



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva
Trabalho de Conclusão de Curso

Kauane Mineko Almeida Saissu

**UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA AVALIAÇÃO NORMATIVA DAS
UPAS DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília/DF

2013



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva
Trabalho de Conclusão de Curso

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA AVALIAÇÃO NORMATIVA DAS UPAS DO DISTRITO FEDERAL

Autora: Kauane Mineko Almeida Saissu

Orientadora: Carla Pintas Marques

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, apresentado à Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Brasília/DF

2013

Dedico este trabalho a Deus,
Minha grande fortaleza.

Aos meus pais, Adinair e
Naolu, pelo apoio, amor e
compreensão.

A minha irmã,
Annesheron, pelo
companheirismo, pela
confiança e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre me dá força e fé para lutar pelos meus sonhos, pelas conquistas e oportunidades como esta, e por iluminar meu caminho e minhas escolhas.

Aos meus pais, Naolu e Adinair, por todo amor, carinho e confiança em mim depositados. Por fazerem dos meus sonhos os seus, me apoiando em todas as minhas escolhas. Por todo o ensinamento de vida, com eles aprendi a viver da melhor forma, com humildade, coragem, perseverança e alegria, tudo o que sou devo a vocês. Obrigada por tudo, serei eternamente grata.

A minha irmã, Annesheron, por sempre estar do meu lado, me apoiando, me incentivando e me orientando a fazer as melhores escolhas. Por além de ser uma ótima irmã, ser uma grande amiga.

A minha tia, Ângela e meu primo Yuri, por estarem sempre ao meu lado, me dando confiança e apoio. Obrigada também pela alegria e pelo carinho a mim transmitidos.

As minhas amigas, Bárbara, Gabriela, Jéssica, Mariana Maia, Mariana Máximo e Thalita, por me acompanharem durante toda esta caminhada, compartilhando momentos de alegria, estudo, diversão e conquistas. Pela confiança, apoio e incentivo a mim depositados. Por todos os momentos em que eu precisei e vocês sempre estavam presentes. Obrigada por fazerem parte da minha vida. Agradeço em especial a Bárbara e a Mariana Máximo, pela ajuda e pelo companheirismo durante o sufoco deste período, serei eternamente grata.

Aos meus amigos e colegas de curso, por tornarem o dia a dia na faculdade mais divertido e agradável. Em especial, agradeço à Kelly, Kétilla, Laís e Thaís, por fazerem dessa caminhada, momentos inesquecíveis. Obrigada pelo carinho, apoio e amizade.

À Carla Pintas, pela a orientação no decorrer deste trabalho, pela experiência e pelo conhecimento compartilhado. Pela confiança, incentivo, receptividade e pelos momentos de descontração em meio a tanta tensão. Agradeço também, por me tranquilizar nos momentos de ansiedade e angústia, sem este retorno não seria possível a realização deste. Obrigada!

Agradeço a todos os professores do curso de Saúde Coletiva UnB/FCE, que contribuíram para a minha formação. Agradeço pela dedicação e preocupação em nos transmitir conhecimento.

Aos profissionais que me acolheram nas duas unidades de saúde objeto deste estudo, por disponibilizarem seu tempo, se colocando a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas e informações. Em especial à Julliane, Carlinha, Mário, Rosane, Núbia e a Dr. Cristiane. Obrigada!

“As avaliações fazem parte do dia-a-dia de todo o ser humano. Tentar fazer para a ciência, esta questão é sem dúvida um desafio.”

Lanny Filho e Tonial

RESUMO

A Política Nacional de Atenção às Urgências do Brasil busca reorganizar o serviço de urgência, trabalhando em consonância com o Acolhimento com Classificação de Risco, estabelecendo diretrizes para o adequado funcionamento desses serviços na Rede de Atenção às Urgências, tendo como um dos componentes pré-hospitalares fundamentais, as Unidades de Pronto Atendimento 24h- UPAs. O objetivo do estudo é avaliar o funcionamento da UPAs de Samambaia e Recanto das Emas, regiões administrativas do DF, de acordo com as normas estabelecidas na Política Nacional de Atenção às Urgências. É um estudo descritivo-exploratório realizado por meio da análise de prontuários (280) de pacientes das UPAs de Samambaia e do Recanto das Emas, por serem as primeiras unidades implantadas no DF, pois no começo deste estudo as unidades de São Sebastião e Núcleo Bandeirante ainda não estavam em funcionamento. Foi possível identificar que as unidades de pronto atendimento analisadas estão de acordo com as normas federais, porém ainda padecem de falta de integração – referência e contra referência junto aos demais serviços de saúde, dificultando o atendimento integral e continuado. Cabe destaque também que é através da realização de avaliações normativas que se identificam alternativas para aperfeiçoar os serviços de saúde a serem implantados e os que já estão funcionando.

Palavras-chaves: Serviços de urgência, Rede de atenção à Saúde, Unidades de Pronto Atendimento.

Abstract

The National Policy on Care to Urgencies of Brazil seeks to reorganize the emergency department, working in harmony with the host with risk classification, establishing guidelines for the proper functioning of these services in the Urgent Network Health care, and as a component of prehospital fundamental, the Emergency Care Units-24 PSUs. The objective of the study is to evaluate the functioning of the PSUs of Samambaia and Recanto das Emas, administrative region of DF, in accordance with the standards set out in National Policy on Care to Urgencies. It is a descriptive exploratory study conducted through analysis of records (280) of the patients of PSUs of Samambaia and Recanto das Emas for being the first units deployed in DF since early this study drives, the São Sebastião and Bandeirante were still not in operation. It was possible to identify the emergency units analyzed are according to federal standards, but still suffer from lack of integration - reference and cross reference with the other health services, hindering the continued and comprehensive care. It also highlighted that it is through formative assessments that identify alternatives to improve health services to be deployed and those already working.

Keywords: Emergency services, Network Health care, Emergency Care Units.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Classificação das Unidades de Pronto Atendimento quanto ao porte populacional.	19
Tabela 2.	Média do tempo transcorrido em minutos do acolhimento com classificação de risco até o atendimento com o médico da Unidade de Pronto Atendimento. Outubro 2012.	33
Tabela 3.	Número de atendimentos realizados por período do dia nas UPAs. Outubro 2012.	34
Tabela 4.	Demandas recorrentes no relato dos usuários que procuraram os serviços de urgência. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. Outubro 2012.	37

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Número de usuários por sexo que procuraram os serviços de urgência e emergência. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro de 2012. **25**
- Gráfico 2. Faixa etária dos usuários que buscaram atendimento nos serviços de urgência e emergência. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro de 2012 **26**
- Gráfico 3. Local de residência dos usuários que buscaram atendimento. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro de 2012 **27**
- Gráfico 4. Encaminhamento de usuário de outros serviços para a Unidade de Pronto Atendimento. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro de 2012 **28**
- Gráfico 5. Número de pessoas que foram classificadas, porém não foram atendidas pelo médico na Unidade de Pronto Atendimento Samambaia. SES/DF. Outubro 2012. **29**
- Gráfico 6. Registro da classificação de risco no acolhimento dos usuários atendidos. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro de 2012 **30**
- Gráfico 7. Número de referência e contra referência realizada no atendimento às urgências na Unidade de Pronto Atendimento Samambaia. SES/DF. Outubro 2012. **34**
- Gráfico 8. Número de referência e contra referência realizada no atendimento às urgências. Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro 2012. **35**

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Objetivos	14
2.1. Geral	14
2.2. Específicos	14
3. Marco Teórico	15
3.1. Serviços de Urgência e emergência	15
3.2. Redes de Atenção	16
3.3. Unidade de Pronto Atendimento	17
3.4. Situação do Distrito Federal	20
4. Metodologia	22
5. Análise de dados e discussão	24
6. Considerações Finais	38
Referências Bibliográficas	40
Anexo I. Roteiro de análise.	42
Anexo II. Parecer consubstanciado do CEP.	43
Anexo III. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	45
Anexo IV. Termo de Compromisso para Uso de Dados em Arquivo (TCUD).	47
Anexo V. Guia de Consulta.	48
Anexo VI. Registro de Transferência (UPAREm)	49
Apêndice I. Portaria GM/MS nº 1.601, de 7 de julho de 2011.	50
Apêndice II. Portaria GM/MS nº 2648, de 11 de Novembro de 2011.	59

1. Introdução

O alto índice de mortalidade por causas externas e agravos de doenças cardiovasculares e respiratórias, vem se destacando como um grave problema de saúde pública no Brasil. De acordo com dados do Ministério da Saúde – MS (2006, p.228), “as causas externas representam a terceira causa mais frequente de morte, passando a ocupar a primeira posição quando se restringe a análise ao grupo de pessoas de 1 a 39 anos”. Já as doenças congênitas do coração aparecem como as principais causas de morte súbita no país, e ocorre em sua maioria em ambientes não hospitalares, necessitando de adequadas estratégias de intervenção em tempo hábil (BRASIL, 2009).

Em decorrência desses fatos aumenta-se a procura por atendimento de urgência e emergência, sobrecarregando os serviços existentes, que são organizados de forma centralizada no Pronto Atendimento dos Hospitais de média e alta especificidade, resultando em grandes filas, onde pessoas disputam o atendimento sem nenhum critério a não ser o horário da chegada. Assim o atendimento é prestado de forma pontual e sem a devida atenção integral ao usuário (BRASIL, 2009).

Buscando organizar, estruturar e implantar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de atenção às urgências instituiu-se, a partir da Portaria GM/MS nº 1.863/2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências – Pnau, a ser implantada em todas as unidades federadas, sendo responsabilidade do MS o estabelecimento da atenção integral através da implantação de serviços de urgência nos três níveis de complexidade, garantindo a universalidade, equidade e integralidade no atendimento.

Em 2011, o MS reformula a Pnau inserindo-a na Rede de Atenção às Urgências, instituindo diretrizes e componentes essenciais, com o intuito de melhorar a articulação e comunicação dos diversos serviços de atenção às urgências e emergências, almejando um atendimento integral e qualificado.

Foram designados eixos pré-hospitalares para a composição da rede de atenção às urgências, dentre eles estão o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), sendo o componente pré-hospitalar móvel e as Unidades de Pronto Atendimento às Urgências (UPAs), um dos componentes pré-hospitalar fixo.

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.601, de 7 de julho de 2011, as UPAs são

estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas e a Rede Hospitalar, na qual devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando estes pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade de encaminhar ou não aos serviços de maior especificidade.

A Portaria estabelece as diretrizes para a implantação das UPAs, reformulada em novembro de 2011 pela Portaria GM/MS 2648, redefinindo as diretrizes da UPA para o aperfeiçoamento dos componentes ao integrar na rede de atenção às urgências, devendo atuar sempre em consonância com a aplicação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), estabelecidos pela Política Nacional de Humanização, visando priorizar o atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou gravidade do caso (BRASIL, 2011).

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Nas localidades que contam com as UPAs, 97% dos casos conseguem ser solucionados na própria unidade (BRASIL, 2006).

O processo de implantação e regulamentação das UPAs é recente no país, existindo, atualmente, apenas 186 em funcionamento. Sendo duas unidades implantadas há menos de dois anos no Distrito Federal (DF), uma delas localiza-se na cidade de Samambaia e a outra na cidade do Recanto das Emas. E outras duas foram implantadas há menos de um ano, uma na cidade do Núcleo Bandeirante e outra em São Sebastião.

Com a recente implantação dessas unidades, se desperta a necessidade de atentar certos cuidados ao implantar um novo instrumento de gestão, sendo de suma importância avaliar e monitorar as primeiras ações e impactos, para que os objetivos propostos não sejam desvinculados do foco da Política.

