

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E A ARTICULAÇÃO COM OS NÍVEIS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Pillar Felipe Hernandez¹

Resumo

Este trabalho tem por objetivo analisar como se dá a articulação da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) com a rede de Atenção às Urgências e Emergências, partindo-se da hipótese de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com a sua proposta de atender apenas urgências e emergências. Para tanto, se elegeu a UPA Tijuca como campo de investigação, dividindo a pesquisa em duas fases: uma quantitativa e outra qualitativa. A realização da primeira fase possibilitou confirmar a hipótese da pesquisa de que a UPA Tijuca atende majoritariamente casos que poderiam ser resolvidos na Atenção Básica. A segunda fase possibilitou constatar que a cobertura da Atenção Básica à Saúde na região para qual a UPA Tijuca é referência (AP 2.2) é insuficiente e também possibilitou identificar alguns desafios à articulação da rede, tais como: o fato da rede ser mista; o fato da UPA estar ocupando atualmente a função de “porta de entrada” para o sistema de saúde; o fato dos sistemas de informação não serem integrados e a falta de comprometimento de alguns gestores com a boa articulação da rede.

Palavras-Chave: Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Sistema Único de Saúde (SUS).

Abstract

This study aims to analyze how is the relationship of the UPA (Emergency Unit) with the network of attention to urgencies and emergencies, starting from the hypothesis that the UPA performs calls that do not relate directly to its proposal for meet only emergency care. Therefore, if elected UPA Tijuca as research field, sharing research in two phases: a quantitative and a qualitative. The completion of the first phase made it possible to confirm the hypothesis of the research that the UPA Tijuca mainly caters cases that could be solved in primary care. The second phase made it possible to note that the coverage of the Health Primary Care in the region for which the UPA Tijuca is reference (AP 2.2) is insufficient and also enabled us to identify some challenges to joint the network, such as the fact that the network is mixed; the fact that the UPA be currently occupying the role of "gateway" to the health system; the fact that information systems are not integrated and lack of commitment of some managers with good articulation of the network.

Keywords emergency unit (APU); care network to urgencies and emergencies; unified health system (SUS)

1. Introdução

A saúde como direito de todos os cidadãos, é algo bem recente na história brasileira, sendo conquistada apenas a partir da Constituição de 1988, assim como, a consequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990.

O SUS é uma organização em rede, integrada por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que visam realizar a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com vistas a atender aos preceitos do SUS de forma mais abrangente, foram criadas as UPA (Unidades de Pronto Atendimento), que tem como objetivo estruturar e organizar a rede de urgências e emergências do país.

As UPA estão em conformidade com a Política Nacional de Urgências e Emergências, lançada pelo Ministério da Saúde pela Portaria n° 1.864 de setembro de 2003.

¹ Graduada em Administração pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio, Brasil e em Administração Pública pela Universidade Federal Fluminense. Email: pillarhernandez3@gmail.com

No Rio de Janeiro, as UPA começaram a ser implantadas entre os anos de 2007 e 2008 como estratégia para superar problemas apresentados nos demais níveis de Atenção às Urgências e Emergências, tais como a insuficiência da atenção básica e a superlotação das emergências hospitalares.

Nesse sentido, este trabalho tem por objetivo analisar como se dá a articulação da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) com a rede de Atenção às Urgências e Emergências, partindo-se da hipótese de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com sua proposta de atender a urgências e emergências de baixa e média complexidade. Dessa forma, busca-se responder o seguinte problema de pesquisa: “quais são os maiores desafios para que haja uma boa articulação na rede de atenção às Urgências e Emergências e quais as possíveis soluções para esses desafios?”.

Para tanto, realizou-se um estudo de caso na UPA Tijuca dividido em duas fases de pesquisa, uma quantitativa e a outra qualitativa. A fase quantitativa constitui-se do levantamento e análise dos atendimentos da unidade Tijuca no período de janeiro a agosto de 2013, sendo esta fase complementada pelo exame de diversos documentos que auxiliarão na apreciação dos resultados. A fase qualitativa é composta por uma série de entrevistas com diversos profissionais de saúde da UPA Tijuca e da Secretaria Estadual de Saúde, responsáveis pela gestão e atividades diárias da Unidade.

Busca-se a partir deste estudo, destacar elementos que possam contribuir para ampliar a integração do sistema, de forma que a UPA cumpra o seu papel de maneira integral, possibilitando assim, um melhor atendimento ao usuário, o que é não apenas direito, mas desejo dos cidadãos brasileiros, tendo em vista as manifestações populares que vem acontecendo no país desde junho de 2013.

2. Fundamentação Teórica

2.1. A criação do SUSⁱ

A partir da Constituição da República de 1988 a saúde passou a ser direito de todas as pessoas sem distinções e com isso, o poder público tem a obrigação de garantir este direito a todos.

A Carta Magna faz referência ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Promoção significa fomentar, cultivar e estimular a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Proteção consiste no esforço de se reduzir ou eliminar os riscos. E recuperação consiste no tratamento das enfermidades em si.

Esta passagem abriu espaço para que se desenvolvesse o ideal de uma atenção integral à saúde, abrangendo a prevenção, promoção, recuperação, controle e reabilitação da saúde e nesse contexto, foi criado e implementado o SUS (Sistema Único de Saúde). O SUS é uma organização em rede, integrada por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, que funciona de forma regionalizada e hierarquizada.

O ideal de rede supõe que haja uma integração e comunicação entre os serviços de saúde. A regionalização é um pressuposto organizativo do SUS que juntamente com a hierarquização, possibilita a distribuição dos estabelecimentos públicos de saúde (pertencentes aos municípios, estados, Distrito Federal e União) em determinado território, de forma que os serviços básicos estejam descentralizados e os especializados mais centralizados. Todos esses pressupostos juntos buscam evitar a fragmentação das ações em saúde.

