégia estaria pontuada, tanto pelo aspecto das necessidade técnica do sistema, como pelo grande impacto político eleitoral momentâneo. No Paraná, apesar da existência prévia das três unidades de atenção secundária, a distribuição de recursos orçamentários e a formalização administrativa somente ocorreram a partir de janeiro de 2011, quando se deu, formalmente, início à Política de Urgência do Estado. Ao compararmos com a periodização das UPAs no estado do Rio de Janeiro, nota-se que lá as iniciativas de constituição de uma rede de atenção às urgências também foram realizadas no período de 2011 a 2012, após uma rápida expansão e interiorização destes serviços (Ibañez et. al., 2013c).

O financiamento das UPAs no Paraná ocorreu de forma direta, entre o Ministério da Saúde e os municípios, não havendo interlocução do governo estadual; os repasses financeiros, entretanto, não ocorreram na periodicidade prevista. No período da pesquisa, as UPAs de Castro e Sarandi estavam sem receber os recursos para o custeio há três meses e sendo financiadas por seus respectivos municípios. A falta de financiamento também foi relatada em Mato Grosso do Sul, onde os recursos

federais enviados foram insuficientes para a implantação dos serviços, visto que, não foi possível reaproveitar as instalações dos Centros Regionais de Saúde que já possuíam funções semelhantes para a atenção secundária (Ibañez et al., 2013e).

Segundo O'Dwyer (2010) as dificuldades de relacionamento entre as esferas de governo federal, estadual e municipal impediram a normatização e a instituição do direito à saúde no país. O federalismo atual, ao mesmo tempo em que exige responsabilidades, disponibiliza incentivos para políticas cooperativas com o estado e os municípios; porém, a dependência do financiamento federal pode criar situações conflitivas que prejudicam as possíveis políticas de cooperação, como é o caso do financiamento das UPAs do Paraná.

O sistema de gerenciamento das unidades de pronto-atendimentos no Estado do Paraná ocorreu por administração direta via município, assim como ocorreu em Mato Grosso do Sul (Ibañez et al., 2013e) e Sergipe (Ibañez et al., 2013d). Em Minas Gerais, 80,0% dos gestores afirmaram que os serviços estavam sob a administração direta, 7,0% sob a administração indireta ou contratos com organizações sociais (Ibañez et al., 2013f). No Rio de Janeiro, apesar de 63,2% das UPAs atuarem como administração direta, existe um percentual crescente de serviços administrados via organizações sociais (36,8%); uma realidade exclusiva deste estado (Ibañez et al., 2013c). Konder (2013) afirma que a transferência da gestão para organizações sociais pode levar a um aumento da fragmentação da rede de atenção à saúde, com consequências na elaboração de fluxos e pactuações.

Os mecanismos de avaliação, nas UPAs do Paraná, estavam presentes em apenas três serviços e com baixa frequência. Comparando, em Sergipe, as avaliações ocorriam em 75,0% dos serviços pesquisados, em todos numa periodicidade mensal e

com participação dos governos estadual e municipal, através de reuniões e supervisão de atividades (Ibañez et al., 2013d). Em Minas Gerais, os mecanismos de avaliação eram adotados em 60,0% dos serviços pelas respectivas secretarias municipais responsáveis por esta função; apenas 13,0% referiram que o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde realizavam estas avaliações (Ibañez et al., 2013f). Novaes (2000 e 2004) destaca a importância de avaliações em saúde, como item essencial para a tomada de decisão na gestão e a identificação dos impactos da tecnologia ou alterações da estrutura para o sistema de saúde, contribuindo para o aprimoramento do objeto avaliado.

No Paraná, 71,2% dos pacientes das UPAs eram procedentes do próprio município, aumentando a demanda desses serviços. Em Minas Gerais, 60,0% dos serviços atendiam pacientes não somente do município, mas também de outros municípios; e apenas 30,0% dos serviços atendiam pacientes oriundos de um território de abrangência (Ibañez et al., 2013f). No Rio de Janeiro, além de apresentar a maior concentração de UPAs do país, esta concentração estava situada no estado e, em 64,4% dos serviços pesquisados, os pacientes eram provenientes de todo o município ou de cidades próximas (Ibañez et al., 2013c).

As demandas das Unidades de Pronto Atendimento do Paraná eram maiores do que sua capacidade. Para Gomide (2012), a aparente facilidade de acesso a esses serviços e a garantia de recursos (consultas, exames, medicamentos) no momento da procura são fatores considerados importantes pela população e, indiretamente, contribuem para um excesso de atendimentos em relação à sua capacidade. Nas UPAs de Minas Gerais constata-se que 60,0% possuíam demanda superior à capacidade de atendimento (Ibañez et al., 2013f); no Estado de Sergipe este

percentual era de 75,0% (Ibañez et al., 2013d); e no estado do Rio de Janeiro de 53,9%, sendo que 43,4% tinham demanda compatível com capacidade e 1,3% demanda inferior à capacidade de atendimento (Ibañez et al., 2013c).

A constante busca por serviços de urgência para o atendimento da atenção primária pode demonstrar uma falha no vínculo com o sistema de saúde. Assim como o demonstrado no estudo de Gomide (2012), em Ribeirão Preto, São Paulo, nas UPAs do Paraná (exceto as de Curitiba), assim como em 60,0% das UPAs de Minas Gerais (Ibañez et al., 2013f) e em 64,4% das UPAs do Rio de Janeiro, os usuários buscam seu atendimento sem levar em consideração a localização geográfica do serviço e, sim, o local que irá satisfazer da melhor maneira suas necessidades (Ibañez et al., 2013c).

Gomide (2012) acrescenta ainda, como fatores do aumento da demanda nas UPAs, a difícil acessibilidade organizacional nas unidades básicas de saúde e a questão sociocultural, isto é, a maneira como os indivíduos entendem o processo saúde-doença. Konder (2013) relata que a atenção primária apresenta dificuldades para atender demandas espontâneas diante das responsabilidades pré-estabelecidas; ou que, em alguns casos, existe falta de qualificação dos profissionais. Almeida et al. (2011) afirmam que a capacitação profissional deve ser considerada um eixo estratégico, para ampliar a resolutividade da atenção primária e evitar que os casos não urgentes se tornem atendimentos excessivos para as UPAs. Além disso, relatam que a falta de valorização do médico de família e de comunidade pelos próprios profissionais de saúde, pela sociedade e pela universidade também é considerada um obstáculo para confiança dos usuários na conduta médica.