Neste sentido, este estudo tem como propósito identificar aspectos práticos e teóricos que ajudarão a consolidar, planejar e estruturar ações para o aperfeiçoamento das próximas unidades a serem implantadas, evitando assim a criação de um serviço ineficiente e fragmentado.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento das regionais de Samambaia e Recanto das Emas de acordo com as normas estabelecidas na Política Nacional de Atenção às Urgências, no ano de 2012.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar a organização do sistema de referência e contra referência do usuário aos demais serviços de atenção à saúde.
- Verificar a quantidade de atendimentos realizados por dia.
- Identificar a prática do acolhimento com classificação de risco.
- Analisar o tempo de espera entre a classificação de risco e o atendimento.
- Observar o fluxo de atendimento de pacientes por turno.
- Analisar as demandas dos usuários mais recorrentes ao buscar o serviço.

3. Marco Teórico

3.1. Serviços de Urgência e Emergência

O Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995, conceitua urgência como a ocorrência inesperada de agravo à saúde, podendo sua vida estar em risco ou não, cujo usuário necessita de assistência médica imediata, e emergência como uma constatação médica de condições de agravo à saúde que ocasionem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, necessitando de tratamento médico imediato. Sendo o fator tempo o que determina o prognóstico vital.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2011), o perfil epidemiológico do Brasil, encontra-se com uma alta morbimortalidade relacionada às causas externas como violências e acidentes de trânsito na faixa etária até os quarenta anos e na população acima de quarenta e um, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, ressaltando a necessidade de intervir de forma organizada e efetiva nos serviços de urgência e emergência, visto que a falta de estruturação dos serviços, assim como a aumento da demanda, ocasiona no congestionamento do sistema e a sobrecarga das unidades que prestam atendimento de urgência e emergência.

O MS atuando em conjunto com outras ações que visam intervir nesta problemática cria a partir da Portaria GM nº 1.863 de 29 de Setembro de 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências – Pnau – com o objetivo de organizar e estabelecer os serviços de urgências, a serem implantados e administrados pelas esferas de governo, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e qualificando a atenção integral às urgências.

Em 2011, o MS reformula a Pnau através da Portaria 1.600 GM/MS, ao instituir a Rede de Atenção às Urgências, buscando aprimorar os objetivos da PNAU de 2003, promovendo a melhora na articulação e na comunicação entre os diversos pontos de atenção às urgências e emergências, tornando o atendimento mais ágil e eficaz, e desta forma reduzindo o número de óbitos ou sequelas ao paciente.

Os componentes estabelecidos na Pnau para a pactuação das redes de atenção às urgências são: pré-hospitalar fixo; pré-hospitalar móvel; hospitalar; pós-

hospitalar; Centrais de Regulação Médica as Urgências, integradas ao Complexo Regulador do SUS.

3.2. Rede de Atenção à Saúde

Os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

É através dessa abordagem que as Redes de Atenção às Urgências estabelecem como alguma de suas diretrizes, a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos, regionalização do atendimento às urgências, articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, atuação por meio de ações coordenadas e contínuas, participação e controle social, regulação articulada visando à garantia da equidade e integralidade do cuidado, educação permanente do quadro de profissionais (BRASIL, 2011).

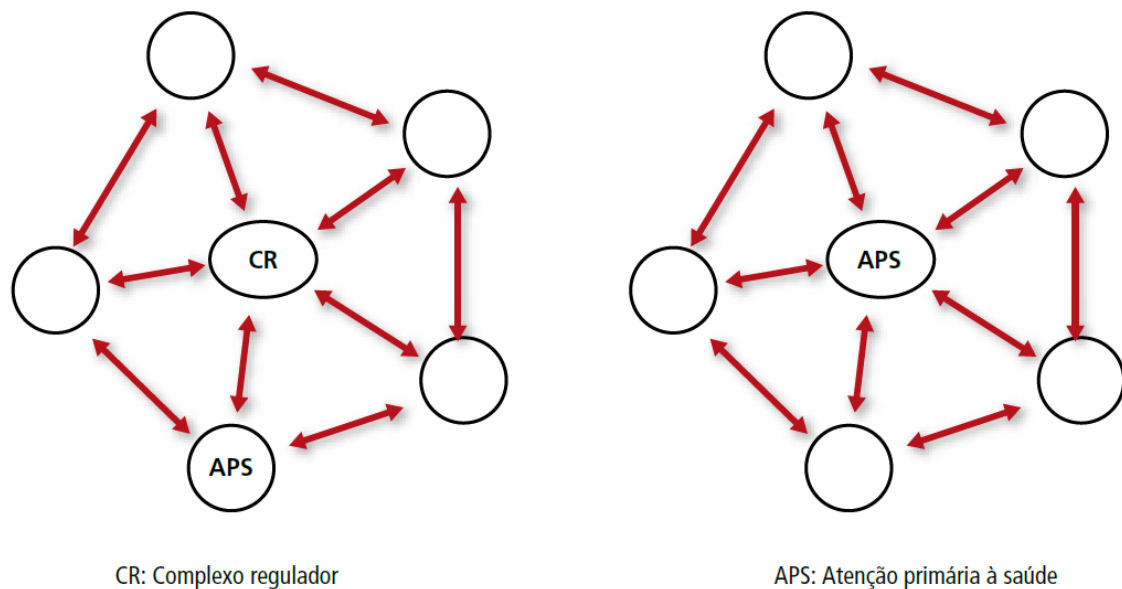
Para compor a Rede de Atenção às Urgências, são elencados e classificados como componentes fundamentais a Promoção, Prevenção e Vigilância à saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar. Tendo como base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede de Atenção às Urgências o ACR, a qualidade e a resolutividade da atenção.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, estabelecidos de acordo com as situações de saúde, demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais de saúde, em determinado tempo e determinada sociedade (MENDES, 2012).

Segundo este autor, o modelo de atenção às condições agudas visa identificar no menor tempo possível, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e direcioná-la ao serviço de atendimento adequado. Tendo como o centro da rede, o complexo regulador que direcionará os casos para os diversos pontos de atenção.

O modelo de atenção às condições crônicas visa o cuidado prolongado, coordenado e contínuo dos problemas de saúde, para além das doenças crônicas, como também doenças agudas que evoluem para condições crônicas (MENDES, 2012). Sendo a Atenção Primária o centro da articulação com os demais serviços da atenção à saúde.

Figura 1 - A diferença da organização da rede de atenção voltada para as condições crônicas e agudas.



Fonte: Mendes, 2011.

3.3. Unidade de Pronto Atendimento

A UPA é um dos componentes pré-hospitalares fixos, conceituado, pelo MS (2011), como o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar, prestando serviços 24 horas em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos, devendo acolher sempre os usuários e seus familiares, articulando com os demais pontos de atenção, fornecendo retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica, mantendo os pacientes em observação, por período de até 24 horas, caso necessite encaminhá-lo para o serviço hospitalar.

A Portaria 1.601 MG/MS de 7 de Julho de 2011, estabelece além de diretrizes para a implantação do componente UPA, requisitos para que a sua

implantação seja autorizada de acordo com a necessidade da população. Sendo reformulada pela Portaria GM/MS 2648 em 2011, ao redefinir as diretrizes para a implantação das UPAS, reforçando como competência do gestor a atuação dessas unidades em concordância com o acolhimento e classificação de risco.

O acolhimento é uma forma de humanizar o atendimento, fazendo com que este seja realizado com resolutividade e responsabilização, valorizando o processo da escuta, valorização do usuário e a pactuação de respostas mais adequadas a eles, pactuando sempre que necessário com os demais serviços para a continuidade do cuidado (BRASIL, 2004).

O Acolhimento com Classificação de Risco surge na perspectiva de organizar os serviços desordenados de urgência e emergência, acolhendo os usuários assim que chegam aos serviços com um sistema de direcionamento por cor, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A classificação deve ser realizada priorizando as observações dos profissionais qualificados, e/ou pela explicitação da queixa do sujeito (BRASIL, 2004).

O ACR não se limita apenas a classificação dos agravos por cores, mas também no ato de escutar e dar atenção ao usuário, aos familiares e acompanhantes enquanto aguardam o atendimento, informando-os quanto à expectativa de atendimento e o tempo de espera. (BRASIL, 2004)

Esta classificação nos serviços de urgência e emergência tem como embasamento um protocolo que direciona as queixas e agravos à determinada cor. Existem vários protocolos utilizados para este fim, dentre eles estão: o protocolo do Hospital Odilon Behrens (Belo Horizonte-BH), HumanizaSUS, Protocolo de Portugal, Hospital Mário Gati, Protocolo do Canadá, Protocolo da Austrália, Protocolo dos Estados Unidos e o Protocolo de Manchester.

As UPAs são classificadas em três diferentes portes, dependendo da densidade populacional do Município sede, são designados proporcionalmente a capacidade física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos. A tabela a seguir apresenta esta classificação:

Tabela 1 - Classificação das Unidades de Pronto Atendimento quanto ao porte populacional.

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: Ministério da Saúde, 2011.

Para que sejam construídas e financiadas as UPAs, os Estados e Municípios devem elaborar um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências que deverá ser encaminhado para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), onde será analisado e avaliado utilizando o Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo (BRASIL, 2011). Este Plano deve ser entregue ao Conselho de Saúde do Município-sede da UPA 24 h para ser analisado, aprovado e pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Ao ser aprovado pelo MS, criado se uma portaria específica de habilitação (BRASIL, 2011).

O incentivo financeiro de investimento das UPAs e o conjunto de serviços de urgência 24horas é estabelecido através da Portaria nº 1.171, de 5 de Junho de 2012, na qual destina a construção de novas UPAs 24horas – UPA Nova - ou a ampliação dos serviços de urgência 24horas da Rede de Atenção às Urgências para fins de se transformarem em UPA 24 horas - UPA Ampliada (BRASIL, 2012).

Considerando que UPA Nova é a UPA 24horas a ser construída com recursos do incentivo financeiro de investimento. E a UPA Ampliada é UPA 24horas a ser construída a partir do acréscimo de área a estabelecimentos de saúde já existentes e cadastrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES (BRASIL, 2012).

A UPA Nova de Porte I terá um incentivo financeiro de investimento no valor de R\$1.400.000,00 (hum milhão e quatrocentos mil reais); A UPA Nova de Porte II terá um recurso financeiro de investimento no valor de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais); A UPA Nova de Porte III receberá um recurso financeiro de

investimento no valor de R\$ 2.600.000,00 (dois milhões e seiscentos mil reais) (BRASIL, 2012).

Os recursos são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, e divididos em três parcelas: a primeira parcela equivale a 10% do valor total aprovado, que será repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; a segunda parcela equivale a 80% do valor total aprovado, sendo repassada após autorização da Secretaria de Atenção a Saúde/MS (SAS/MS); a terceira parcela equivale a 10% do valor total aprovado, sendo repassado após nova autorização da SAS/MS, mediante a apresentação de documento comprobatório da conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo CREA e pelo gestor responsável (BRASIL, 2012).

Os estabelecimentos de saúde aptos a receber recursos financeiros de investimento destinado a UPA Ampliada são: policlínicas, pronto-atendimentos, pronto socorro especializado, pronto socorro geral e unidades mistas. O valor a ser repassado deverá considerar os ambientes a serem ampliados, tendo como parâmetro o projeto arquitetônico mínimo estabelecido para os três portes das UPAS e não ultrapassando ao valor destinado as UPAs Novas de mesmo porte (SESDF, 2012).

A implantação e regulação das UPAs no Brasil ainda é um processo recente, segundo a Revista Urgências (2011) o Estado do Rio de Janeiro foi o pioneiro com a inauguração da Unidade da Maré, no dia 30 de maio de 2007. Mas antes mesmo da regulação dos serviços de urgência, pela Pnau, outras capitais já possuíam Unidades de Saúde 24horas, como no caso da Unidade de Curitiba inaugurada em 1992, e da Capital Paranaense, onde chamava-se de Centro Municipal de Urgências Médicas.