2.2. A criação das UPA

De maneira a atender aos pressupostos do SUS de forma mais abrangente, foi necessária a criação das UPA (Unidades de Pronto Atendimento). Elas foram instituídas pela Portaria n° 1020 de 13 de maio de 2009 e estão em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, lançada pelo Ministério da Saúde pela Portaria n° 1.863 de setembro de 2003.

As UPA visam estruturar e organizar a rede de urgências e emergências do país. Elas estão dispostas em pontos estratégicos da cidade, de forma que seja possível configurar a Rede de Atenção às Urgências, conforme previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

De forma efetiva, o principal papel das UPA é atuar como estrutura de complexidade intermediária entre os serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde e as urgências hospitalares, absorvendo assim, parte da demanda da população pelas emergências de hospitais públicos (BRASIL, 2011).

As UPA devem proporcionar ao cidadão a continuidade do seu tratamento, pois contra referenciam para os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, o que leva a um impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo (SCOFANO, 2012), já que um atendimento articulado em todos os níveis de atenção à saúde permite que o usuário tenha um acompanhamento desde o início, possibilitando atingir um grau de resolutividade satisfatório.

De acordo com a portaria n° 2.648 (07 de novembro de 2011) as UPA devem ser classificadas por porte, conforme disposto na tabela abaixo, e de forma compatível a este porte, cada UPA deve deter uma equipe multiprofissional e interdisciplinar preparada para realizar o pronto atendimento de qualidade ao cidadão.

Tabela 1: Definição dos Portes Aplicáveis às UPA 24H

UPA 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICAMÍNIMA	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: Ministério da Saúde

No Rio de Janeiro, as UPA começaram a ser implantadas a partir de 2007, como estratégia para superar a insuficiência da atenção básica e a superlotação das emergências hospitalares. Atualmente, o Estado do Rio, tem a maior rede de UPAs do Brasil, totalizando 55 unidades (BRASIL, 2014).

As UPA ocupam hoje, um posicionamento de grande relevância e importância na rede de saúde pública do Estado do Rio de Janeiro, visto que possuem um alto grau de resolutividade em seus atendimentos, ultrapassando os 99% (RIO DE JANEIRO, 2012).

As UPA no Rio de Janeiro são controladas pela Secretaria Estadual de Saúde, porém, nem todas elas são diretamente geridas pela mesma, isto porque, as UPAs foram incluídas no Programa Nacional de Publicização (Lei n° 9.637, de 15 de maio de 1998) e, portanto, as atividades de algumas UPAs foram absorvidas por Organizações Sociais

(OS). O papel das Organizações Sociais em relação às UPA é administrar bens e equipamentos das unidades. Já o papel de controlar, fiscalizar e garantir a eficiência das Políticas Públicas de Saúde permanece sob o controle do Governo do Estado (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998).

2.3. A Política Nacional das Urgências e Emergências

A Política Nacional de Urgências e Emergências buscou integrar o sistema de saúde e dividiu a atenção às urgências no SUS em quatro frentes (BRASIL, 2011). A primeira frente consiste na Atenção Básica, composta pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS); elas têm como objetivo acolher as urgências de menor complexidade. A segunda frente é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que tem por objetivo fazer a estabilização dos pacientes e transportá-los para as unidades de saúde mais indicadas para dar continuidade ao tratamento do usuário. A terceira frente é composta pelas UPA que atuam como um componente pré-hospitalar fixo e têm como objetivo realizar atendimentos 24 horas, todos os dias, inclusive finais de semana, a pacientes que apresentem quadros de pequena e média complexidade. Seu trabalho é realizado conjuntamente com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com as urgências dos hospitais públicos. Por fim, a quarta frente é composta pelo setor de urgência dos hospitais públicos, que realizam o atendimento das urgências de maior complexidade.

2.4. UPA como observatório do sistema de saúde

O'dwyer (2009) defende que o SAMU funcione como observatório do sistema de saúde, pois é composto por uma Central de Regulação Médica de Urgências. Esta Central recebe os pedidos de atendimento de urgência da população ou de profissionais de saúde por meio do telefone 192 e os atende em domicílio ou em qualquer espaço público. Dessa forma, o SAMU registra as ocorrências dos diversos níveis de atenção, o que permitiria uma visão global do sistema de saúde.

Em contrapartida, de acordo com a Scofano (2012), as UPA ocupam melhor esta posição de observatório do Sistema de Saúde, já que possuem a capacidade de monitorar todo o funcionamento da rede por intermédio da classificação de risco realizada com os pacientes.

Sustentando esta tese e complementando-a, Randow et al (2011) afirma que o estudo da demanda pelos serviços da UPA, através da Classificação de Risco, pode evidenciar possíveis desafios que a rede básica possui, já que a Classificação de Risco permite monitorar de forma dinâmica e sistematizada o funcionamento da rede de saúde como um todo.

De forma a reforçar esta afirmativa, Furtado, Araújo Jr. e Cavalcanti (2004), Lovalho (2007) e Costa (2011) realizaram estudos que apontam que a maioria dos atendimentos realizados nas urgências e emergências são de baixa complexidade, o que não condiz com a proposta do sistema.

De forma complementar, Randow et al (2011) também afirma que aproximadamente 60% dos atendimentos realizados nas UPA poderia ter sido solucionado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Isto ocorre por dois principais fatores: culturalmente as pessoas tendem a buscar as UPA porque há uma garantia maior de que seus exames serão realizados no mesmo dia, diferente do que ocorre na atenção básica. Além disso, muitos pacientes buscam a UPA de forma imediatista para resolver os mais diversos tipos de problema, pois não têm informações completas se a

UBS será capaz de solucionar de fato sua demanda e duvidam da capacidade resolutive da mesma.