Em geral, de acordo com o estudo foi possível concluir que há uma

integração parcial das UPAs aos componentes da Rede Paraná Urgência; e que há uma desigualdade organizacional e de gestão, entre os serviços das regiões metropolitanas e do interior. Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), o princípio da integralidade do SUS se refere à integração dos serviços através das várias relações, a fim de proporcionar o melhor ciclo de vida aos seus usuários, determinando um “sistema sem muros”, onde as barreiras de acesso para os vários níveis de atenção são eliminadas e estes níveis estejam conectados por um eficiente sistema de informação.

Giovanella et.al.(2002) relatam que o conceito da integralidade se estende também à oferta organizada de assistência, com garantia de referências e contra referências na rede; e acrescentam, ainda, que a existência dessas garantias sinaliza um estágio mais avançado de articulação entre os diversos níveis de atenção. Em Curitiba, através do sistema de prontuários do município, foi possível acessar as informações sobre consultas, exames laboratoriais, uso e dispensação de medicamentos, participação em atividades de promoção de saúde e de internamentos, a partir das unidades básicas/estratégia de saúde da família, das UPAs e da secretaria municipal de saúde. Além disto, é possível obter relatórios periódicos, sejam eles por doenças, por faixa etária dos pacientes, profissionais de saúde ou área de abrangência das equipes de saúde da família. O sistema, no entanto, depende de profissionais comprometidos, que fazem o registro dos dados devido, pois a referência só ocorrerá se o encaminhamento for feito de forma adequada. No período da pesquisa, o município de Maringá estava implantando um sistema próprio de informação, que interligaria os serviços de saúde municipais; faltava apenas a conectividade com quatro unidades básicas de saúde, a UPA e o Hospital Municipal. Acrescente-se,

porém, que os serviços de referências e contra referências ainda não estavam estabelecidos nas UPAs dos municípios do interior do estado; uma circunstância que não é exclusiva e específica apenas de municípios do interior, como comprova o estudo de Almeida et al. (2010), que aponta, quatro centros urbanos, em 2008, que não possuíam um sistema de contra referência, apesar de os fluxos estarem estabelecidos.

O estado de Sergipe é considerado, segundo instâncias federais, um dos que apresenta deficiências importantes, quanto à alimentação dos sistemas de informação em saúde; segundo os gestores locais, os atendimentos nas unidades de pronto atendimento não são registrados por falta de computadores (Ibañez et al, 2013d). No Estado do Rio de Janeiro, todas as UPAs possuem prontuário eletrônico, com sistemas de software diferenciados, de acordo com a unidade gestora; há deficiências, no entanto, nas interconexões com a atenção primária e terciária (Ibañez et al., 2013c). Em Minas Gerais, não há um sistema informatizado; entretanto, isto não foi um empecilho para o desenvolvimento da rede de urgência e, segundo os gestores locais, há normatização e fluxos definidos dos atendimentos e serviços (Ibañez et al., 2013f). Almeida et. al. (2010) afirmam que a falta de integração da rede se deve à falta de comunicação entre os diferentes prestadores, à insuficiência de fluxos pré-estabelecidos para a atenção terciária e à ausência de políticas para a média complexidade.

No Paraná, todas as UPAs amostradas recebem pacientes encaminhados das UBS, mesmo não sendo casos da atenção secundária; e a via inversa, ou seja, a contra referência dos pacientes das UPAs para a atenção primária, está disponível em 85,7% delas. Para incentivar a educação da população a respeito da compatibilidade

de suas queixas e os níveis de atenção em saúde, em Minas Gerais, os pacientes que encaminhados para as UPAs, via UBS, têm prioridade no atendimento, e existe um fluxo de referência e contra referência pactuado e seguido pelos profissionais de saúde, em nível regional, com os outros componentes da rede de urgência; entretanto a pertinência dos casos nem sempre é a ideal e a falta de vagas na atenção terciária também é um problema no estado (Ibañez et al., 2013f). Segundo coordenadores das UPAs de Minas Gerais, a contra referência para a atenção primária ocorre em 80,0% das unidades; no Mato Grosso do Sul isso ocorre em 100% dos serviços (Ibañez et al., 2013e).

Segundo coordenadores das UPAs do Paraná, em 57,1% dos serviços, existe disponibilidade para o encaminhamento de pacientes para os ambulatorios de especialidades médicas, e em 42,9% para aos ambulatorios de especialidades não-médicas. Em Minas Gerais, o referenciamento para os ambulatorios de especialidades médicas ocorrem em 73,0% das unidades; entretanto, não houve relatos dos coordenadores, sobre a disponibilidade de encaminhamento para ambulatorios de especialidades não médicas (Ibañez et al., 2013f). No Mato Grosso do Sul, não há disponibilidade para o referenciamento para ambulatorios médicos, de fisioterapia, odontologia e psicologia (Ibañez et al., 2013e). Em Sergipe, as funções de referência e contra referencia estão restritas à regulação de leitos, ao SAMU e ao Hospital Universitário do Estado (Ibañez et al., 2013d).

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Paraná pode ser considerado como uma eficiente estratégia para a referência e contra referência da população proveniente de pequenos e médios municípios do estado, e que não possuem níveis mais complexos de atenção à saúde. Segundo os critérios de sistemas intermunicipais

articulados e descritos por Giovanella et.al. (2002). Segundo Lima (2000), a falta de profissionais especializados é a justificativa mais relatada para criação dos consórcios; um fato este bastante controverso, pois, nas regiões sul e sudeste, onde há um excesso de especialistas, registram-se as maiores concentrações dos consórcios. Conclui-se que não existe consenso firmado sobre as motivações e critérios para a criação dos consórcios, embora eles representem alternativas eficazes para minimizar as diferenças entre os municípios.