3.4. A Rede de Urgência do Distrito Federal

De acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2012), a situação atual enfrentada pela rede pública de saúde do DF, além de complexa, com muitos desafios a serem enfrentados para a organização da rede de atenção às urgências que envolvem a integração entre os vários níveis de atenção à saúde.

O Plano de Ação do Distrito Federal visa atender toda a população do DF, e a população da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno

(RIDE), tendo como uma imagem objetivo integrar a atenção voltada à população para atendê-la de forma qualificada e resolutiva, estabelecendo vínculos da comunidade com os serviços (SESDF, 2012).

Considerando que é interesse da RIDE, os serviços públicos comuns ao Distrito Federal, aos Estados de Goiás e de Minas Gerais e aos municípios que a integram.

A importância da inserção da RIDE na Rede de Atenção às Urgências deve-se principalmente à necessidade de previsão de cobertura assistencial hospitalar para a população ampliada e o estabelecimento de fluxos de referência e contra referência eficaz (SESDF, 2012).

A proposta de implantação das Unidades de Pronto Atendimento no Distrito Federal, integrando a estruturação primária da atenção, além de contribuir para a qualificação no atendimento às urgências, colabora na organização do sistema de referência e contra referência, especialmente em locais de vazios assistenciais (SESDF, 2012).

O Distrito Federal conta com apenas quatro Unidades de Pronto Atendimento, duas inauguradas há menos de dois anos, localizadas na Samambaia (inaugurada em fevereiro de 2011) e no Recanto das Emas (inaugurada em junho de 2011), e outras duas foram inauguradas há menos de um ano, uma está instalada no Núcleo Bandeirante e outra em São Sebastião, todas já se encontram prestando serviços à comunidade. Segundo o Plano de Ação de Urgência do DF estão programadas um total de 14 UPAs, todas do Tipo III, distribuídas de acordo com a distribuição populacional.

Foram escolhidas para objeto desse estudo apenas as duas primeiras unidades implantadas no DF, pois as outras duas foram inauguradas após o início da pesquisa.

Sendo de suma importância a realização deste estudo com as primeiras implantações, tendo em vista que há um planejamento de implantar outras 14 UPAs que abranja a população do DF. E com a realização deste, surge a oportunidade de identificar ações que possam ser aprimoradas para que essas unidades cumpram seu papel na Rede de Atenção às Urgências do DF.

4. Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório e qualitativo com enfoque em avaliação normativa. De acordo com Lakatos et. al (1991):

O estudo descritivo-exploratório visa à aproximação e familiaridade com o fenômeno-objeto da pesquisa, descrição de suas características, criação de hipóteses e apontamentos, e estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas no fenômeno.

A avaliação normativa conceitua-se como uma análise comparativa dos resultados finais com os objetivos iniciais – normas – da ação planejada, sendo assim, este estudo abordou como parâmetros, as normas da Política Nacional de Atenção às Urgências. A avaliação normativa é uma importante ferramenta de gestão, que gera indicadores que auxiliarão no gerenciamento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde.

O campo de estudo foram as duas UPAs implantadas há menos de dois anos no Distrito Federal, que já estavam em funcionamento e regulamentadas pelo MS desde o início da pesquisa.

Para a coleta de dados foram utilizados os prontuários dos usuários atendidos na UPA de Samambaia e da UPA do Recanto das Emas, na especialidade de Clínica Médica. Não foram considerados prontuários das áreas de Pediatria e Odontologia, pois esses são direcionados para um público específico além do sistema de informação utilizado nas unidades não gerarem relatórios consolidados, apenas relatórios por especialidades.

Foi escolhida de forma aleatória a primeira semana do mês de outubro de 2012. Para este período, foi analisada uma amostra de 140 prontuários escolhidos de forma aleatória em cada uma das unidades, sendo 20 prontuários de atendimentos ocorridos em cada dia da semana, de segunda a domingo.

Desses prontuários, foram coletadas informações referentes a variáveis demográficas básicas (idade, sexo, domicílio), a existência de informação sobre a referência e contra referência explícita aos serviços da atenção básica e/ou aos serviços de maior especificidade dos Hospitais, a classificação de risco do usuário e o tempo transcorrido entre a classificação de risco e o atendimento com o médico ou encaminhamento a outro nível de atenção, as queixas dos usuários ao procurar o serviço e o período do dia do atendimento. Foi elaborado um roteiro básico com todas essas variáveis (Anexo I).

A coleta de dados ocorreu nas próprias UPAs, por meio do acesso ao

prontuário eletrônico, pelo Sistema TrakCrae, disponibilizado pelos gerentes das unidades. De acordo com o InterSystems (2011), o sistema TrakCare:

É um sistema de informação de saúde conectada a uma solução baseada na Web, com módulos clínicos e administrativos que se conectam uns com os outros, e pode ser perfeitamente integrado com outros sistemas e aplicações. Com um Registro Eletrônico do Paciente no seu núcleo, é um avançado software que traz melhorias exponenciais para o cuidado de cada paciente e para a produtividade de cada profissional da saúde.

Através do Sistema TrakCare foi gerado um relatório de todos os pacientes atendidos no período de 01 a 07 de outubro de 2012. E a partir deste relatório, foram escolhidos aleatoriamente 20 matrículas de usuários, por dia e de cada unidade objeto deste estudo. Após a seleção das matrículas, foi realizada a busca de cada prontuário, sendo coletadas e analisadas todas as variáveis de interesse.

O armazenamento dos dados foi feito por meio do programa Microsoft Excel (2010), sendo elaboradas planilhas com os dados coletados para posterior análise e elaboração de gráficos e planilhas.

Foram considerados para análise e discussão, falas informais de profissionais que trabalham nas UPAs, relatadas no decorrer da coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram os pacientes atendidos no período de 01 a 07 de Outubro de 2012 pela especialidade de Clínica Médica nas UPAS de Samambaia e Recanto das Emas. O critério de exclusão foram todos os atendimentos que não estavam dentro do período de 01 a 07 de Outubro de 2012, além das especialidades de Pediatria e Odontologia.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do DF (FEPECS) e aprovado em Janeiro de 2012, com o protocolo de número 09427312.1.0000.5553 (Anexo II).

Foram solicitados aos gerentes de cada unidade, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo III) além do Termo de Compromisso para Utilização de bancos de Dados (TCUD) (Anexo IV).

5. Análise de dados e discussão

A primeira UPA a ser implantada no DF foi a UPA da Samambaia (UPAHSam), inaugurada em fevereiro de 2011, realizando inicialmente atendimentos de urgência e emergência 24 horas nas especialidades de Clínica Médica e Pediatria, e atualmente disponibiliza também atendimentos em Odontologia das 07hrs às 19hrs.

A UPAHSam possui 14 leitos de observação e é classificada como UPA tipo III, abrangendo a população de aproximadamente 200.874 moradores de Samambaia, de acordo com o censo de 2010 (SES/DF, 2012). O processo de implantação da UPAHSam foi conturbado, havendo atraso na entrega, devido à falta de profissionais para atuarem na unidade, surgindo a necessidade de realocar profissionais de outras áreas como do Hospital Regional de Samambaia - HRSam - para atuarem neste novo serviço de saúde.

O HRSam é o hospital de referência da Coordenação Geral de Saúde de Samambaia, um hospital Geral com 113 leitos operativos distribuídos nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica e Terapia Intensiva Adulto, além de prestar atendimento de urgência e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Pediatria (SES/DF, 2012).

Além do HRSam, a Coordenação Geral de Saúde de Samambaia, inserida na Região de Saúde Sudeste, também é composta pela UPAHSam e por seis Unidades Básicas de Saúde dando cobertura à toda população residente em Samambaia.

A segunda UPA implantada no DF foi a UPA do Recanto das Emas - UPAREm, inaugurada em Junho de 2011, vinculada a Coordenação Geral de Saúde do Recanto das Emas, integrante da Região de Saúde Sudeste, assim como três unidades básicas de saúde instaladas na região. Esta coordenação não possui um hospital Geral, utilizando de hospitais de referência, de outras regiões, dentre eles estão: o HRSam, Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional do Gama (HRG) e o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

A UPAREm presta atendimentos de urgência e emergência 24horas nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia. É classificada como tipo III, cobrindo uma população de 121.278 moradores do Recanto das Emas, de

acordo com o censo de 2010 (SES/DF, 2012).

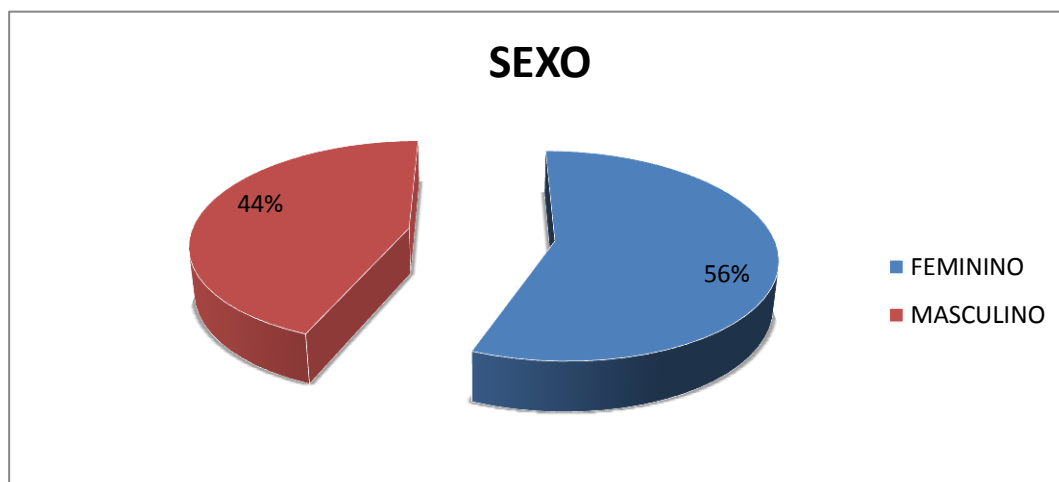
A implantação do prontuário eletrônico ainda é recente no DF, porém hoje todos os serviços de saúde do DF estão informatizados. Ambas as UPAs já iniciaram seus serviços com o sistema informatizado, sendo que todos os procedimentos já são registrados diretamente no sistema TrakCare.

Os dados coletados do Sistema TrakCare, foram de um total de 280 prontuários, sendo 140 de cada unidade, referentes aos usuários que recorreram aos serviços das UPAS no período de 01 a 07 de Outubro de 2012.

Neste período a UPAHSam atendeu na especialidade de Clínica Médica uma média de 145 usuários por dia, num total de 1.013 pessoas em uma semana. A UPAREm prestou aproximadamente 243 atendimentos de Clínica Médica por dia, chegando a um total de 1.700 em uma semana.

Serão analisados abaixo, o perfil dos usuários das duas unidades.

Gráfico 1 - Número de usuários por sexo que procuraram os serviços de urgência e emergência. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro de 2012.



Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro 2012.