Isto confirma a visão de O'dwyer (2010) de que há uma expectativa da população de que a urgência seria uma “porta de entrada” para o Sistema de Saúde e afirma que a urgência como “porta de entrada” corresponde apenas a uma expectativa da população e por isso, não compete com a Atenção Básica, já que cabe à Atenção Básica receber o paciente por demanda programada ou espontânea. Dessa forma, explicita que a UPA não deve ser a porta de entrada para o SUS e sim a Atenção Básica, embora a expectativa da população não corresponda a essa realidade, considerando décadas de funcionamento de um sistema hospitalocêntrico, ou seja, que tinha o hospital como o centro do sistema de saúde.

2.5. Os desafios da articulação da UPA com os demais componentes da rede de Urgências e Emergências

São diversos os desafios para que haja uma boa articulação da UPA com os demais componentes da rede de urgências e emergências. Ao longo desta seção serão elencados alguns dos principais.

De acordo com Fleury e Ouverney (2006) a organização de uma rede requer a construção de um valor compartilhado, que vá além dos objetivos particulares. Isto por si só, já é um grande desafio, visto que para construir esse grande objetivo é necessário haver compatibilidade e congruência de valores entre os membros da rede. Este fator é agravado, pois o SUS possui um formato institucional no qual nenhum dos atores do Estado detém os recursos suficientes, nem para prover atenção integral, nem para impor os rumos da política de saúde.

Dessa forma os autores argumentam que, para que seja possível superar este desafio, é preciso criar instancias organizacionais de suporte e mediação, que ajam como arenas de barganha, de forma que as percepções, os valores e os interesses dos membros da rede possam ser confrontados e negociados. A criação destes espaços de negociação diz respeito à institucionalização dos padrões de interação, o que é um importante instrumento de gestão da rede, pois possibilita a negociação em torno de objetivos comuns, a pactuação de metas, a resolução mediada de conflitos e uma maior integração entre os membros da rede a partir de pluralidade e autonomia. Além disso, permite deixar clara as posições dos atores na rede, a distribuição de poder, dentre outros aspectos.

Ainda segundo os autores, outro desafio se dá quanto à limitação da participação da sociedade organizada via conferências e conselhos de saúde na definição de prioridades, estratégias e metas da política de saúde nas três esferas da federação. Isto ocorre por diversos motivos, como: falta disponibilidade de recursos para a operação dos conselhos, diferenças na cultura política de cada município, o nível de instrução da população, as relações do Executivo com o Legislativo, a ação de lideranças, entre outros fatores. Muitas vezes o conselho possui apenas um caráter consultivo, operando apenas sobre a legitimação de decisões já tomadas pelo executivo. No entanto, é necessário consolidar o exercício de controle social através de ações de incentivo a estruturação e consolidação dessas instâncias.

Além destes, existem desafios diretamente ligados à questão da equidade. Estes desafios são próprios das disparidades e deficiências de cada região da federação, que enfrentam problemas como concentração de recursos e de infraestrutura produtiva – como hospitais e recursos humanos – nas áreas mais urbanizadas do país.

No entanto, além dos desafios, para que as políticas de saúde tenham de fato efetividade, é necessário que o Estado estruture e organize a rede de saúde sob os

preceitos do SUS de integração e hierarquização dos serviços. Somente esta coordenação e organização interorganizacional, por meio de mecanismos de referenciamento e contra referenciamento, gestão conjunta e desenvolvimento de programas multidisciplinares, tornará possível oferecer serviços de qualidade ao cidadão.

3. Método de Pesquisa

Essa pesquisa está estruturada em duas fases, uma quantitativa e outra qualitativa, buscando cruzar os dados colhidos em ambas as fases e responder ao problema desta pesquisa.

A fase quantitativa visa analisar os atendimentos realizados pela UPA Tijuca no período de seis meses. Para tanto, foi autorizado pela Coordenadora da Superintendência de Unidades Próprias/ SES - RJ, o acesso aos atendimentos por CID (Classificação Internacional de Doenças) realizados no período de janeiro a agosto de 2013, bem como à quantidade de remoções realizadas no mesmo período. Esta fase da pesquisa foi estruturada da seguinte forma: 1º Levantar a quantidade total de atendimentos realizados nesse período; 2º Discriminar quais são as principais demandas dos usuários e organizá-las de acordo com o nível de atenção que elas se referem de fato, considerando o Procedimento Operacional Padrão; 3º Considerando o mesmo documento, verificar quais dessas demandas correspondem ou não à proposta de atendimento da UPA; 4º Concluir quantos atendimentos poderiam ter sido evitados caso houvesse uma boa integração entre os diferentes níveis do Sistema; e 5º Propor soluções para essa situação (este passo será realizado conjuntamente com a fase qualitativa da pesquisa).

Além dos cinco passos descritos acima, a fase quantitativa é complementada pelas seguintes análises e informações: mapeamento de quais serviços de Atenção primária à Saúde (UBS e Clínicas da Família) estão disponíveis nessa região por intermédio de informações disponíveis na página da web do CAP 2.2; e análise do POP (Procedimento Operacional Padrão) para entender melhor o procedimento de classificação de risco realizado pelas UPA, inclusive, a UPA Tijuca.

A fase qualitativa visa analisar, de maneira mais acurada, quais as dificuldades de articulação na Rede de Atenção à Saúde por intermédio dos seguintes instrumentos de pesquisa: entrevista com a Coordenadora Geral das UPA/ SES; entrevista com a Coordenadora Geral das UPA/OSs HTMJ; entrevista com a Coordenadora de enfermagem e Gestora da UPA Tijuca; entrevista com o Coordenador Médico da UPA Tijuca; e entrevista com a Enfermeira Líder de Rotina da UPA Tijuca.