Para Göttems e Pires (2009), a média complexidade se pontua na economia de escala, ou seja, nas consultas de especialidades, procedimentos diagnóstico terapêuticos; o complexo tecnológico e a oferta de serviços seguem uma linha de redução dos custos de produção, à medida que a quantidade de ações em saúde aumentam. Para Viana e Silva (2007 e 2011), a economia de escala é comum nos serviços de saúde, por eles apresentarem custos fixos mais altos que os custos variáveis de produção; assim, a média complexidade possui uma interface direta com o financiamento e a manutenção do setor privado como sistema complementar ao SUS. Göttems e Pires (2009) analisam que apesar dos princípios e diretrizes da atenção básica, a economia de escala torna-se insuficiente para modificar a lógica de produção e das ações em saúde, principalmente de média complexidade, na dimensão política e econômica do SUS.

De acordo com as normativas de implantação das UPAs, existe classificação de risco em todos os serviços da amostra do Paraná, seguindo o princípio da equidade do SUS, ou seja, o mandamento constitucional de que a “saúde é um direito de todos”. Para Viana, Fausto e Lima (2003), almejar a equidade na política de saúde é tentar reduzir as diferenças de fatores evitáveis, a fim de amenizar as

diferenças injustas. No Rio de Janeiro, estado com maior concentração de serviços de pronto atendimento do país, a classificação de risco ocorre também em todos os serviços, como forma de priorizar o atendimento de casos de maior gravidade (Ibañez, et al., 2013c). Em Sergipe, por falta de profissionais treinados para a triagem, a classificação de risco ocorre somente no período diurno, em um dos serviços, pois, após este período os atendimentos são realizados conforme a ordem de chegada dos pacientes (Ibañez, et al., 2013d). Em Minas Gerais, o Protocolo de Manchester foi implantado em 3000 unidades de atenção da rede de urgência e emergência – ou seja, não somente nas UPAs – e está associado aos fluxos das linhas guias centradas na gravidade, no tempo máximo para resposta e nos recursos adequados, determinando quais fluxos devem ser seguidos na classificação de risco (Ibañez, et al., 2013f).

Alvaréz (2010) afirma que os sistemas de classificação de risco devem identificar e diferenciar os pacientes graves daqueles não graves, garantindo um atendimento de acordo com a triagem e, quando necessário, realizar a reavaliação dos usuários, consequentemente, melhorando o fluxo dos pacientes no serviço e evitando a superlotação. Jiménez (2000, apud Alvaréz et. al., 2010, p.172-82)¹⁵ propõem alguns indicadores para analisar a qualidade do serviço de urgência e, que obrigatoriamente, devem estar presentes no sistema de classificação de risco. Acrescentam ainda, que o número de pacientes não atendidos pelos médicos, deve ser menor que 2,0% dos usuários que procuram o serviço de urgência; outro indicador recomendado para avaliação é o tempo de espera menor de 10 minutos,

¹⁵ Jiménez O, Conde A, Marchena J, Pavón JM, Dávila CD, Barber P. Factores predictores del tiempo de estancia de los ancianos en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergências* 2000; 12:172-82.

desde a chegada do usuário até o seu atendimento na triagem, assim como o tempo de duração para a classificação de risco, que deve ser menor que 5 minutos. Por fim, recomendam, ainda, como último indicador para mensurar a qualidade do serviço, o tempo de espera para ser atendido pelo médico, que deve ser no máximo de 240 minutos, segundo os critérios da classificação. Para Alvaréz (2010), o Protocolo de Manchester é considerado um bom sistema de classificação, por contemplar 52 motivos de consulta e por ser de fácil aplicação. É o protocolo mais utilizado na Europa, desde 1994, tendo passado, até o momento, por muitas revisões e validações.

Os atendimentos de casos com risco intermediário, na maioria das UPAs do Paraná, é realizado conforme o pré-estabelecido para a atenção secundária; entretanto, o atendimento de casos de baixa complexidade nos serviços de Sarandi e Foz do Iguaçu não é realizado conforme o proposto, sugerindo desta forma possíveis falhas na atenção primária. As doenças sexualmente transmissíveis, afecções do trato urinário, afecções ginecológicas, lombalgia e doenças osteoarticulares, distúrbios mentais, afecções do trato digestivo, infecções respiratórias agudas e abuso de álcool e drogas, foram consideradas as patologias de baixo risco mais frequentes nos pronto atendimentos, e que poderiam ser solucionadas nas unidades básicas de saúde e nas unidades de estratégia de saúde da família. Este cenário, para o Estado do Paraná, não difere muito do encontrado nas UPAs do Rio de Janeiro, onde predominaram 67,1% dos serviços de atendimentos de baixo risco e 32,9% de serviços com risco intermediário (Ibañez et al., 2013c). Nos serviços de Sergipe foram identificados pelos coordenadores os atendimentos de baixo risco e risco intermediário, mas não foram quantificados os percentuais (Ibañez et al., 2013d). No Mato Grosso do Sul,

segundo os coordenadores das UPAs, 66,6% de atendimentos são para baixo risco, e o restante para risco intermediário (Ibañez, et al, 2013e).

Em um estudo realizado por Pires et al.,(2013) com uma amostra de 820 usuários do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, em sete UPAs também foi possível observar que 57,4% das afecções eram leves, enquanto as afecções moderadas e graves representaram 21,8% dos problemas e procedimentos prestados pelo SUS; as consultas médicas básicas aparecem em primeiro lugar na lista dos procedimentos mais utilizados pelos usuários. Os autores observam ainda a duplicidade de ações entre a atenção básica e os pronto atendimentos, indicando uma oferta suficiente em termos de cobertura populacional, com pouca influência na utilização dos procedimentos por níveis de atenção, destacando-se, neste contexto, a UPA como a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde. É necessário, nesse contexto, considerar a complexidade que existe na definição do princípio da equidade, ou seja, na igualdade de oportunidade na utilização de serviços, de acordo com as necessidades e corrigindo os desequilíbrios regionais e sociais.