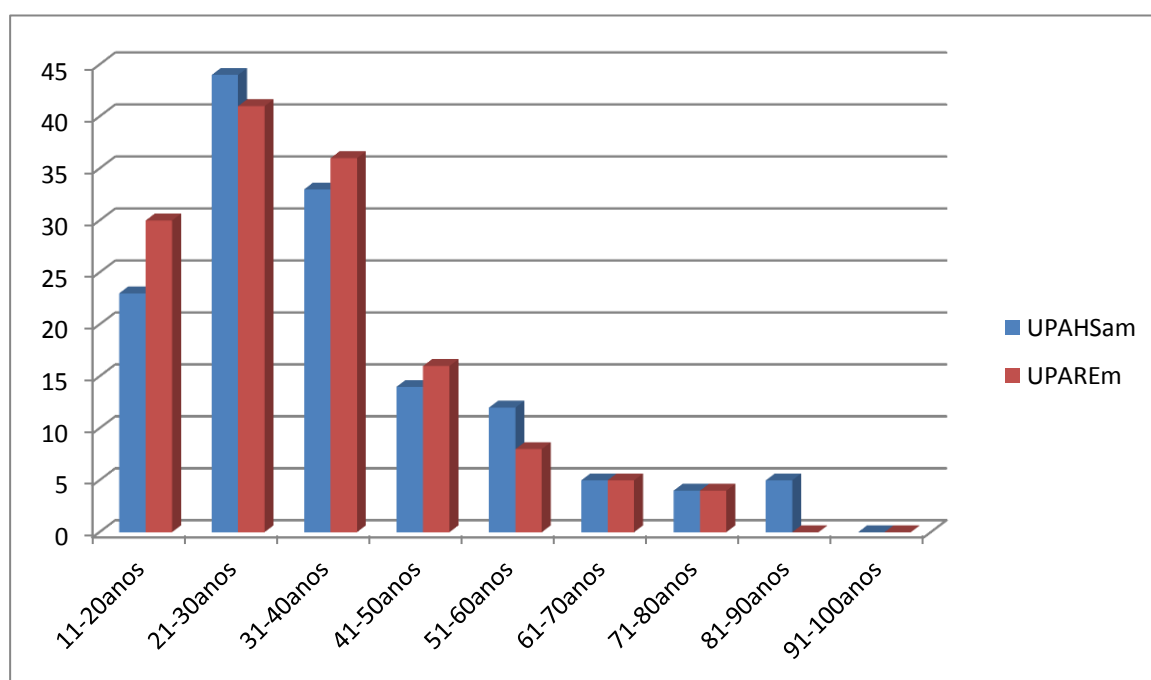
O gráfico acima mostra que dos 280 prontuários analisados, 44% das pessoas que procuraram os serviços das UPAs são do sexo masculino, enquanto 56% são do sexo feminino.

A diferença é relativamente pequena, tendo em vista que culturalmente quem busca por atendimento de saúde são na maioria pessoas do sexo feminino, pois elas tendem a cuidar e se preocupar mais com a saúde. É interessante pensar que o número de pessoas do sexo masculino que procuraram pelos serviços, apesar de

ser inferior ao do sexo feminino, foi significativo, provavelmente pelo fato dos homens não realizarem consultas e exames rotineiros, e por consequência procuram os serviços de saúde, apenas em casos críticos e agudos.

A faixa etária que prevalece em ambas as unidades é de 21 a 30 anos de idade, seguido de 31 a 40 anos e em terceiro pela população de 11 a 20 anos de idade, segundo Gráfico 2.

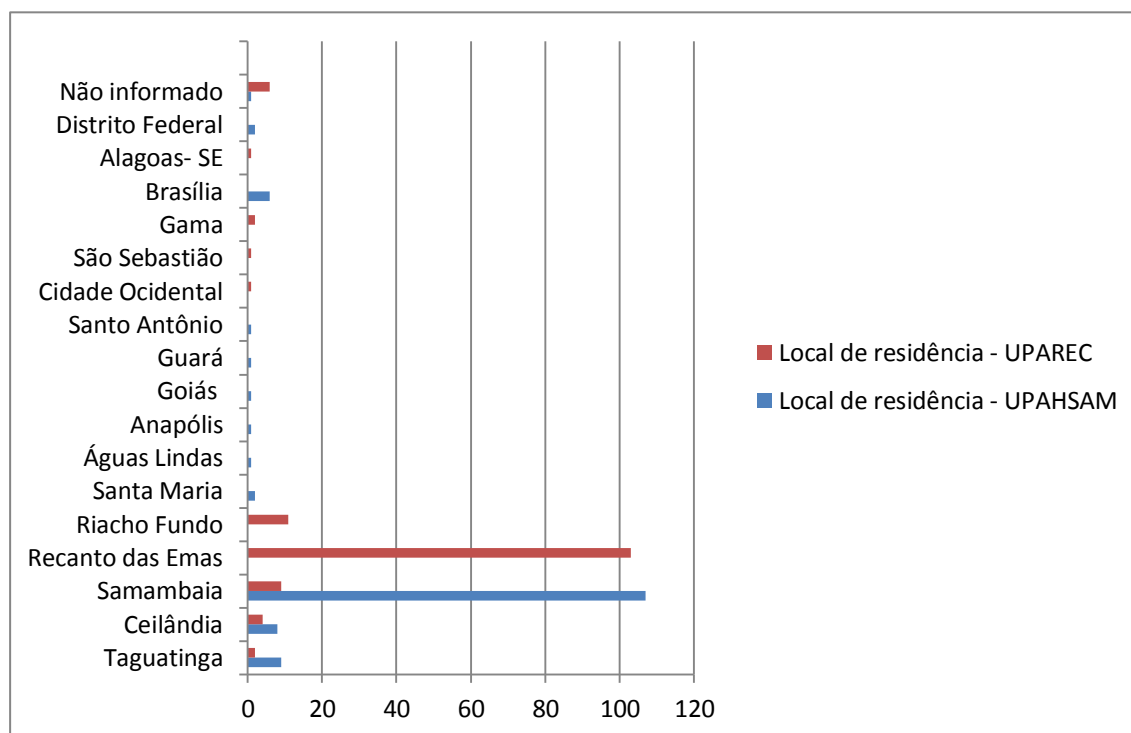
Gráfico 2 - Faixa etária dos usuários que buscaram atendimento nos serviços de urgência e emergência. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro de 2012.



Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro de 2012

Verificou-se que os usuários que procuraram os serviços de urgência, são na maioria residentes da própria área de abrangência das UPAs. Porém estas unidades atendem também pessoas que moram em cidades do Goiás como Cidade Ocidental e Águas Lindas, e cidades vizinhas, como Ceilândia, Taguatinga e Riacho Fundo.

Gráfico 3 - Local de residência dos usuários que buscaram atendimento. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro de 2012.



Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro 2012.

Observa-se também que apesar de existir a UPAHSam, ainda há moradores de Samambaia que buscam atendimento na UPAREm.

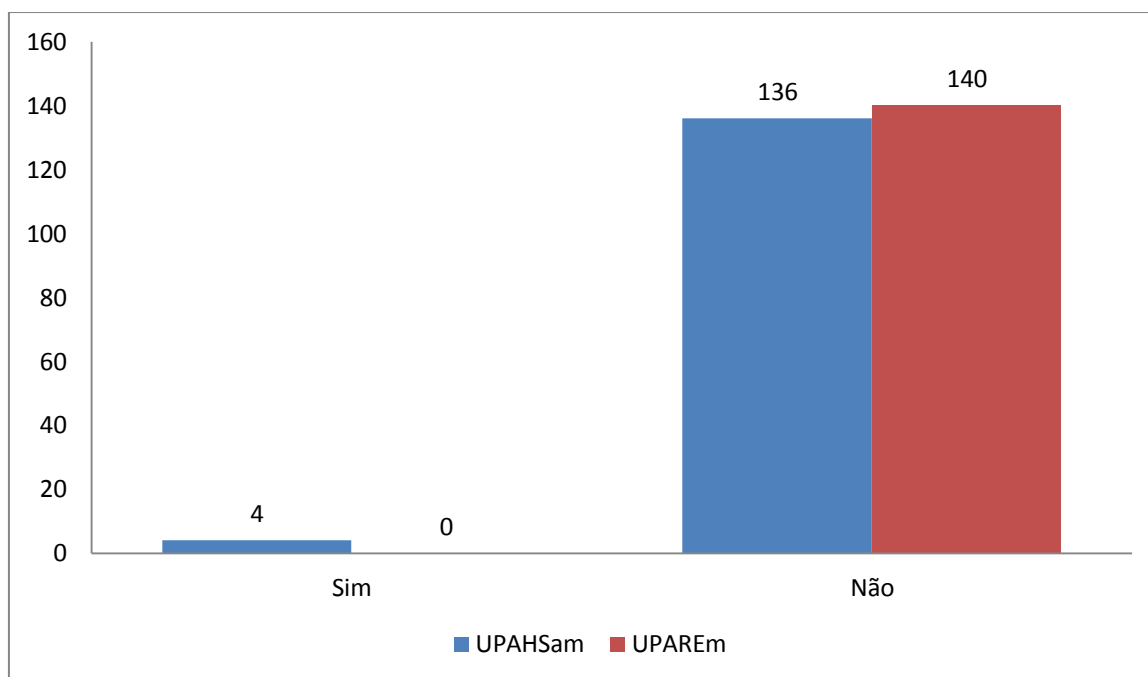
É importante destacar que as informações do cadastro como o local de residência apresentam muitas vezes sem padronização e clareza, a exemplo do cadastro do usuário com residência no Distrito Federal, mas sem especificar a cidade. Além deste fato há também os que não são preenchidos ou mesmo atualizados.

Deve-se ressaltar a importância das informações que pareçam simples, mas que influenciam na conformação das redes de atenção e na mudança do modelo de atenção, que buscam alcançar uma linha de cuidado horizontal, visando o estabelecimento do vínculo dos usuários com os serviços próximos de sua residência.

O prontuário eletrônico é um banco de dados clínicos e pessoais, obtido por várias fontes, armazenado em meio eletrônico, permitindo o acesso rápido do histórico do usuário nos serviços, facilitando o processo de trabalho em redes.

Devendo seu preenchimento ser padronizado ao representar as informações, para facilitar a troca de informações.

Gráfico 4 - Encaminhamento de usuário de outros serviços para a Unidade de Pronto Atendimento. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro 2012.

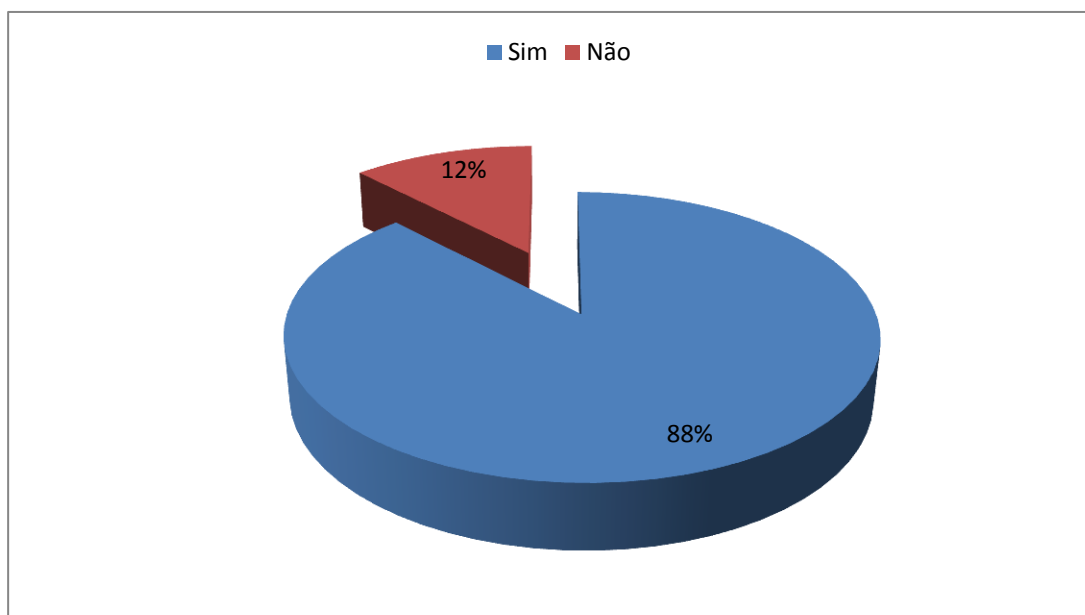


Fonte: Sistema Trakcare. SES/DF. Outubro de 2012

De acordo com os dados levantados (gráfico 4), de um total de 280 usuários, apenas 4 usuários foram referenciados para a UPA, sendo que dois foram encaminhados pelo componente pré-hospitalar móvel, SAMU, um pelo Centro de Saúde e outro pelo HRSam. Os que chegaram pelo SAMU, não necessariamente receberam a classificação vermelha, apenas um deles, um usuário de drogas ilícitas. O outro usuário recebeu a classificação amarela, apresentando quadros de epilepsia. Já o usuário encaminhado pelo Centro de Saúde apresentava pico hipertensivo e foi classificado como amarelo. E o que foi encaminhado pelo HRSam, devido à restrições no plantão da cirurgia, foi classificado como vermelho, pois apresentava lesão na face.