4. Análise dos Resultados

4.1. UPA Tijuca: atendimentos realizados de janeiro a agosto de 2013

No período de janeiro a agosto de 2013 foram realizados 111.071 atendimentos, com uma média de 13.884 atendimentos por mês, referentes a 1.850 CID (Classificação Internacional de Doenças) diferentes.

Entre tais doenças, foram consideradas para análise, aquelas com incidência superior a mil ocorrências no período, totalizando 23 principais diagnósticos. Estas 23 principais ocorrências totalizam 59.642 atendimentos, o que representa 53,7% do total de atendimentos, ou seja, mais da metade dos atendimentos realizados pela UPA Tijuca no período em questão.

Visando compreender se cada uma dessas doenças está englobada na proposta de atendimento da UPA, foi realizada uma análise baseada no Sistema de Classificação de Risco por Cores. Todas as informações relacionadas à Classificação de Risco, bem

como a análise de risco das 23 principais doenças identificadas no período, foram baseadas no POP (Procedimento Operacional Padrão – documento que determina como deve ser realizada a Classificação de Risco nas UPA), que foi fornecido pela Coordenadora Geral das UPAs/OS HTMJ, que é responsável pela coordenação das UPA de Copacabana, Tijuca, Jacarepaguá e Botafogo.

O Sistema de Classificação de Risco busca identificar de maneira rápida e científica, de acordo com critérios clínicos, o grau de urgência no atendimento a ser realizado, auxiliando na determinação de quais pacientes devem ser atendidos primeiro (SILVA, 2012). Segundo a Coordenadora Geral das UPA/SES, diferentemente do Protocolo de Manchester, que faz a classificação de risco pelas cores azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e por consequência, as UPA que ela controla, adotam um protocolo único para as UPA do estado, tal qual disposto na tabela de classificação abaixo.

Tabela 2: Modelo de Classificação de Risco adotado pelas UPAs

	EMERGÊNCIA	AMARELO OBSERVAÇÃO	AMARELO CONSULTÓRIO	URGÊNCIA RELATIVA	NÃO URGENTE
Significado do risco para a UPA	Para a UPA o paciente que está em situação de emergência é aquele que possui eminência de morte	Urgência Maior para a UPA é quando o usuário precisa fazer uso de um Leito	Casos que precisam ser tratados com mais atenção e rapidez, mas que não precisam ocupar um leito (urgência menor)	Casos não graves	Não é foco de atendimento da UPA
Local próprio para atendimento da demanda	Estabilização na UPA a partir do encaminhamento imediato à Sala Vermelha e posterior encaminhamento para as Emergências Hospitalares	Os casos menos graves devem ser tratados na própria UPA	Tratamento na própria UPA	Alguns casos são foco da UPA outros da ABS	Tratamento e Acompanhamento por parte da ABS e Clínicas da Família, mas muitas vezes a UPA atende essas demandas
Escala de Prioridade	Prioridade Zero - Atendimento Imediato	Prioridade 1 - Atendimento o mais rápido possível	Prioridade 1 - Atendimento em no máximo 1 hora	Prioridade 2 - Atendimento em no máximo 2 horas	Prioridade 3 - Atendimento por ordem de chegada

Fonte: Elaboração própria baseada nos dados contidos no POP.

Conforme se pode observar na tabela acima, o objetivo de atendimento da UPA engloba parte do “Amarelo Observação”, todos os “Amarelo Consultório” e uma

pequena parte da “Urgência Relativa”, portanto todos os demais atendimentos que não se enquadram nestas classificações não são objeto de atendimento da UPA.

De acordo com essa listagem, foi realizada uma correlação entre os atendimentos efetivamente realizados pela UPA Tijuca no período em análise e as suas respectivas classificações de risco, de forma a deixar mais visível a adequação ou não adequação dos atendimentos em relação à proposta de atendimento das UPA, que é atender as urgências e emergências de pequenas e médias complexidades.

Tabela 3: Principais CID atendidos X Classificação de risco na UPA Tijuca

CID	EMERGÊNCIA	OBSERVAÇÃO	CONSULTÓRIO	URGÊNCIA RELATIVA	NÃO URGENTE
1 Dengue [dengue clássico]		X	X	X	
2 Infecção viral não especificada				X	X
3 Nasofaringite aguda [resfriado comum]				X	X
4 Tosse				X	X
5 Amigdalite aguda não especificada				X	X
6 Não administração de cuidado médico e cirúrgico				X	X
7 (*) Não Informado	-	-	-	-	-
8 Mialgia				X	X
9 Infecção do trato urinário de localização não especificada				X	X
10 Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível			X	X	
11 Febre recorrente não especificada			X	X	X
12 Dor lombar baixa				X	
13 Dor em membro			X	X	
14 Alergia não especificada					X
15 Cefaléia tensional				X	X
16 Sinusite aguda não especificada				X	
17 Gastroenterite e colite não-infecciosas, não especificadas					X
18 Dor articular				X	
19 Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada				X	
20 Pulpite	X	X	X		
21 Dor localizada no abdome superior		X	X	X	
22 Asma não especificada			X	X	
23 Náusea e vômitos			X	X	

Fonte: Elaboração própria baseado nos dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde e compilados no sistema SG/ATI/Business Intelligence - Sistema de Gestão Klinikos

Como pode se observar na tabela acima, existem doenças que foram selecionadas em mais de uma categoria de classificação de risco. Isto foi realizado com o objetivo de considerar a característica contingencial que a doença pode assumir em cada paciente diferentemente.