Ibañez et al.,(2006) relatam que a atenção básica se apresenta como um importante componente estratégico de organização dos serviços, com uma capacidade de recursos essenciais e com maior flexibilidade das estruturas que compõem sua organização, e um aporte tecnológico suficiente para atender às necessidades da população. Discorrem que no estudo de avaliação de desempenho da atenção básica, realizado no estado de São Paulo, as dimensões porta de entrada, longitudinalidade e profissionais foram as que apresentaram um valor satisfatório, independente da localização dos municípios. Entretanto as dimensões acesso, coordenação, orientação comunitária, enfoque familiar e elenco de serviços foram

pontuadas com valores abaixo de 50% na média, sendo, portanto, consideradas insuficientes. Afirmam ainda que, estas dimensões, apesar das falhas, são essenciais para a construção da atenção básica e que modificações exigem esforços dos profissionais e gestores em saúde.

Boing et.al. (2010) realizaram um estudo para descrever a prevalência de consultas médicas e os fatores associados, na população adulta do município de Lages, Santa Catarina. Identificaram na amostra de 2.022 pessoas que a prevalência de consultas médicas, nos 12 meses anteriores à entrevista, foi de 76,0%, para as mulheres, para os que possuíam maiores índices socioeconômicos, tabagistas, ex-tabagistas, etilistas e diagnosticados com diabetes. Destacaram que o uso da informação em saúde e dos dados epidemiológicos devem auxiliar nas práticas locais e na gestão dos problemas, com o propósito de eliminar iniquidades na saúde e garantir um estado completo de bem estar físico, mental e social para todos.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, para a implantação das UPAs, o porte de cada serviço define as características da população da área de abrangência, número de atendimentos médicos, número mínimo de médicos por plantão e número mínimo de leitos de observação. Na amostra das UPAs do Paraná, os serviços não estavam de acordo com as normativas do Ministério da Saúde, conforme seu respectivo porte. Diante dos resultados, foi possível evidenciar que, mesmo com o número mínimo adequado de médicos nas UPAs das regiões metropolitanas, o número de atendimentos médicos nestes serviços permanecem superiores ao estabelecido pelo governo federal; ou seja, estas unidades de pronto atendimento estão atendendo pessoas fora da sua área de abrangência, como é o caso de municípios satélites, que sobrecarregam estes serviços. Para as três UPAs do

interior, destaca-se a falta de número mínimo de médicos por plantão; e apenas o serviço de Foz do Iguaçu apresenta uma população de abrangência maior do que a estabelecida, provavelmente, em consequência de estar o serviço numa região de fronteira internacional. Destaca-se que as estruturas físicas, quanto ao item número mínimo de leitos por serviço, se mantêm adequadas em todas as unidades, independente de sua localização no estado.

Assim, quanto ao desempenho das funções do sistema de saúde, para a Rede Paraná Urgências com foco nas UPAs observou-se a ausência da função governança, principalmente de nível estadual, com as unidades de pronto atendimentos caracterizadas como serviços centrados unicamente na gestão de nível municipal. A função financiamento também não está totalmente contemplada, como no caso das UPAs de Sarandi e Castro, que estavam sem receber repasses federais, conforme relatados na época da pesquisa. Os recursos humanos estão contemplados de maneira parcial nas UPAs do Paraná, ou seja, somente nos serviços das regiões metropolitanas, onde o número mínimo de médicos está de acordo com o normatizado. Por fim, as funções organização e administração da oferta de serviços também estão contempladas de maneira parcial, pois há uma quantidade excessiva de atendimentos médicos nos serviços das regiões metropolitanas.

O estudo permitiu concluir que as UPAs do Paraná não estão organizadas como uma rede de serviços; como seus mecanismos de regulação estão centrados em níveis municipais, principalmente no SAMU, não existem meios para integração regional ou estadual, um problema que se reflete na questão das referências e contra referências para todos os níveis de atenção em saúde. Apesar disso, os gestores estaduais reconhecem a importância do papel das UPAs na Rede Paraná Urgência,

como ordenadoras da atenção secundária e como filtros para evitar a sobrecarga das emergências hospitalares.

Viana e Lima (2011) relatam que a regionalização do SUS é um processo político que está submetido às diferentes relações dos governos (federal, estadual, municipal) com as organizações e os usuários em um mesmo território, em busca da adequação e da complementaridade das ações de saúde nas regiões. Ribeiro (2000b) afirma que a regionalização deve ser tratada como uma ferramenta para definir fronteiras, a fim de ampliar ações analíticas, políticas, econômicas e sociais.

De acordo com suas necessidades e condicionantes, o Paraná desenvolveu uma política de saúde, assim como os outros estados, marcada por vários conflitos envolvendo as várias esferas de governo, principalmente nas questões de financiamento e governança. Mesmo após a implantação do Pacto pela Saúde – com 100% de adesão dos municípios em 2010, com fatores condicionantes histórico-estruturais, político-institucionais e conjunturais favoráveis à pactuação – a regionalização da saúde no Paraná apresenta fragilidades estruturais e sequer procedeu à capacitação dos conselheiros estaduais e municipais das cidades definidas como prioritárias em 2009. Viana et al., (2008) afirmam que as desigualdades históricas e geográficas demonstram a relevância da regionalização no sistema de saúde, para a articulação e adaptação das políticas nacionais a cada região. Albuquerque (2013) acrescenta que a existência e a consolidação, no sistema de saúde regional, de uma associação entre o público-privado interfere para o aumento das desigualdades em saúde e relata que a oferta privada de serviços é um dos entraves para planejamento regional.

7. Considerações Finais

Um eficiente planejamento e uma gestão capacitada são estratégias importantes e necessárias para uma melhora dos serviços de saúde no país. As políticas de saúde, ao longo dos últimos anos, com a descentralização e a regionalização da saúde, buscaram ampliar o acesso da população aos serviços e reestruturar as regionais de saúde através de critérios de funcionamento e hierarquização dos fluxos assistenciais.

Este trabalho apresentou como fatores limitantes para a sua execução a discrepância de informações entre o Ministério da Saúde e o governo estadual sobre o universo e o porte das Unidades de Pronto-Atendimentos no estado.