Ressalta-se que a busca pelos serviços de urgências e emergências nestas UPAs tem sido por demanda espontânea, sendo que o usuário procura tal serviço por esses serem de atendimento rápido e resolutivo.

Gráfico 5 – Número de pessoas que foram classificadas, porém não foram atendidas pelo médico na Unidade de Pronto Atendimento Samambaia. SES/DF. Outubro 2012.



Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro de 2012

Na UPAHSam constatou-se que 12% das pessoas que foram classificadas no acolhimento, não realizaram a consulta com o médico. Um dos motivos que pode ter levado o usuário a desistir dos serviços, é a demora no atendimento, fazendo com que muitos desistam de serem atendidos, indo a procura de atendimento em outro serviço ou mesmo retornando as suas casas sem a resolução de sua queixa.

Na UPAREm, todas os usuários classificados foram atendidos.

Para estabelecer a rede de atenção às urgências tem-se como característica fundamental o estabelecimento do sistema de ACR. Atuando em consonância com a Pnau, ambas as UPAs utilizam a ACR pelo protocolo de Campinas/SP desde a sua implantação, adequando-se a realidade do DF, com o intuito de ofertar um atendimento humanizado e qualificado.

O protocolo estabelece uma triagem por classificação de cor, utilizando as cores primárias: vermelho, amarelo, azul e verde. A cor é estabelecida de acordo com o nível de gravidade do usuário ao chegar ao serviço.

O Ministério da Saúde (2004) através da Política Nacional de Humanização propõe o estabelecimento da classificação seguindo as cores abaixo:

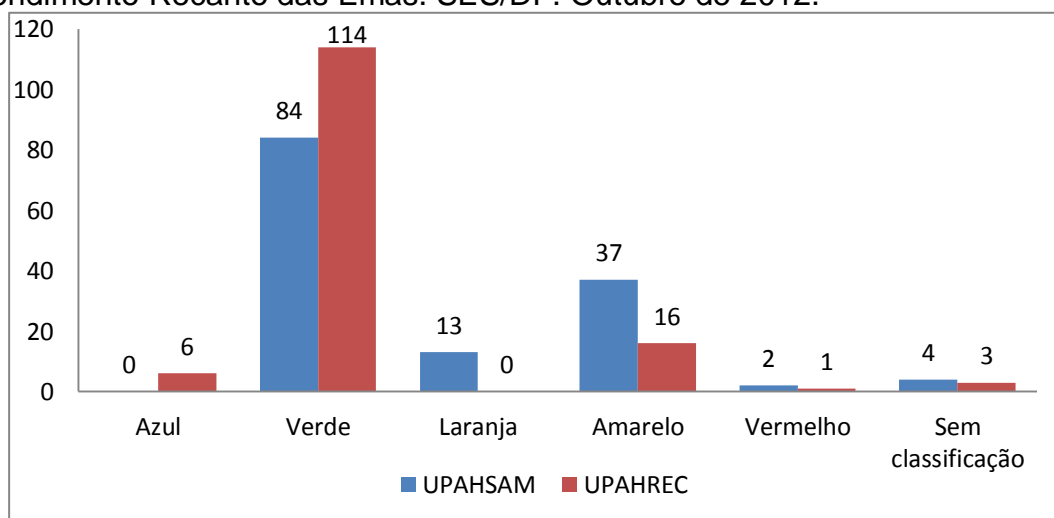
- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato. Atendimento imediato dos pacientes graves visando afastar o risco

imediate de morte, realização de exames diagnósticos e posterior encaminhamento para tratamento clínico, cirúrgico, observação ou alta.

- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível. Atendimento semi-imediato. É classificado como paciente crítico que necessita de cuidados intensivos e permanecerá na unidade de emergência reguladora até o seu encaminhamento para um especialista.
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente. Atendimento de espera oportuna indicado para pacientes não críticos, para observação ou internação clínica ou cirúrgica.
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada. Pacientes com quadro simples e prioridade secundária, com tempo de espera indefinido, dependendo do fluxo de pacientes nas outras cores.

Na SESDF já está em discussão a implantação, do protocolo de Manchester, pois este tem-se mostrado mais eficaz na classificação das urgências, diminuindo o risco de morte ou sequelas dos usuários que não possuem assistência imediata devido ao tempo de espera pelo atendimento. Tendo em vista a possibilidade de utilizar o protocolo de Manchester, o sistema TrakCare já disponibiliza a classificação da cor laranja, existentes neste protocolo.

Gráfico 6 - Registro da classificação de risco no acolhimento dos usuários atendidos. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro de 2012.



Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro de 2012

Apesar das UPAHSam e UPAREm ainda não utilizarem o protocolo de Manchester foi constatado nos prontuários analisados da UPAHSAM a classificação com a cor laranja. Essa ocorrência estava equivocada, pois os enfermeiros que realizavam a classificação estavam utilizando a cor laranja, disponível no Sistema TrakCare, sem atentar de que a cor laranja ainda não faz parte do protocolo atualmente utilizado. Essa cor estava sendo utilizada para identificar as pessoas idosas que procuravam estes serviços. Este fato pode ter acontecido devido às falhas no treinamento dos profissionais para trabalharem com o Protocolo estabelecido.

Outro fato relevante, é que além do acolhimento com classificação de risco ser um elemento fundamental na humanização do cuidado, ele também é um componente essencial na organização e no monitoramento dos serviços de urgência e emergência, devendo ser sempre registrado preferencialmente, no prontuário eletrônico do usuário.

Este registro é importante para coleta de dados estatísticos que colaborarão para o monitoramento dos serviços prestados, assim como o acompanhamento do cuidado deste usuário na rede de atenção à saúde. Porém, identifica-se no gráfico que há prontuários sem o registro de classificação, acarretando na falta de informações e contribuindo para um atendimento vulnerável à população.

Destacando estas ocorrências, observa-se que o preparo dos profissionais para realizar a classificação, assim como o preenchimento no TrakCare ainda é falho. Não houve um treinamento ou um curso direcionado para estes profissionais que atuam nas UPAS, sendo que na Pnau, há uma exigência de se investir na educação diferenciada destes profissionais, pois trabalharão em situações delicadas de grande conflito e pressão, sendo ressaltado como um componente fundamental a capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção (BRASIL, 2006).

A estratégia adotada nas unidades durante a capacitação para utilização do sistema informatizado foi de treinar um funcionário e este passar a ser multiplicador, porém isso parece não ter ocorrido de forma eficiente. Um profissional disse que todos tiveram que entender o processo do ACR por conta própria, olhando os manuais e o sistema, sendo que muitas informações disponibilizadas pelo sistema TrakCare, eles ainda desconhecem.

Segundo relato dos profissionais, não houve critério para a seleção destes

profissionais para atuarem nesses serviços de urgência, e muitos deles não tinham interesse em trabalhar na UPAHSam. Este fato influencia na falta de motivação e interesse em atuar nestes serviços de forma humanizada, acolhedora e produtiva, o que acarreta negativamente na prestação da assistência ao usuário, por isso há uma necessidade de se investir na capacitação destes profissionais.

Um das sugestões feitas pela Política Nacional de Humanização (2009) ao implantar o ACR, é realizar uma capacitação técnica – de suporte básico e avançado de vida - para todos os profissionais que atuam na urgência, inclusive aqueles que não são profissionais de saúde e os que atuam na ponta dos serviços, estabelecendo o primeiro contato com o usuário, como os porteiros e recepcionistas. (BRASIL, 2009)

Observa-se no gráfico 6, que a grande maioria dos usuários (71%) são classificados como verde, um tipo de atendimento que pode esperar por mais tempo, e ser resolvido na Atenção Básica. Já o atendimento direcionado propriamente as UPAs, classificados como vermelho, são os que menos são realizados neste contexto.

Os casos classificados como azul, ocorridos apenas na UPAREm, são contra referenciados para as Unidades Básicas de Saúde de sua abrangência, sem a necessidade de passar pelo médico da unidade.

Há registros por parte dos profissionais, de pessoas que recorrem a UPA para tomar medicação, medir pressão arterial, gestantes, ou mesmo para realizar uma consulta de acompanhamento, devido já ter se consultado antes na unidade, mas ter o interesse de saber se realmente está tudo bem.

Essas ações deveriam ser recorridas na atenção básica, que deveria ser a responsável pela coordenação do cuidado, através do vínculo do usuário com o profissional de saúde, para assim controlar as agudizações das condições crônicas, promovendo a saúde e melhorando a qualidade de vida desses usuários.

Porém essa procura pelos serviços com rápida resolutividade é o reflexo do modelo hospitalocêntrico, pontual e curativista, voltado ao enfrentamento das condições crônicas do mesmo modo que as condições agudas, sem levar em consideração que o país encontra-se com uma tripla carga de doenças (MENDES, 2012). É necessário educar a população com relação ao papel de cada serviço, e enfatizar que é necessário zelar pela qualidade de vida, e não apenas a cura de doenças. Pois saúde conceitua-se como algo além da ausência de doenças.

A Rede de Atenção as Urgência surge na perspectiva de atuar nos casos agudos e nas agudizações das condições crônicas, de forma a organizar os serviços de urgência, mas necessita da participação dos diversos serviços, principalmente da Atenção Básica (MENDES, 2012).

Um dos critérios de controle e avaliação da implantação do ACR é o tempo de espera entre a classificação e o atendimento, através deste indicador, podemos analisar o funcionamento do serviço de urgência.

Tabela 2 - Média do tempo transcorrido em minutos do acolhimento com classificação de risco até o atendimento com o médico da Unidade de Pronto Atendimento. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro 2012.

ACR – cores	Média do Tempo transcorrido UPAHSam	Média do Tempo transcorrido – UPAREm	Padrão estabelecido pelo protocolo/SES/DF
Azul	-	-	-
Verde	161 minutos	89 minutos	60 minutos
Laranja	76 minutos	-	-
Amarelo	76 minutos	42 minutos	30 minutos
Vermelho	24 minutos	57 minutos	Imediato Até 15 minutos

Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro de 2012;

Identifica-se que a UPAREm se aproxima do tempo de espera estabelecido pelo protocolo da SES/DF, já a média do tempo de espera na UPAHSam é quase o triplo do programado pelo protocolo de classificação. Levando em consideração que a UPAREm realizou uma média maior de atendimento que a UPAHSam, pode-se supor que está ocorrendo, entre outros motivos, a falta de recursos materiais, físicos ou profissionais na unidade de Samambaia.

Com relação a UPAREm, há um profissional de enfermagem da unidade que fica responsável em levantar estes indicadores mensalmente, monitorando o tempo de espera para que se ajuste ao estabelecido pelo protocolo. Este processo deveria ser estabelecido em todas as unidades de urgência e emergência, tendo em vista,

ser um indicador fundamental para acompanhar e monitorar a superlotação dessas unidades, com a intenção de se diminuir as filas de espera e identificar o porquê da demora no atendimento.

Tabela 3 – Número de atendimentos realizados por período do dia. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro 2012.