Tendo em vista que os casos não urgentes devem ser encaminhados e tratados pela UBS e que os casos de urgência relativa poderiam ter sido evitados se houvesse um prévio acompanhamento da UBS ao usuário, conclui-se que praticamente 100% dos principais atendimentos realizados na UPA Tijuca poderiam ter sido evitados, o que reduziria a quantidade de usuários na unidade e assim, favoreceria o melhor atendimento daqueles que de fato necessitam de atendimento prioritário pela UPA.

Sendo assim, os dados coletados confirmam a hipótese deste estudo de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com sua proposta e paralelamente, confirma as pesquisas realizadas por Lovalho (2007), Furtado (2004) e Costa, Wong e Barbosa (2012), que apontam que a maioria dos atendimentos realizados são de baixa complexidade, o que não condiz com a proposta do sistema.

Além disso, sustenta a tese apresentada na Revista de Atenção às Urgências e Emergências, de que a UPA ocupa uma posição de observatório do sistema, já que a análise de demanda através da classificação de risco, tal qual realizada acima, possibilita verificar possíveis desafios que a rede básica possui (RANDOW ET AL, 2011).

4.2. UPA Tijuca: análise das Unidades de Atenção à Saúde em sua área de abrangência

As Unidades de Atenção à Saúde estão divididas geograficamente em Áreas Programáticas (AP) por município, tal qual informado pela Gestora da UPA Tijuca em entrevista. Esta divisão está disponível na ilustração abaixo, para melhor visualização. Além disso, cada uma das AP está sob controle de uma Coordenadoria Geral de Saúde específica.

A UPA Tijuca está localizada dentro da Área Programática 2.2 (AP 2.2), pintada de lilás na figura acima. Ela compreende sete bairros: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú.

Segundo dados do IBGE de 2010, estes sete bairros constituem uma área de 55,2 Km² e possuem uma densidade demográfica de 6.727,33 habitantes/Km², com destaque para mulheres (47,7%, entre 15 e 49 anos) e idosos (22,1%, de 60 anos ou mais).

A AP 2.2 está sob controle da Coordenadoria Geral de Saúde da Área Programática 2.2 (CAP 2.2), que é composta por profissionais de saúde responsáveis por coordenar, apoiar, analisar, promover e executar ações de saúde nestes sete bairros.

As unidades de saúde sob controle da CAP 2.2 são da esfera administrativa Municipal. Parte delas está sob gestão da Administração Direta da Saúde (Secretaria Municipal de Saúde - SMS) e outra parte está sob gestão de Organizações Sociais, conforme é melhor explicitado adiante.

As unidades de saúde da CAP 2.2 constituem ao todo dez unidades: um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um CMR (Centro de Referência em Medicina Física e Reabilitação), sete CMS (Centro Médico de Saúde/Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde) e uma Policlínica. É importante salientar que todas as Unidades Básicas da CAP 2.2 estão sob gestão da Organização Social “FIBRA – Instituto de Gestão e Saúde”.

A AP 2.2 possui ao todo 371.349 habitantes. Segundo o Ministério da Saúde, cada Equipe de Saúde da Família deve se responsabilizar pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo que a média recomendada é de três mil habitantes em uma determinada área. As Unidades Básicas da AP 2.2 possuem, ao todo, 18 Equipes de Saúde da Família. Logo, há uma média de 20.631 habitantes por equipe, o que demonstra que a cobertura da Atenção Básica de Saúde na AP 2.2 é insuficiente. De forma complementar, segundo o Coordenador Médico da UPA Tijuca, as UBS da CAP 2.2 só conseguem dar assistência a 40% da população. Isto demonstra que as Unidades

Básicas da AP 2.2 funcionam, porém atendem a uma demanda dez vezes superior ao que é previsto para haver um atendimento de qualidade.

Seriam necessárias, ao menos, mais 93 Equipes de Saúde da Família para conseguir se adequar a estimativa do Ministério da Saúde, atingindo neste caso, a média de 3.345 habitantes por equipe. Esta adequação é ideal para que seja possível atender aos moradores desta área de abrangência com melhor qualidade.

O atendimento de melhor qualidade e com cobertura adequada, diminuiria consideravelmente o número de atendimentos na UPA Tijuca, já que grande parte deles, conforme foi constatado, são de baixa complexidade, o que é objetivo de atendimento das UBS.

Além de não possuírem cobertura adequada, todas estas UBS da AP 2.2 não possuem instalações físicas adequadas às suas necessidades, tal qual é apresentado no relatório proveniente do Programa de Visitas Técnicas às Unidades de Atenção Primária, realizado pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Este relatório elenca os principais problemas verificados nas instalações físicas das UBS da CAP 2.2, no período de abril e maio de 2012.

Foram feitas análises quanto à conservação dos ambientes interno e externo destas instituições, setor de documentação médica, setor de esterelização, sala de curativos, sala de vacinação, posto de coleta de exames, sistemas de informática, sistema de combate à incêndio, ambiente de espera, consultórios, equipamentos e estrutura física.

Com base no Relatório, todas as UBS da AP 2.2 apresentaram algum tipo de ocorrência. As unidades Heitor Beltrão, Nicola Albano e Parque Vila Isabel apresentaram o maior número de ocorrências (mais de dez). Já as unidades com menor número de ocorrências foram: Professor Carlos Figueredo Filho e Maria Augusta Estrella. No entanto, apesar de terem sido as unidades com menores ocorrências, elas são graves, tendo em vista problemas básicos, como a falta de recipientes para lixo, no caso da unidade Professor Carlos Figueredo Filho. Além destas ocorrências, foram registradas dificuldades como a falta de equipamentos ou equipamentos necessitando de manutenção, o que dificulta a realização de diversos exames e procedimentos.