Os diferentes níveis de atenção na saúde buscam a universalidade, integralidade e a equidade dos atendimentos, norteadas pelo direito à saúde; entretanto, uma insuficiência de estruturação da rede pública dos serviços acarreta uma sobrecarga dos mesmos. A assistência hospitalar, com incentivos municipalistas, teve seu período de expansão, mas este foi um progresso insuficiente para responder às alterações demográficas e socioeconômicas do país. A atenção básica, com a estratégia de Saúde da Família, deixou evidente que é necessário planejar de forma adequada a oferta eficiente dos serviços da atenção primária, e que ela não está sendo a ordenadora do sistema de saúde, que ela necessita de requalificação.

A atenção secundária, com as consultas especializadas e os atendimentos de urgência e emergência nas Unidades de Pronto Atendimento, também necessita de

reformulações em sua política nacional e na efetivação desta política em cada município. As dificuldades na organização da atenção secundária devem ser elencadas e discutidas nos níveis federal, estaduais e municipais, a fim de se obterem melhores práticas em saúde.

As UPAs do Paraná apresentaram diferentes problemas, de acordo com a gestão de cada município; evidencia-se, entretanto, que há uma integração parcial das Unidades de Pronto Atendimento com as redes de atenção à saúde, principalmente com a Rede Paraná Urgência. Porém, apesar dos fluxos estarem estabelecidos pela Rede Paraná Urgência, há entraves na prática que dificultam o seguimento dos protocolos, seja por falta de profissionais capacitados, seja pelas dificuldades estruturais de referência/contra referência de pacientes nas macrorregiões. Embora haja experiências pontuais de sucesso através das redes temáticas no Paraná – como acontece com o Programa Mãe Curitibana, que precedeu ao Programa Mãe Paranaense –, ao pensar em redes de atenção à saúde, o sistema se apresenta obsoleto e com baixa regionalização e hierarquização dos serviços. Mesmo com a existência de um SIATE e de uma regulação estadual de leitos incipiente desde a década de 90, a organização e a administração dos serviços de saúde de urgência e emergência do Paraná não funcionam totalmente interligadas, e possuem grandes diferenças estruturais entre os municípios. O Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) se propõe a amenizar essas diferenças e qualificar os municípios para a atenção secundária, fortalecendo desta maneira a Rede Paraná Urgência.

O governo estadual reconhece as UPAs como um componente da rede de extrema importância; no entanto, não possui mecanismos de avaliação e gestão,

assim como não auxilia os municípios com repasses oriundos da esfera federal na questão do financiamento; é necessário que o estado amplie sua participação na implantação e gestão desses serviços.

Apesar da crescente conscientização sobre prevenção e promoção de saúde, estas duas estratégias ainda não fazem parte da Rede Paraná Urgência e possuem pouca interação com os demais componentes do sistema, apesar da importância delas, em todos os níveis de atenção a saúde, por trabalharem com indicadores em longo prazo. Associadas às estratégias de qualificação dos demais serviços da rede, as UPAs poderão ter sua demanda reduzida, passando a trabalhar de acordo com suas reais capacidades de atendimento.

As UPAs necessitam estar integradas a uma política de redes de atenção em saúde para ampliarem a sua resolutividade; urge uma maior participação do estado na implantação/funcionamento das UPAs, revisando e reformulando critérios de localização nos territórios. A implantação de um sistema informatizado nas macrorregionais reduziria a demanda nos serviços e facilitaria os fluxos assistenciais. Além disso, a padronização nos mecanismos de avaliação facilitaria o processo de planejamento. Só assim as funções dos sistemas de saúde estariam de fato presentes, garantindo o direito à saúde para todos.

8. ANEXOS

ANEXO A**QUESTIONÁRIO AO COORDENADOR DA UPA****PESQUISA: DIAGNÓSTICO DA INTEGRAÇÃO E DA ADEQUABILIDADE DAS UPAS DO ESTADO DO PARANÁ ÀS REDES DE ATENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

Código do Questionário: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Entrevistador: _____

Município: _____

UF: _____

Nome do entrevistado: _____

Nome do cargo/função: _____

Telefone: (____) _____

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Brasil. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências em seu município.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas. O TCLE deverá ser apresentado e assinado antes de iniciar a entrevista.

I. Dados demográficos

1.1. Nome da Cidade: _____

1.2. Estado: _____

1.3. Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

1.4. Faixa Etária

- ☐ De 20 a 30 anos
- ☐ De 31 a 40 anos
- ☐ De 41 a 50 anos
- ☐ De 51 a 60 anos
- ☐ Mais de 60 anos

1.5. Possui Curso de Graduação

- ☐ Sim.Qual? _____
- ☐ Não

II. Porte, Estrutura

2.1. Qual o porte desta UPA?

- ☐ Porte I
- ☐ Porte II
- ☐ Porte III

2.2. Qual a população da área de abrangência desta UPA?

- ☐ Menos de 50 mil habitantes
- ☐ De 50 mil até 100 mil habitantes
- ☐ Mais de 100 mil até 200 mil habitantes
- ☐ Mais de 200 mil até 300 mil habitantes
- ☐ Mais de 300 mil habitantes

2.3. Especifique o número médio de atendimentos médicos realizados por dia nesta UPA: _____ atendimentos médicos em 24 horas.