UPA	Período do atendimento		
	07h às 11h59min	12h às 17h59min	18h às 06h59min
UPAHSam	28	57	50
UPAREm	25	48	61

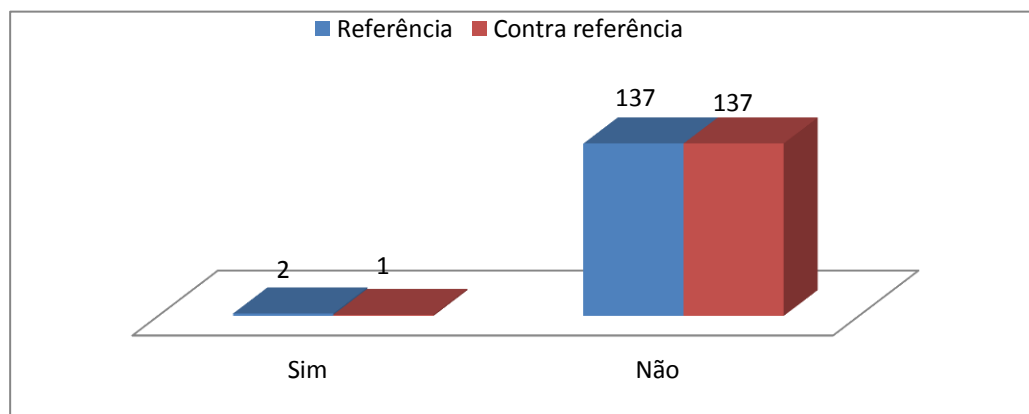
Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro de 2012;

Verificou-se que o horário preferencial de atendimento nas UPAs foi de 7hrs às 17 hrs e 59 min, ou seja, horário em que as unidades básicas de saúde estão em funcionamento (Tabela 3).

Considerando que o maior número de pacientes foi classificado como verde, nesse horário “comercial”, novamente trazemos a discussão do atual papel desempenhado pela atenção primária no DF.

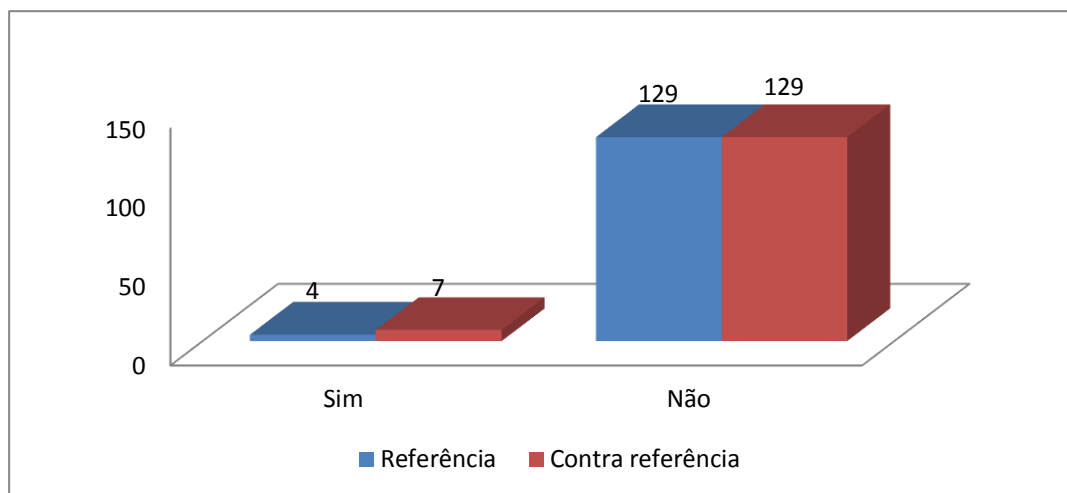
Sem o fortalecimento da atenção primária, a UPA acaba deixando de exercer sua competência na Rede de Atenção às Urgências, de fornecer a retaguarda da atenção básica, quanto aos casos de urgências, e passa a atender os casos de atenção básica, prejudicando o fluxo de pacientes na rede de atenção, rompendo a linha do cuidado horizontal, tornando a porta de entrada preferencial dos usuários e consequentemente prejudicando os casos que necessitam de intervenção em tempo hábil.

Gráfico 7 – Número de referência e contra referência realizada no atendimento às urgências na Unidade de Pronto Atendimento Samambaia. SES/DF. Outubro 2012.



Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro de 2012.

Gráfico 8 – Número de referência e contra referência realizada no atendimento às urgências. Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. SES/DF. Outubro 2012



Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro de 2012

Observa-se por meio dos gráficos 7 e 8, que a referência e contra referência não é incorporada como uma prática habitual no processo de estabelecimento da rede de atenção à saúde.

Observa-se que dos 140 usuários atendidos na UPAHSam, apenas dois foram referenciados e um contra referenciado. A UPAHSam não possui uma prática de encaminhamento com garantia de atendimento pactuada com os Centros de Saúde, realizando apenas orientações ao usuário para procurar atendimento na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência. A SES/DF disponibiliza um guia – Guia de Consulta (Anexo V) que pode ser utilizado para realizar a referência e a contra referência. A UPAHSam utiliza desse para a referência aos serviços de maior especificidade. A referência é realizada com mais frequência, porém com dificuldades, apesar de terem um hospital na região. Há relatos de que muitas vezes não encontram vagas nem leitos para atender aos usuários que estão estabilizados ou que necessitam de intervenções clínicas específicas.

Porém podemos destacar que a UPAREm mostra-se com maior iniciativa para que ocorra o estabelecimento do vínculo.

Os casos da UPAREm classificados como azul são contra referenciados aos Centros de Saúde de abrangência do usuário, com garantia de acesso, através de uma ficha titulada como “Guia de Consulta” (Anexo V), ela é utilizada tanto para a realização da referência das Unidades Básicas de Saúde para aos demais serviços,

quanto para a contra referência dos demais serviços para as Unidades Básicas de Saúde. Para que o atendimento seja garantido, além desta ficha, os profissionais de saúde, entram em contato com a equipe saúde da família da área de abrangência do usuário, pactuando o imediato agendamento da consulta.

Como diferencial, a equipe da UPAREm, realiza reuniões, uma vez no mês, com os centros de saúde da área de abrangência, onde são cobrados os atendimentos classificados na UPA como azul e encaminhados aos Centros de Saúde, visando identificar a ocorrência do agendamento ou mesmo a realização da consulta do usuário contra referenciado. Isso tem se mostrado eficaz, pois foi identificado pelos profissionais, uma diminuição significativa dos usuários classificados como azuis nos serviços de urgência da UPAREm.

Para referenciar os casos de maior especificidade, da UPAREm, aos hospitais de referência é preenchido um Registro de Transferência (Anexo VI), uma ficha que contém as informações quanto ao quadro do paciente encaminhado, que deverá ser assinado pelo responsável da UPA e o responsável que o recebeu no hospital de Transferência. Há certa resistência, neste processo por conta dos demais hospitais, explica uma profissional da UPAREm, destacando que os demais serviços de referência acham que a unidade está aumentando a demanda dos serviços hospitalares.

A Portaria GM/MS nº 2648 de 2011 ressalta o papel da UPA na Rede de Atenção às Urgências, em referenciar e contra referenciar os usuários, articulando se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde.

Conforme a Política Nacional de Humanização (2004) para que seja efetivada a implantação da humanização nos serviços de urgências e emergências, é necessário identificar a garantida referência e contra referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários.

O processo de referência e contra referência é um desafio do SUS ao estabelecer a rede de atenção e o cuidado horizontal humanizado, tendo como porta de entrada preferencial as unidades básicas de saúde.

Para que haja a responsabilização do cuidado pelos serviços, deve haver um comprometimento de todas as áreas envolvidas. Com isso, destaca-se a importância desse processo de garantir o atendimento independente do nível de

especificidade, responsabilizando-se no cuidado com a saúde dos usuários.

A seguir apresenta-se o quadro das demandas recorrentes identificadas na fala dos usuários ao buscar os serviços de urgência e emergência das UPAs:

Tabela 4 - Demandas recorrentes no relato dos usuários que procuraram os serviços de urgência. Unidade de Pronto Atendimento Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento Recanto das Emas. Outubro 2012.

Demandas
Cefaléia
Dor lombar/muscular
Febre há menos de dois dias
Dor de garganta
Dor abdominal
Náuseas
Fraqueza/tontura
Diarréia
Falta de ar
Tosse
Picos hipertensivos

Fonte: Sistema TrakCare. SES/DF. Outubro/2012.

Além dessas queixas, há também muitas pessoas que procuram este tipo de serviço de urgência em busca de obter um atestado médico, ressalta um médico da UPAHSAm.

De acordo com o relato de um profissional da UPAHSAm, muitas vezes o usuário não diz o que realmente está sentindo, e sua queixa no ato do acolhimento, não coincide com o diagnóstico do médico. Isso acontece com frequência pelo fato de quererem ser classificados como casos graves para serem atendidos rapidamente, ou mesmo, pela falta de credibilidade dos usuários quanto aos serviços dos profissionais de enfermagem, vistos como pessoas que não saberiam julgar seu estado de saúde, dando credibilidade apenas ao médico, relata um profissional que realiza o ACR.

A partir dos dados coletados podemos verificar que a SES/DF cumpriu com o estabelecido pelo Ministério da Saúde. Porém há ainda a falta de estabelecimento da referência e contra referência junto aos outros serviços de saúde, de forma efetiva, a fim de se consolidar a Rede de Urgência e Emergência.

O cuidado qualificado demonstra e traz credibilidade junto aos usuários. Não há falta de serviços, mas sim certa organização que estabeleça o compromisso das unidades em garantir o atendimento ao usuário.

6. Considerações finais

O aumento das doenças crônicas e o despreparo da atenção básica em oferecer um atendimento integral aos usuários crônicos de forma continuada e humanizada ocasionará na tendência dos casos crônicos vivenciarem constantes crises agudas, recorrendo com frequência, aos serviços de urgência e emergência, sobrecarregando-os. Sendo estes, a porta preferencial do usuário ao sistema de saúde, comprometendo gradativamente a assistência prestada e o estabelecimento do cuidado a saúde em redes de atenção.

Como podemos observar no decorrer do trabalho, a UPA realizou funções correspondentes à atenção básica, porém de forma fragmentada, com atendimentos pontuais e sem estabelecer a comunicação com a Rede de Atenção à Saúde, devido sua atuação ser voltada às condições agudas.

Há uma necessidade de atentar cuidados para que a superlotação não centralize nas UPAs, o que antes acontecia com os pronto socorros, pois sem a integração das redes, tendo como o centro organizador a atenção básica, a UPA se torna vulnerável para que este quadro ocorra.

Tem-se que fortalecer a atenção básica com o foco na promoção da saúde e nas condições crônicas, com melhoria da qualidade de vida e evitar o agravamento do estado de saúde do usuário com medicações e atendimentos pontuais em serviços de urgência.

Deve-se haver também uma corresponsabilização do cuidado entre os diferentes níveis de atenção, pactuando os serviços de contra referência e referência, com garantia de atendimento qualificado. Contando com o compromisso dos profissionais em estabelecer vínculos com os demais serviços de abrangência, reconhecendo o papel de cada serviço, buscando o trabalho em equipe ao praticar reuniões periódicas para discutir o estabelecimento da rede e o fluxo dos pacientes, visando a melhor alternativa de atuarem de forma integrada em prol da continuidade do cuidado.

Outro elemento fundamental para que haja o fortalecimento das Redes de Atenção é o investimento na educação em saúde da população. É essencial que os usuários antes de buscarem uma assistência médica, saibam onde poderão ser atendidos de acordo com sua necessidade, tendo o conhecimento que os serviços

atuam em um fluxo de atendimento em redes para melhor atendê-los, visando sempre a melhoria na qualidade de vida dos usuários.