Desta forma, pode-se concluir que os problemas nas instalações físicas, as dificuldades de realização de diversos exames e procedimentos e a insuficiência de cobertura por parte das UBS da AP 2.2, acabam por fazer com que a demanda da UPA Tijuca se sobrecarregue, pois esta população desassistida acaba procurando seus serviços.

4.3. Os principais desafios de articulação da UPA com a rede de Atenção às Urgências e Emergências segundo os entrevistados

As entrevistas possibilitaram a identificação de desafios em relação à articulação, diferentes daqueles apresentados na revisão bibliográfica. Isto ocorreu, pois os desafios identificados a seguir, são àqueles mais perceptíveis aos profissionais de saúde que atuam na “ponta” dos serviços à saúde.

4.3.1. Rede Mista

De acordo com o Coordenador Médico da Unidade Tijuca, o principal desafio da articulação com a rede hoje, se dá pelo fato dela ser uma rede mista, onde precisa haver articulação entre instituições federais, municipais, estaduais, filantrópicas e até instituições particulares que possuem leitos do SUS.

O desafio está no fato de que cada uma dessas instituições possui uma maneira diferente de regular as necessidades da UPA em relação ao pedido de transferência do

paciente. Esta regulação ocorre através de setores internos de cada uma destas instituições, que avaliam a possibilidade de atender ou não as necessidades que a UPA demanda, e cada uma delas tem as suas peculiaridades, umas pedem para enviar email, outras pedem para enviar fax e outras preferem resolver por intermédio de ligações.

Por exemplo, o Hospital Federal do Andaraí, que faz parte da AP 2.2, regula as demandas de transferência através do NIR (Núcleo Interno de Regulação), que é um setor interno no hospital. O Estado, por sua vez, possui a Central Municipal de Vagas, conhecida atualmente como CEMUPA, que oferece informações quanto à disponibilidade de vagas em terapia intensiva. Além destes, existem o SER, Central Estadual de Regulação e o CER, Central Municipal de Regulação, que regulam solicitações relacionadas a procedimentos e vagas.

Como tentativa de superar este desafio, está sendo realizado um estudo por parte de uma Superintendência de Regulação do município do Rio de Janeiro, que objetiva integralizar as centrais de regulação de cada uma das CAP, a fim de facilitar o trabalho dos profissionais que estão trabalhando na “ponta” com os pacientes. Dessa forma, haveria apenas uma referência de central e esta central faria a distribuição das solicitações para as demais instituições. Esta iniciativa mostra uma necessidade, bem como um desafio, quanto à centralização e uniformização da regulação de leitos.

De forma a tornar este estudo mais paupável, a Superintendência do Município, convidou os gestores das UPA para uma reunião (que não havia ocorrido até o dia em que a entrevista foi realizada), onde seria apresentada a metodologia para que esta iniciativa fosse colocada em prática, bem como, para que os gestores discutissem e colaborassem para o desenvolvimento de um projeto que fosse o mais próximo possível da realidade de trabalho destes profissionais no dia a dia.

A realização desta reunião demonstra uma iniciativa em superar o desafio apresentado por Fleury e Ouverney (2006) de construir um objetivo compartilhado, através de espaços que funcionem como uma arena de barganha, buscando atingir a compatibilidade e congruência de valores entre os membros da rede. Além disso, mostra também, uma iniciativa em superar um dos desafios à articulação com a rede de Atenção às Urgências e Emergências, que é percebido hoje, por quem está na ponta, como um dos principais complicadores da integração da rede.

4.3.2. UPA atuando como porta de entrada para o Sistema de Saúde

Outro desafio de articulação com a rede, identificado pelo Coordenador Médico da UPA Tijuca, é o fato da UPA ocupar hoje, de forma indevida, o papel de receber e redirecionar os pacientes às unidades de saúde mais adequadas para o tratamento da sua enfermidade.

Este fato ocorre nas duas pontas: tanto no recebimento de pacientes ambulatoriais, que não conseguiram uma boa assistência na rede básica e por isso, procuram a UPA, quanto, no caso de pacientes de altíssima complexidade, que acabam buscando a UPA ao invés de uma unidade hospitalar. No entanto, é importante evidenciar que, de acordo com O’dwyer (2010), o papel de “porta de entrada” para o SUS deve ser ocupado pela ABS, que é o nível primário da Atenção às Urgências e Emergências e não pela UPA, mas como ela não o executa, a UPA acabou assumindo esse papel.

Segundo a Coordenadora Geral das UPA/ SES e a Coordenadora Geral das UPA/OS HTMJ, os principais motivos que levam os pacientes a procurarem a UPA e as grandes emergências, ao invés dos Postos de Saúde, são: o fato da UPA possuir as portas abertas e, por isso, oferecer atendimento, sempre que possível, a todos que

procuram por seus serviços; o fato de, algumas vezes, a UPA estar mais próxima do paciente; a falta de médicos no Posto de Saúde; o fato das famílias terem que acordar muito cedo para pegar uma senha no Posto de Saúde; o fato de já ter acabado o número de atendimentos limite a serem realizados pelo Posto naquele dia e o usuário querer atendimento imediato; e, segundo a Gestora da UPA Tijuca, até mesmo o desconhecimento do paciente quanto à existência de uma UBS próxima dele.

Os motivos apresentados confirmam a afirmação de Randow et al (2011), de que as pessoas tendem a buscar as UPA porque há uma garantia de que seus exames serão realizados no mesmo dia, diferente do que ocorre na rede de atenção básica. Além disso, complementa sua afirmação, pois evidencia que além dos pacientes buscarem a UPA por não terem informações completas se a UBS será capaz de solucionar sua demanda, eles também costumam desconhecer se há alguma UBS próxima a eles.