2.4. Especifique o número de médicos que atendem em um plantão de 24 horas nesta UPA: _____ médicos por plantão.

2.5. Especifique o número de leitos de observação existentes nesta UPA:
_____ leitos de observação.

2.6. Existe algum curso de capacitação em urgência/emergência oferecido para os profissionais que atuam na UPA?

Admite mais de uma resposta; considerar em outros quando o critério for indicação

- ☐ Sim, para os médicos
- ☐ Sim, para os enfermeiros
- ☐ Sim, para outros profissionais. Especifique os profissionais: _____
- ☐ Não

2.7. Quais serviços de apoio diagnóstico e terapêutico estão disponíveis nesta UPA? Admite mais de uma resposta.

- ☐ Radiologia
- ☐ Eletrocardiografia
- ☐ Laboratório de análises clínicas
- ☐ Ecocardiografia
- ☐ Endoscopia
- ☐ Ultrassonografia
- ☐ Outros. Especifique: _____

III. Caracterização das UPAs

3.1. Especifique o ano de implantação desta UPA (início do funcionamento): _____

3.2. O que justifica a implantação da UPA neste território? Admite mais de uma resposta.

- ☐ Condições socioeconômicas da população
- ☐ Tamanho e concentração da população
- ☐ Insuficiência de serviços de saúde
- ☐ Organização da rede de atenção às urgências na região
- ☐ Reivindicação da população/da comunidade
- ☐ Atuação de políticos /parlamentares
- ☐ Outros. Especifique: _____
- ☐ Não sabe

3.3. Você considera adequada a localização desta UPA?

- ☐ Sim
- ☐ Não. Justifique: _____

3.4. Qual o modelo de gestão desta UPA?

- ☐ Administração direta (ex: Secretaria Estadual de Saúde e/ou Secretaria Municipal de Saúde). Especifique: _____
- ☐ Administração indireta (ex: Fundações públicas). Especifique: _____
- ☐ Organização Social. Especifique: _____
- ☐ Outra. Especifique: _____

3.5. Quem realiza a avaliação desta UPA? Admite mais de uma resposta.

- ☐ Ministério da Saúde. Especifique : _____
- ☐ Secretaria de Estado de Saúde. Especifique: _____
- ☐ Secretaria Municipal de Saúde. Especifique: _____
- ☐ Conselho de Saúde. Especifique: _____
- ☐ Outros. Especifique: _____

3.6. Quais mecanismos para avaliação desta UPA estão implantados? Admite mais de uma resposta.

- Reuniões com os gestores do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria municipal/ou estadual)
- Supervisão das atividades. Especifique órgão supervisor: _____
- Relatórios de gestão
- Outros. Especifique: _____

3.7. Qual a periodicidade da avaliação desta UPA?

- Mensal
- Semestral
- Anual
- Outro. Especifique: _____

IV. Assistência Prestada

4.1. Qual a origem predominante dos pacientes atendidos nesta UPA?

- Uma região dentro do município
- Todo o município
- Grupo de municípios
- Todo o estado
- Não existe área de abrangência definida para esta UPA
- Não sabe

4.2. Quanto à relação entre demanda e capacidade de atendimento nesta UPA, você considera que:

- A demanda é superior à capacidade de atendimento
- A demanda é compatível com a capacidade de atendimento
- A demanda é inferior à capacidade de atendimento
- Não sabe

4.3. Dos usuários que chegam nesta UPA, quais demandas não são atendidas pelo médico? Admite mais de uma resposta.

- Casos considerados passíveis de atendimento em unidades básicas de saúde
- Casos para os quais não existe especialista na UPA (ex: Ortopedista, Pediatra, Otorrinolaringologista, Oftalmologista)
- Casos que requerem atendimento hospitalar imediato
- Casos de solicitação de reposição de receituário médico, de medicamentos ou de pedidos de exames
- Casos de solicitação de atestado médico
- Outros. Especifique: _____
- Todos os casos que chegam recebem atendimento médico
- Não sabe

4.4. Esta UPA realiza atendimentos de casos pediátricos?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sabe

4.5. Qual a principal faixa etária dos pacientes atendidos nesta UPA?

- < de 1 ano
- 1 ano a 9 anos
- 10 anos a 19 anos
- 20 anos a 39 anos
- 40 anos a 49 anos
- 50 anos a 59 anos
- 60 anos ou mais

4.6. Existe classificação de risco nesta UPA?

- Sim. Especifique:
- Não

- Não sabe

4.7. Qual o profissional responsável pela classificação de risco nesta UPA?

- Enfermeiro
- Médico
- Outro. Especifique: _____

4.8. Especifique o protocolo utilizado para a classificação de risco nesta UPA: _____

4.9. Qual o perfil de risco predominante entre os pacientes atendidos nesta UPA?

- Baixo risco (Azul)
- Risco intermediário (Verde e Amarelo)
- Alto risco (Laranja e Vermelho)
- Não sabe

V. Cuidado

5.1. Como você avalia a capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos nesta UPA?

- Ótima
- Boa
- Razoável
- Ruim
- Péssima
- Não sabe

5.2. Com que frequência a UPA atende pacientes encaminhados formalmente da atenção básica? Considerar os pacientes encaminhados por mecanismos formais (ex: formulário/folha de encaminhamento, central de regulação).

- Sempre
- Frequentemente

- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sabe

5.3. Como você avalia a pertinência dos casos encaminhados pela atenção básica atendidos nesta UPA?

- Ótima
- Boa
- Razoável
- Ruim
- Péssima
- Não sabe

5.4. Com que frequência esta UPA atende pacientes trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)?

- Sempre
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não

5.5. Quais serviços de saúde estão disponíveis para referenciamento/encaminhamento de pacientes atendidos nesta UPA? Admite mais de uma resposta.

- Unidades de atenção básica/Equipes de Saúde da Família
- Ambulatórios de especialidades médicas
- Ambulatórios de especialidades não médicas (ex: fisioterapia, odontologia, psicologia)
- Outras unidades de pronto-atendimento

- Serviços de apoio diagnóstico-terapêutico (SADT) (ex: ultrassonografia, endoscopia)
- Emergências hospitalares
- Leitos hospitalares
- Unidades de Terapia Intensiva
- Não existem serviços disponíveis para encaminhamento dos pacientes
- Não sabe

5.6. Qual o meio mais frequentemente utilizado para encaminhamento/ encaminhamento de pacientes para unidades de atenção básica?

- Contato pessoal
- Formulário/folha para encaminhamento formal de pacientes
- Outros. Especifique: _____
- Não encaminha pacientes para atenção básica

5.7. Qual o meio mais frequentemente utilizado para encaminhamento/ encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais especializados (médicos e não médicos)?

- Contato pessoal
- Formulário para encaminhamento formal de pacientes
- Central de regulação
- Outros. Especifique: _____
- Não encaminha pacientes para serviços ambulatoriais especializados

5.8. Qual o meio mais frequentemente utilizado para encaminhamento de pacientes para serviços de apoio diagnóstico-terapêutico (SADT)?