Outro destaque é em relação à necessidade de investir na capacitação destes profissionais. O fortalecimento das atividades de trabalho, de forma clara e qualificada, refletirá na avaliação positiva dos serviços junto aos usuários, estabelecendo a humanização do atendimento e o fortalecimento da rede de serviços.

O papel desempenhado pelos serviços de urgência e emergência reflete na conformação das redes de atenção e são capazes de sinalizar os pontos de estrangulamento e ineficiência desse sistema de saúde.

Evidencia-se também através deste estudo, que o processo de avaliação nos permite delimitar as funções de cada serviço e suas responsabilidades na conformação das redes de atenção. O que deveria se tornar uma prática habitual dos serviços, tendo como intuito a melhoria dos serviços e não apenas como o ato de fiscalizar o seu funcionamento.

Ao colocar em prática uma teoria, tem-se que levar em consideração, diversos fatores, que vão além do contexto saúde, e que influenciam significativamente no alcance dos principais objetivos. Essa abordagem de Saúde Coletiva possibilita compreender para além dos desafios de um serviço ao ser implantado, identificando relações e contextos que podem estar envolvidos no processo de qualificação e aperfeiçoamento permitindo a tomada de decisão de forma assertiva na adequação de ações, políticas e serviços de saúde.

Este trabalho foi fruto de experiências desenvolvidas durante o curso de graduação e permitiu deslumbrar o panorama de trabalho a ser enfrentado durante o desenvolvimento profissional.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético estético no fazer em saúde.** Brasília. Série B. Textos básicos em saúde. 1. Ed. 2004.

_____. **Portaria 2.048 de 05 de novembro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002

_____. **Portaria nº 2.648, de novembro de 2011.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

_____. **Política nacional de atenção às urgências.** 3.ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.

_____. **Portaria 1.600 de 07 de julho de 2011.** Dispões sobre o Estabelecimento de diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: DOU, 2011.

_____. **Portaria 1.601 de 07 de julho de 2011.** Dispões sobre o Estabelecimento de diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União nº 130, de 8 de julho de 2011, Seção1, p. 70/72.

_____. **Portaria nº 1.171, de 5 de Junho de 2012.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

CARDOSO, M. Atenção às Urgências. **Revista Emergência.** p. 20-28. Mar. 2012.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF. **Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2012.

GBACR. **Protocolos**. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=6&Itemid=46> acesso em: 04 fevereiro 2013.

INTERSYSTEMS BRASIL. **Connected Healthcare Information System**. Disponível em: <<http://www.intersystems.com.br/produtos/trakcare>> acesso em: 09 janeiro 2013.

LAKATOS, E. M. MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. Ed. São Paulo. Atlas, 1991.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2012. 512p.

SÃO PAULO. **Resolução CFM nº 1451/95**. São Paulo, 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm> Acesso em: 18 janeiro 2013.

SILVA, T. **Urgência e Emergência: modelos de gestão com acolhimento e classificação de risco em hospitais brasileiros**. Monografia de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina /Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO) e Ministério da Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista. Londrina: 2011.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2009.

Anexo I – Roteiro de Análise

- Sexo
- Idade
- Cidade onde mora
- Qual o dia da semana e o período em que aconteceu o atendimento?
- Foi referenciado de outro serviço de saúde?
- Qual foi a classificação de risco?
- Qual foi o tempo transcorrido do acolhimento para o atendimento?
- Qual o horário/período em que buscou atendimento?
- O que demandou o usuário a buscar este serviço?
- Foi encaminhado a outro serviço?
- Chegou pelo serviço Móvel SAMU?
- Qual foi o serviço de referência?
- Como foi realizada a referência?

Anexo II – Parecer Consubstanciado do CEP.

SECRETÁRIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS / SES / DF
SECRETÁRIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS / SES / DF
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Unidades de Pronto Atendimento - UPAS: uma avaliação normativa das UPAS do

Distrito Federal

Pesquisador: Carla Pintas Marques

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 09427312.1.0000.5553

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO PESQUISA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 187.286

Data da Relatoria: 21/01/2013

Apresentação do Projeto:

O alto índice de mortalidade por causas externas e agravos de doenças cardiovasculares e respiratórias, vem se destacando como um grave problema de saúde pública no Brasil. De acordo com dados do

Ministério da Saúde, as causas externas representam a terceira causa mais frequente de morte, passando a

ocupar a primeira posição quando se restringe a análise ao grupo de pessoas de 1 a 39 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento do Distrito Federal de acordo com as normas estabelecidas na Política Nacional de Atenção às Urgências.

Objetivo Secundário:

Identificar a existência da referência do usuário aos demais serviços de atenção à saúde; Identificar a quantidade de atendimentos realizados por dia; Identificar a prática do acolhimento com classificação de risco. Analisar o tempo de espera entre a classificação de risco e o atendimento; Analisar em que período do dia o fluxo de atendimento é maior; Identificar as queixas mais recorrentes no serviço.

Metodologia Proposta:

De acordo com Lakatos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ao avaliar um serviço que foi implantado há pouco tempo, tem-se a oportunidade de identificar nós críticos de gestão, possibilitando o planejamento e o estudo de novas ações afim de não insistir na implantação de serviços ineficientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo de caráter descritivo-exploratório e qualitativo com enfoque em avaliação normativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto;
Apresentou termo de concordância;
Apresentou currículos;
Apresentou TCLE;
Cronogramas e planilhas de acordo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

BRASILIA, 21 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)

Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do projeto de pesquisa: Unidades de Pronto Atendimento - UPAS: uma avaliação normativa das UPAS do Distrito Federal.

Orientador: Prof^a MsC Carla Pintas Marques (matrícula FUB: 743.445)

Estudante responsável: Kauane Mineko Almeida Saissu

O (a) Senhor(a) está sendo convidado a participar do projeto: Unidades de Pronto Atendimento - UPAS: uma avaliação normativa das UPAS do Distrito Federal.

O nosso objetivo é avaliar o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento do Distrito Federal de acordo com as normas estabelecidas na Política Nacional de Atenção às Urgências, utilizando como metodologia a análise de prontuário dos usuários da Unidade de Pronto Atendimento- UPA.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que nenhum dos nomes dos respectivos prontuários aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los.

A análise dos prontuários será realizada na própria Unidade de Atendimento às Urgências.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília e na Unidade de Pronto Atendimento, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr(a). Carla Pintas Marques, na instituição Universidade de Brasília-UNB telefone: (61) 99870313, no horário: 08h às 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa

podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Sua assinatura abaixo significa que você leu este consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar nos termos indicados.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável: Carla Pintas Marques

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____.

(1ª Via – sujeito da pesquisa)

(2ª Via – pesquisador)

Anexo IV – Termo de Compromisso para uso de dados em arquivo.

**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia**

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “Unidades de Pronto Atendimento - UPAS: uma avaliação normativa das UPAS do Distrito Federal” se comprometem a preservar a privacidade dos usuários cujos dados serão coletados em prontuários, bases de dados das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) da cidade de Samambaia e do Recanto das Emas. Concordam, e assumem a responsabilidade, de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto.

Comprometem-se ainda a fazer divulgação das informações coletadas somente de forma anônima.

_____, _____ de _____ de 20____.

Carla Pintas Marques

Kauane Mineko Almeida Saissu

Anexo V- Guia de Consulta

Anexo VI – Registro de Transferência (UPARem)

Apêndice I - Portaria GM/MS nº 1.601, de 7 de julho de 2011.**PORTARIA Nº 1.601, DE 7 DE JULHO DE 2011**

Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos

I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria No- 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde - Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, conforme a Portaria No- 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, notadamente no que diz respeito às responsabilidades do Termo de Compromisso de Gestão Federal, Estaduais e Municipais;

Considerando a Portaria No- 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e no item 5 do Anexo estabelece como característica do processo de trabalho das equipes neste nível de atenção a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

Considerando a Portaria No- 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria No- 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria No- 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, que estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde;

Considerando a Portaria No- 1600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando o perfil de morbimortalidade do Brasil onde os quadros relativos às urgências são de alta relevância epidemiológica e social;

Considerando a expansão da Rede Nacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e a necessidade de dar retaguarda adequadamente estruturada, qualificada e pactuada ao atendimento móvel;

Considerando a Política Nacional de Humanização e suas diretrizes relativas aos serviços de urgência;

Considerando a prioridade de pactuação de diretrizes para financiamento de ações voltadas à organização da rede de atenção à urgência e emergência; e

Considerando a necessidade de aprimorar as condições para a implementação de todos os componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, resolve:

Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

§ 2º As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco.

§ 3º As ações a serem desenvolvidas constarão no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e deverão considerar as seguintes diretrizes:

I - quanto à definição dos fluxos e da estrutura física mínima para UPA 24 h, por porte, deverá ser considerado o modelo disponível no portal do Ministério da Saúde, no endereço <http://www.saude.gov.br/sas>;

II - quanto ao mobiliário, materiais e equipamentos mínimos obrigatórios, por porte, deverá ser observado o modelo disponível no portal do Ministério da Saúde, no endereço <http://www.saude.gov.br/sas>; e

III - quanto à caracterização visual das unidades deverá ser observado o modelo disponível no portal do Ministério da Saúde, no endereço <http://www.saude.gov.br/sas>.

Art. 2º A UPA 24 h tem as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

I - funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24 h;

III - 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;

IV - estabelecer e 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;

V - 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;

VI - possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte;

VII - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

VIII - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção

Básica;

IX - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

X - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

XI - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

XII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas;

XIII - manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

XIV - encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, conforme antes mencionado, por meio das centrais reguladoras;

XV - prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XVI - contra-referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

XVII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e

XVIII - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

Art. 3º As UPA 24h são classificadas em três (3) diferentes portes, de acordo com a população do Município sede, a capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme o quadro a seguir:

UPA	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDI-COS 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

Parágrafo único. A composição da equipe médica, de acordo com as especialidades, deverá contemplar o Plano de Ação Regional de forma que seja garantido o atendimento de urgência, inclusive pediátrica, no conjunto de serviços de

urgências 24 horas da rede de atenção.

Art. 4º Fica instituído incentivo financeiro de investimento e custeio para as UPA 24 h, considerando-se:

I - UPA Nova: aquela unidade que receberá incentivo financeiro de investimento para nova construção, mobiliário, materiais e equipamentos;

II - UPA Ampliada: aquela unidade que receberá incentivo financeiro de investimento para acréscimo de área a uma edificação já existente, além de incentivo de mobiliário, materiais e equipamentos;

III - UPA Reformada: aquela unidade que receberá incentivo de custeio para alteração em ambiente já existente sem acréscimo de área, além de incentivo de mobiliário, materiais e equipamentos;

§ 1º Para a UPA Nova serão destinados os valores definidos conforme o quadro a seguir:

PORTE	Incentivo Financeiro de investimento (edificação/mobiliário, materiais e equipamentos)
UPA Porte I	R\$ 1.400.000,00
UPA Porte II	R\$ 2.000.000,00
UPA Porte III	R\$ 2.600.000,00

§ 2º Os recursos financeiros referentes ao incentivo para a UPA Ampliada e para a UPA Reformada serão discriminados em normatização específica da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS) nos valores máximos a serem repassados de acordo com o previsto no artigo 4º.

§ 3º No caso das UPA existentes e cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que pleitearem ampliação e reforma, bem como aquisição de equipamentos, materiais e mobiliários, levar-se-á em consideração a relevância das mesmas na rede de atenção às urgências com suas responsabilidades assistenciais devidamente definidas e pactuadas com os demais componentes dessa rede e o porte populacional conforme o artigo 3º.

§ 4º Os incentivos de que tratam o § 1º deste artigo dizem respeito aos valores máximos a serem repassados pelo Ministério da Saúde para implantação das unidades, de acordo com o respectivo porte.