Tendo conhecimento prévio desses motivos, os profissionais da UPA Tijuca buscam atuar de maneira preventiva, buscando orientar o paciente da melhor maneira possível. No caso do desconhecimento de uma UBS próxima, o Coordenador Médico da UPA Tijuca e a Gestora da UPA Tijuca, fizeram menção a um sistema disponibilizado para a população, chamado “Onde ser Atendido”, que a partir do endereço do paciente, mostra a UBS mais próxima de sua residência.

De acordo com eles, o problema é que as pessoas, de forma geral, não têm conhecimento desse sistema, que lhes é apresentado no serviço social da Unidade. Porém, é necessário haver uma plena divulgação deste sistema para a sociedade, bem como, prover as Unidades Básicas de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados para atender à demanda da população.

4.3.3. Sistemas de Informação

Mais um desafio identificado na entrevista com o Coordenador Médico da UPA Tijuca, consiste na falta de um Sistema de Informação que articule com a rede como um todo.

A Unidade Tijuca dispõe de um software chamado “Boletim Médico Digital”, que possibilita a integração do atendimento dentro da própria Unidade, porém não é uma integração completa. Alguns exames como: Raio X, Eletrocardiograma e exames laboratoriais não são incluídos nesse sistema, apenas exames complementares.

De acordo com a Gestora da UPA Tijuca a rede toda possui, pelo menos, quatro Sistemas de Informações diferentes, e de acordo com o Coordenador Médico da unidade Tijuca, não existe um sistema que articule com toda a rede, mas uma integração de todos eles facilitaria muito o trabalho dos profissionais das unidades de saúde.

4.3.4. Comprometimento do gestor da UPA com a boa articulação

De acordo com a Coordenadora Geral das UPA/ SES e a Coordenadora Geral das UPA/OS HTMJ, o grau de comprometimento dos gestores das unidades de saúde também pode ser um desafio para a articulação em rede.

Atualmente já existe uma forma de estimular a integração e a comunicação entre as diferentes instâncias de saúde da rede, por meio das reuniões mensais na CAP. Neste momento, os gestores ficam “cara a cara” para discutir a temática da articulação, visto que a UPA precisa da atenção básica e dos hospitais e vice versa.

Porém, apenas a realização das reuniões não é suficiente, pois se os gestores não estiverem comprometidos e engajados, não será possível chegar a acordos comuns.

Além disso, as Coordenadoras afirmaram que por elas fazerem parte da coordenação das UPA do Estado, de forma geral, é mais fácil a comunicação entre as

UPA sob a coordenação do Estado do que com aquelas que estão sob gestão do município.

4.3.5. A classificação da UPA por porte

Segundo a Coordenadora Geral das UPA/ SES e a Coordenadora Geral das UPA/OS HTMJ, atualmente todas as UPA inauguradas são porte III, pois elas possuem uma demanda muito alta. A UPA Tijuca, por exemplo, é fisicamente de porte II, mas atende a uma demanda de Porte III, o que levou a um aumento do contingente de profissionais na unidade. A demanda da unidade é formada principalmente por pacientes da região, porém, também são atendidos pacientes de muito longe, como por exemplo: Magé e Belford Roxo.

Segundo o Coordenador Médico da unidade Tijuca, este fato gera algumas dificuldades na prestação dos serviços. Nesse sentido, ele afirma que a UPA Tijuca precisa de um estudo de porte, que possibilite a ampliação do espaço físico, para a melhor acomodação dos profissionais, de maneira que possam dar a assistência necessária aos pacientes.

Dessa forma, pode se concluir que o fato de se adotar as UPA Porte III como padrão, mesmo havendo outros dois níveis de porte previstos, bem como, o fato da UPA atender à pessoas que não pertencem à área de abrangência da unidade, demonstram novos desafios quanto a demanda das UPA a serem estudados e compreendidos, para que haja uma articulação efetiva da rede de Atenção de Urgências e Emergências.

4.3.6. A Promoção, Prevenção e Proteção à saúde

Segundo o Coordenador Médico da UPA Tijuca, o grande custo que se tem hoje na saúde pública consiste em dar assistência ao paciente já doente. De forma complementar, a Gestora da UPA Tijuca afirmou que atualmente a saúde pública só atua na recuperação dos agravos. No entanto, isto não condiz com o que está disposto na Carta Magna quanto às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, ferindo os preceitos do SUS.

O ideal segundo o Coordenador é investir na rede básica de saúde, de evitando que o paciente desenvolva determinados tipos de doenças crônicas, como a insuficiência cardíaca. Fazendo isso, evita-se a internação do paciente e os gastos provenientes desta internação e do seu tratamento. O investimento na rede básica é importante, pois além de prevenir tais doenças, possibilita controlar as complicações que uma determinada doença já instalada pode causar.

4.3.7. Pequenas e médias complexidades

Os entrevistados foram questionados diversas vezes quanto à interpretação do que são pequenas e médias complexidades, pois são conceitos que podem não estar claros para as pessoas que não têm contato direto com os pacientes.

Nesses momentos de questionamento, houve um impasse entre o Coordenador Médico da UPA Tijuca e a Coordenadora Geral das UPA/OS HTMJ. Ele afirmou que uma criança com nariz escorrendo, por ser um paciente ambulatorial de acompanhamento, seria um paciente de baixa complexidade, que deveria ser atendido pela UPA, pois a infecção viral caracteriza certa urgência de atendimento. Porém, ela não concordou com isso, pois em sua concepção este paciente deve ser encaminhado à UBS.

Desta forma, pode-se perceber que o conceito de pequenas e médias complexidades não está claro para os profissionais da UPA Tijuca, pois ainda que haja o

POP, ele não consegue englobar as particularidades que a doença pode assumir em cada paciente, e que acabam gerando este tipo de controvérsias.