- Contato pessoal
- Formulário/folha para encaminhamento formal de pacientes
- Central de regulação
- Outros. Especifique: _____
- Não encaminha pacientes para serviços de apoio diagnóstico-terapêutico

5.9. Qual o meio mais frequentemente utilizado para encaminhamento de pacientes para hospitais?

- ☐ Contato pessoal
- ☐ Formulário/folha para encaminhamento formal de pacientes
- ☐ Central de regulação
- ☐ Serviço Móvel de Urgência (SAMU)
- ☐ Outros. Especifique: _____
- ☐ Não encaminha pacientes para hospitais

5.10. Quais os principais motivos para permanência de pacientes na UPA por mais de 24 horas? Admite mais de uma resposta.

- ☐ Inexistência de vagas
- ☐ Deficiência de transporte adequado
- ☐ Deficiência de mecanismos formais de encaminhamento
- ☐ Outros. Especifique: _____
- ☐ Não sabe

5.11. Com que frequência os pacientes atendidos nesta UPA retornam para o atendimento com a mesma queixa anterior?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ Não sabe

ANEXO B

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnóstico da integração e da adequabilidade das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do estado do Paraná às redes de atenção do Sistema Único de Saúde.

Pesquisador: Ana Luiza d'Ávila Viana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13970113.0.1001.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 303.421

Data da Relatoria: 29/05/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto com finalidade acadêmica, mestrado, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. O estudo sobre as Unidades de Pronto Atendimento do Sistema Único de Saúde será realizado no Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é analisar a integração e a adequabilidade das UPAs às redes de atenção do Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná.

Os objetivos específicos são:

1. Identificar o perfil epidemiológico das UPAs;
2. Verificar a integração das UPAs ao fluxo das redes de atenção à saúde;
3. Identificar o perfil de risco predominante nos atendimentos das UPAs;
4. Analisar a adequabilidade das UPAs segundo recomendação do Ministério da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já considerados no relatório anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já considerados no relatório anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi anexado ao sistema Termo de Consentimento com modificações.

Recomendações:

Ajuste de cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto já havia sido aprovado pelo CEP em 02/03/2013

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

SAO PAULO, 13 de Junho de 2013

Assinador por:
Roger Chammas
(Coordenador)

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) foi selecionado para participar da pesquisa **“Diagnóstico da integração e da adequabilidade das UPAs do Estado do Paraná às redes de atenção do Sistema Único de Saúde”**. Esta pesquisa é multicêntrica coordenada pelo Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), vinculado a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo fazendo parte as seguintes instituições: Faculdade de Medicina da USP, Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP, Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e esta sendo. O objetivo da pesquisa é de analisar a integração e a adequabilidade das UPAs às redes de atenção do Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná. Esta pesquisa é financiada pelo Ministério da Saúde (SAS) e Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS).

Sua participação consistirá em responder este questionário. O questionário não é identificável e os dados serão divulgados guardando o absoluto sigilo sobre as informações. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados, mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

A participação é voluntária e de seu livre-arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário. O Sr.(a) pode desistir de participar na pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois as informações fornecidas servirão para melhor analisar a organização e o desempenho dos serviços de saúde no Estado do Paraná.

Qualquer dúvida relacionada a procedimentos, riscos ou benefícios da pesquisa podem ser sanadas diretamente com o pesquisador responsável: Liza Yurie Teruya Uchimura pelo telefone (11) 94983-1101, ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 2º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fm@usp.br .

São Paulo janeiro de 2013.

Nome do Entrevistador Data

Nome do participante Assinatura

REFERÊNCIAS¹⁶

Albuquerque MV de. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2013.

Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2): 84–95.

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafio à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2): 286-298.

Arnold J. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Annals of Emergency Medicine*. 1999; 33(1): 97–103. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9867895>

Álvarez A, Bragulat E, Gómez Muñoz M, et. al. El triage: herramienta fundamental em urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010; 33(1): 55-68.

Boing AF, Matos IB, Arruda MP, et al. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(1): 41-6.

Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS, et al. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. *Política e Gestão Pública em Saúde*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2º edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 577-608.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Leis etc. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

¹⁶ De acordo com:

Adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias da FMUSP. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de S. Aragão, Suely C. Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2010.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1990, 20 set; Seção 1: 18055.

Brasil. Leis etc. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1990b, 31 set; Seção 1: 25694.

Brasil. Ministério da Saúde. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) [Internet]. 2013b; Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-de-pronto-atendimento-upas-24horas>

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2001; 29 set; Seção 1: 46.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2002; 28 fev; Seção 1: 52.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2006b; 28 dez; Seção 1: 73.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 479 de 15 de abril de 1999. Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1999, 16 abr; Seção 1: 79.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 814 de 1 de junho de 1999. 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. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1999, 4 jun; Seção 1: 107.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 824 de 24 de junho de 1999. Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1999, 25 jun; Seção 1: 120.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 1020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2009, 15 maio; Seção 1: 60.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2011c, 8 jul; Seção 1: 69.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 1601 de 7 de julho de 2011. Estabelece diretriz para a implantação do componentes 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. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2011a, 8 jul; Seção 1: 70-72.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2003, 6 out; Seção 1: 56.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 2809 de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2012, 8 dez; Seção 1: 24.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 2922 de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2008b, 3 dez; Seção 1: 66.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 2970 de 8 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2008a, 9 dez; Seção 1: 68.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n.2923 de 9 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. *Diário oficial da União*, Brasília (DF).1998, 15 jun; Seção 1: 44.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 3125 de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2006a, 11 out; Seção 1: 113-4.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2013a, 31 dez; Seção 1.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n. 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2010, 31 dez; Seção 1: 88.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a Lei 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 Diário Oficial da União articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 2011b, 29 jun; Seção 1: 16.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ficha do estabelecimento de saúde. Brasília (DF). 2012 [citado 10 out 2012]. Disponível em:

http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?Vbusca=Unidades%20de%20Pronto%20Atendimento&VTipo=0

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):163–77.

Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services□: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(1):7–28 [citado 18 set 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002.

Castro ALB de, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(2): 477–506 [citado 14 mar 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200005

Cecilio LC de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde□: da pirâmide ao círculo,

uma possibilidade a ser explorada. *Caderno de Saúde Pública*. 1997; 13(3):469–78.

Dourado EMR. *Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências: uma proposta*. [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2013.

Elias PEM, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. *American Journal of Public Health*. 2003; 93(1):44–8.

Elias PEM, Dourado D de A. Sistema de Saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. (orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2011. p. 102-25.

Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. 323 p.

Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate* 2002; 26:37-61.

Glickman SW, Kit Delgado M, Hirshon JM, et al. Defining and Measuring Successful Emergency Care Networks: A Research Agenda. *Acad Emerg Med*. 2010; 17 (12): 1297-305.

Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(Número Especial 2):19-25.

Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saude Soc*. 2009; 18(2). p 189-198.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 (2): S331-S336.

Ibañez N, Lavras CC de C, Perez JRJ, et al. *Relatório de Avaliação da Implantação e Desempenho das UPA no Estado de Minas Gerais*. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) Universidade Estadual de Campinas – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP); setembro/2013f. 103 p. Relatório de pesquisa.

Ibañez N, Lima LD, Andrade CLT et.al. Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) – Relatório Estadual: Rio de Janeiro. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; setembro/2013c. 107 p. Relatório de pesquisa.

Ibañez N. Os hospitais e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências: desafios. Rev Conselho Nacional Secretarios Saude. 2013a; 3(7):39–43.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, et. al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Cien Saude Colet. 2006; 11(3): 683-703.

Ibañez N, Samico IC, Dubeux LS et. al. Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) – Relatório Final Estado de Sergipe. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) e Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde / Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – GEAS/IMIP; setembro/2013d. 95 p. Relatório de pesquisa.

Ibañez N, Silva HP, Uchimura LYT et. al. Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) – Relatório Estadual: Paraná. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) e Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas; setembro/2013b. 123 p. Relatório de pesquisa.

Ibañez N, Tamaki EM, Pícoli et. al. Mato Grosso do Sul - Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; outubro/2013e. 50 p. Relatório de pesquisa.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012*. Rio de Janeiro: 2012. 293 p.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno Estatístico Estado do Paraná*. Curitiba: 2013. 32 p.

Jiménez O, Conde A, Marchena J, et. al. Factores predictores del tiempo de estancia

de los ancianos en un servicio de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2000; 12: 172-82.

Konder MT. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.

Lavras CC de C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. (orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2011. p. 102-25.

Lima APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* 2000; 16:985-96.

Lobato L, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2º edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 89–120.

Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(3): 519–28.

Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1999. p. 300.

Negri Filho A. A crise dos Serviços Hospitalares de Urgências no Brasil: elementos para uma agenda transformadora em prol dos direitos humanos. *Rev Conselho Nacional Secretarios Saude* . 2013; 3(7): 44–9.

Nicoletto SCS, Jr. Cordoni L, Costa N do R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005, jan-fev; 21(1):29-38.

Novaes, HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica*. 2000;34(5):547-59.

Novaes, HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004, 20(2): S147-S173.

O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(5):2395–405.

Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778–97 [citado 27 fev 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>

Pan American Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas: A position Paper of Pan American Health Organization/ World Health Organization. Washington DC: PAHO HQ Library Cataloguing–in–Publication; 2007. 48 p.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2013a. p. 220.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. *Paraná Urgência*. Curitiba, 2013b [citado em 16 setembro de 2013]. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2982>

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no Estado do Paraná. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; 2009. 139 p.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2008. p. 172.

Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, et al. A utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde Soc*. São Paulo. 2013; 22(1): 211-222.

Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, et al. Worldwide mortality in men and women aged 15-59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2010; 375(9727):1704–20. [citado 12 Dez 2013]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434763>

Ribeiro JM, Costa NR. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*. 2000; 22: p. 173-220.

Ribeiro M, Barata RB. Condições de Saúde da População Brasileira. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2º edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 134–81.

Rychetnik L, Hawe P, Waters E, et al. A glossary for evidence based public health. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(7): 538–45.

Scarpelini S. A organização do atendimento às urgências e trauma. Medicina, Ribeirão Preto. 2007; 40(3): 315–20 [citado 4 jul 2013]. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n3/1_a_organizacao_atendimento_urgencias_e_trauma.pdf

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011; 377(9781):1949–61. [citado 8 ago 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658>

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Assistência Farmacêutica- Farmácia do Paraná. [internet]

<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2792>, 2013c.

Silva GS da, Samico I, Dubeux LS, et al. Redes de atenção às urgências e emergências□: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. Rev Bras Saude Matern Infant. 2012; 12(4):445–58.

Silva SF da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde□: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(6): 2753–62.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly. 2005; 83(3):457–502 [citado 10 ago 2013]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2690145&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

The Commonwealth Fund. Emergency Department use in New York City: A Substitute for Primary Care□? Issue Brief. 2000; (433): 1-6 [citado 15 set 2013]. Disponível em: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/billings_eduse_433.pdf?section=4039

Timerman S, Gonzalez MMC, Zaroni AC, et al. Emergency medical services: Brazil. Resuscitation. 2006; 70(3):356–9. [citado 24 set 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16901612>

Ugá MA, Piola SF, Porto SM, et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc. saúde coletiva. 2003; 8(2): 417-37.

Viana ALD, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspec. 2003; 17 (1): 58-68.

Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, et. al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo Perspec. 2008; 22(1): 92-106.

Viana ALD, Lima LD, Machado CV, et. al. Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. Relatório Estadual do Paraná. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Fundação Oswaldo Cruz; maio/2010. 46 p. Relatório de pesquisa.

Viana ALD, Lima LD. Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contracapa; 2011.

Viana ALD, Silva HP. Economia e Saúde. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: HUCITEC e CEALAG; 2011. p. 54-74.

Viana ALD, Silva HP, Elias PEM. Economia Política da Saúde: introduzindo o debate. Saúde em Debate. 2007; 37: 7-20.