4.3.8. O que falta para superar os desafios

Para o Coordenador Médico da UPA Tijuca e para a Gestora da UPA Tijuca, o que falta para superar os desafios é à disposição das instâncias superiores no sentido de: autorizar orçamento; ouvir e considerar as ideias dos trabalhadores da ponta, que estão em contato direto com os usuários; e investir na interação e integração da rede como um todo, pois o paciente do SUS precisa ser atendido adequadamente nas unidades em todas as esferas.

4. Conclusões

Este trabalho teve por objetivo analisar como se dá a articulação da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) com a rede de Atenção às Urgências e Emergências. Para tanto, partiu-se da hipótese de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com a sua proposta de atender urgências e emergências de baixa e média complexidade. Sendo assim, buscou-se responder à questão de pesquisa “Quais são os maiores desafios para que haja uma boa articulação da rede de Atenção às Urgências e Emergências e quais as possíveis soluções para esses desafios?”.

A análise dos atendimentos realizados no período de janeiro a agosto de 2013 possibilitou constatar que praticamente 100% das 23 principais ocorrências atendidas pela UPA Tijuca, são de classificação “Não Urgente”, que são de responsabilidade da UBS e “Urgência Relativa”, que poderiam ser evitadas caso a UBS realizasse o acompanhamento prévio destes pacientes. Ou seja, esta constatação confirma a hipótese da pesquisa de que a UPA realiza atendimentos que não se relacionam diretamente com a sua proposta.

A análise das entrevistas com profissionais ligados a UPA Tijuca possibilitou constatar desafios da articulação com a rede diferentes daqueles elencados na revisão bibliográfica, pois são os desafios mais perceptíveis aos profissionais que estão lidando diretamente com os pacientes. Os principais desafios identificados são: rede mista, precisando haver articulação entre instituições federais, municipais, estaduais, filantrópicas e até instituições particulares que possuem o leito do SUS, o que dificulta a comunicação, pois cada instituição tem a sua particularidade no atendimento das demandas da UPA, o que mostra um desafio, quanto à centralização e uniformização da regulação de leitos; UPA como “porta de entrada” para o sistema de saúde, tendo que encaminhar os pacientes para o local onde sua demanda será melhor atendida, quando na realidade este papel deve ser exercido pela Atenção Primária a Saúde; Sistemas de Informação sem integração não possibilitam a troca de informações; falta de comprometimento de alguns gestores das UPA com a boa articulação com a rede.

Os profissionais também consideraram que a atual política tem privilegiado a recuperação dos agravos, quando o ideal é investir na rede básica de saúde, de forma que seja evitado que o paciente venha a desenvolver determinados tipos de doenças crônicas e de forma a evitar os consequentes gastos provenientes disto. Além disso, pôde-se perceber que não há consenso entre os profissionais em relação ao que são atendimentos de pequena e média complexidade. Ainda que haja o POP, ele não consegue englobar as particularidades que a doença pode assumir em cada paciente, gerando controvérsia entre os profissionais. Por fim, foi relatado que as UPA possuem uma demanda muito alta, o que fez com que todas as UPA inauguradas atualmente sejam de Porte III. Este fato gera algumas dificuldades na prestação dos serviços da UPA Tijuca, que é de Porte II, mas atende a Porte III, o que caracteriza a necessidade de

um estudo de porte na unidade. Para estes profissionais, o que falta para superar tais desafios é a disposição das instâncias superiores no sentido de autorizar orçamento para viabilizar a superação destas dificuldades; ouvir e articular melhor as ideias com os profissionais que estão em contato direto com os pacientes; e investir na interação e integração da rede como um todo.

Conclui-se, portanto, que a articulação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é bastante complexa e necessita do engajamento dos profissionais de saúde e de vontade política para que se consiga alcançar uma articulação efetiva.

Desta forma, sugere-se que em estudos futuros sejam analisadas as variáveis aqui identificadas de forma mais aprofundada, bem como, que seja feita uma análise mais completa da atuação das Unidades Hospitalares dentro da rede de Atenção às Urgências e Emergências. Tais análises não foram possíveis de serem feitas ainda nesta pesquisa, devido à limitação de tempo.

5. Bibliografia

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br: **Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24 horas)**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-de-pronto-atendimento-upas-24horas>>. Acesso em: 29/08/2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 22/10/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1020, de 13 de maio de 2009**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2009/prt1020_13_05_2009.html>. Acesso em: 23/10/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.648, de 07 de novembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2648_07_11_2011.html>. Acesso em: 23/10/2012.

Brasil SUS. **Portaria nº 881, de agosto de 2012**. Disponível em: <<http://www.brasilus.com.br/legislacoes/sas/114900-881.html>>. Acesso em: 23/09/2013.

COSTA, J.S.M. **Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas**. 2011. Tese (Doutorado)- Cedeplar/UFMG.

COSTA, J. S. M., WONG, L. R. & BARBOSA, A. C. Q. **Redes de Atenção às Urgências e Emergências: Análise da Demanda em Três Pontos Fixos de Assistência à Saúde, Estudo de Caso no Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Venda Nova**. XV Seminário sobre a Economia Mineira, Cedeplar, 2012.

FLEURY, S. & OUVÉRY, A. **O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede**. *Revista portuguesa e brasileira de gestão*, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpbg/v11n2-3/v11n2-3a07.pdf>>. Acesso em: 29/10/2013.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚDO JR., J. L. C.; CAVALCANTI, P. **O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

GOLDBERG, S. Saúde começa antes, na Atenção Básica: é preciso mudar a mentalidade hospitalar e dar ênfase maior ao atendimento preventivo. **Valor Setorial Saúde**, setembro 2013. Entrevista Alexandre Padilha, p. 16.

ⁱ O Item 2.1 está totalmente baseado em PAIM (2009).