§ 5º Na eventualidade do valor das propostas apresentadas pelos gestores serem maiores que o estabelecido no § 1º deste artigo, a diferença deverá correr por conta dos gestores locais, de acordo com pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 5º Fica estabelecido que o repasse dos incentivos financeiros de investimento para a UPA Nova seja realizado pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, na forma abaixo definida:

I - primeira parcela, equivalente a 10% do valor total aprovado: após a publicação da portaria específica de habilitação para o recebimento;

II - segunda parcela, equivalente a 80% do valor total aprovado mediante apresentação dos documentos relacionados abaixo e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde:

- a) ordem de início do serviço, assinada pelo Gestor Local e por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA);
- b) documento comprobatório da posse e/ou propriedade pública do terreno;
- c) projeto básico de arquitetura;
- d) memorial descritivo da obra; e
- e) cronograma físico-financeiro;

III - terceira parcela, equivalente a 10% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo CREA e autorizado pela SAS/MS.

Parágrafo Único. Em caso da não aplicação dos recursos ou do descumprimento por parte do beneficiário dos compromissos assumidos, os respectivos recursos deverão ser imediatamente devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde, acrescidos da correção monetária prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) em cada nível de gestão, e órgãos de controle externo.

Art. 6º Fica estabelecido que o repasse dos incentivos financeiros de investimento para UPA Ampliada e/ou UPA Reformada de que trata esta Portaria seja realizado pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, em duas parcelas, na forma abaixo definida:

I - primeira parcela, equivalente a 30% do valor total aprovado: após a publicação de portaria específica de habilitação para o recebimento do recurso,

II - segunda parcela, equivalente a 70% do valor total aprovado: após a apresentação da seguinte documentação e autorização pela Secretaria de Atenção à Saúde:

- a) ordem de início do serviço, assinada pelo Gestor Local e por profissional habilitado pelo CREA; e
- b) documento comprobatório da posse e/ou propriedade pública do terreno.

§ 1º Para o recebimento da segunda parcela, é necessário que o gestor apresente previamente, para análise e aprovação da CGUE/DAE/SAS/MS, o projeto básico de arquitetura, o memorial descritivo da obra e o cronograma físico-financeiro, ficando a liberação da segunda parcela vinculada à apresentação dos documentos previstos no inciso II do caput deste artigo.

§ 2º Em caso da não aplicação dos recursos ou do descumprimento por parte do beneficiário dos compromissos assumidos, os respectivos recursos deverão ser imediatamente devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde, acrescidos da correção monetária prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do SNA em cada nível de gestão, e órgãos de controle externo.

Art. 7º Fica estabelecido que o repasse de recurso de custeio para reforma de que trata esta Portaria seja realizado pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, após a publicação específica de habilitação para o recebimento do recurso.

§ 1º Em caso da não aplicação dos recursos ou do descumprimento por parte do beneficiário dos compromissos assumidos, os respectivos recursos deverão ser imediatamente devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde, acrescidos da correção monetária prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do SNA em cada

nível de gestão, e órgãos de controle externo.

Art. 8º Fica estabelecido prazo máximo de 90 (noventa) dias após a conclusão da obra e/ou reforma para que a UPA Nova, Reformada ou Ampliada inicie efetivo funcionamento e, caso haja descumprimento do disposto neste artigo, o gestor estará sujeito à devolução imediata dos recursos financeiros repassados.

Art. 9º Fica definido que, para a habilitação aos recursos financeiros para construção, ampliação e reforma de UPA 24 h, os gestores do SUS deverão submeter as respectivas propostas à SAS/MS.

§ 1º Para fins desta Portaria, define-se habilitação como sendo o processo no qual o Estado, Município ou o Distrito Federal cumpre determinados requisitos e fica apto para o recebimento dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio.

§ 2º O detalhamento técnico do componente UPA 24 h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas deve constar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e será encaminhado à SAS/MS para avaliação e aprovação utilizando o Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo, disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS).

§ 3º O detalhamento técnico do componente UPA 24 h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências deverá conter:

I - compromisso formal do respectivo gestor de prover a UPA 24 h com equipe horizontal de gestão do cuidado na unidade, sendo de responsabilidade dos gestores a definição de estratégias que visem garantir retaguarda médica, de enfermagem, de pessoal técnico e de apoio administrativo, nas 24 horas, possibilitando o primeiro atendimento/estabilização a pacientes acometidos por qualquer tipo de urgência;

II - quantitativo populacional a ser coberto pela UPA 24 h, devendo esse quantitativo ser compatível com os respectivos portes de UPA 24 h estabelecidos pelo artigo 3º da presente Portaria;

III - informação da existência, na área de cobertura da UPA 24 h, de SAMU-192 habilitado e, na ausência deste, apresentação de termo de compromisso de implantação de SAMU dentro do prazo de implantação da UPA 24 h;

IV - informação da cobertura da Atenção Básica de, no mínimo, 50% do Município sede da UPA 24 h;

V - compromisso e programação da implantação da classificação de risco no acolhimento dos usuários à unidade, de acordo com padrões nacionais e/ou internacionais reconhecidos;

VI - grades de referência e contra referência pactuadas em nível local regional com as Unidades de Atenção Básica/Saúde da Família, como também com os hospitais de retaguarda, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências e, quando houver, o transporte sanitário;

VII - compromisso formal do respectivo gestor da retaguarda hospitalar;

VIII - adesão ao Pacto pela Saúde ou a demonstração do processo de adesão em curso;

IX - ato de designação da Coordenação da Rede de Urgência, conforme a Portaria No-2048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002 (Resolução da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde); e

X - declaração do gestor local da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pela União para implantação da UPA 24 h, com garantia da execução desses recursos para este fim.

§ 4º O componente UPA 24 h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências deve ser enviado ao Conselho de Saúde do Município-sede da UPA 24 h para análise e aprovação e pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na CIB.

§ 5º Uma vez aprovada a proposta pelo Ministério da Saúde, será emitida Portaria específica de habilitação.

Art. 10 Para fins desta portaria, define-se qualificação como sendo o processo pelo qual a UPA 24 h habilitada contempla os requisitos abaixo mencionados:

I - verificação dos compromissos assumidos do componente UPA 24 h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências através de relatório de visita técnica realizada pela CGUE/DAE/SAS/MS;

II - classificação de risco implantada com horizontalização da gestão do cuidado, validado em relatório de visita técnica realizada pela CGUE/DAE/SAS/MS;

III - inserção da unidade nas centrais de regulação que garanta o atendimento de urgência, além da retaguarda de leitos, de consultas especializadas, de cirurgias, procedimentos, dentre outras;

IV - comprovação do efetivo funcionamento da grade de referência e contra referência instituída nas centrais de regulação, validado em relatório de visita técnica realizada pela CGUE/DAE/SAS/MS;

V - estabelecimento e implantação de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos, verificados através de visita técnica realizada pela CGUE/DAE/SAS/MS;

VI - comprovação da cobertura do SAMU 192 através da portaria de habilitação publicada no Diário Oficial da União (DOU);

VII - avaliação da articulação da UPA 24 h, SAMU 192 e Atenção Básica através de relatório da visita técnica realizada pela CGUE/DAE/SAS/MS;

VIII - comprovação de desenvolvimento de atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

IX - comprovação da cobertura da Atenção Básica do Município sede da UPA 24 h, subscrito pelo gestor municipal, que não deverá ser menor do que o informado na data de habilitação da unidade;

X - relatório anual de indicadores de desempenho do serviço; e

XI - relatório de visita técnica realizada pela CGUE/DAE/SAS/MS que ateste a manutenção da padronização da estrutura física visual da unidade.

Parágrafo único. Para recebimento do recurso de custeio, as UPA Ampliadas e Reformadas devem obrigatoriamente ser qualificadas, sendo facultativa a qualificação para as UPA Novas.

Art. 11 O processo de qualificação obedecerá ao seguinte fluxo:

I - a unidade interessada deverá inserir as informações referentes ao cumprimento dos requisitos mencionados no artigo 8º desta Portaria no sítio eletrônico do FNS/SE/MS, com utilização do Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo;

II - após verificação do cumprimento dos requisitos, será emitido parecer conclusivo da

CGUE/DAE/SAS/MS; e

III - A qualificação da unidade se dará através de Portaria Ministerial, publicada no DOU.

Parágrafo único. A qualificação será válida por 02 (dois) anos, devendo ser renovada em novo processo de reavaliação, com possibilidade de cancelamento ou suspensão a qualquer momento se descumpridos os requisitos obrigatórios.

Art. 12 Fica definido que as despesas de custeio das UPA 24 h são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

§ 1º O Ministério da Saúde repassará, a título de participação no custeio mensal da UPA Nova, os valores a seguir discriminados.

UPA	UPA HABILITADA (VALOR CUSTEIO/MÊS) R\$	UPA HABILITADA E QUALIFICADA (VALOR CUSTEIO/MÊS) R\$
PORTE I	100.000,00	170.000,00
PORTE II	175.000,00	300.000,00
PORTE III	250.000,00	500.000,00

§ 2º Para as UPA Ampliada e Reformada, o Ministério da Saúde repassará, a título de participação no custeio mensal, os valores a seguir discriminados.

UPA	UPA HABILITADA E QUALIFICADA (VALOR CUSTEIO/MÊS)
PORTE I	100.000,00
PORTE II	175.000,00
PORTE III	300.000,00

§ 3º Para recebimento dos valores relacionados ao custeio, o gestor deverá demonstrar o funcionamento da unidade e a implantação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, o que gerará a publicação, pelo Ministério da Saúde, de portaria específica de habilitação e qualificação da unidade para fins de torná-la apta ao recebimento do custeio.

§ 4º A demonstração de funcionamento da unidade pelo gestor ocorrerá através da apresentação da seguinte documentação:

- I - declaração de equipamentos instalados;
- III - declaração de RH da UPA e,
- III - declaração de funcionamento da unidade.

§ 5º Aos gestores que pleitearem somente o custeio de UPA 24 h existente, será necessária, além da apresentação dos documentos do parágrafo anterior, a apresentação dos documentos exigidos pelo art. 6º.

§ 6º Habilitada e/ou qualificada a unidade, o Fundo Nacional de Saúde repassará, de forma regular e automática, os recursos destinados a despesas com

custeio aos respectivos fundos de saúde para manutenção dos serviços efetivamente implantados, devendo compor o Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

§ 7º A complementação dos recursos necessários ao custeio da UPA 24 h é de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB.

§ 8º É obrigatória a inscrição da UPA 24 h no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a alimentação dos Sistemas de Informação do SUS (SIA e SIH) com os dados de produção de serviços das unidades habilitadas, mesmo que não-geradores de pagamento de procedimentos por produção, ficando estabelecido que a não-alimentação dos bancos de dados nacionais por 3 (três) meses consecutivos implicará a suspensão do repasse de recursos de custeio, de acordo com a Portaria No- 3462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010.

Art. 13 Os recursos orçamentários de que tratam esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, nas seguintes ações:

I - 10.302.1220.8933 - Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar;

II - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; e

III - 10.302.1220.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde.

Art. 14 Fica definido, para os efeitos do disposto nesta Portaria, que o Distrito Federal seja tratado como Estado, no que couber, e de acordo com as suas peculiaridades de ente federado, nos termos da Constituição Federal.

Art. 15 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16 Fica revogada a Portaria No- 1.020/GM/MS, de 13 de maio de 2009, publicada no Diário Oficial da União No- 91, Seção 1, pág. 58, sem prejuízo dos financiamentos já concedidos e da análise, segundo suas regras, dos pedidos de habilitação apresentados ao Ministério da Saúde durante sua vigência.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Apêndice II - Portaria GM/MS nº 2648, de 11 de Novembro de 2011.**PORTARIA Nº 2.648, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2011**

Redefine as diretrizes para implantação
Do Componente Unidade de
Pronto Atendimento (UPA 24h)
e do conjunto de serviços de urgência 24
(vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às
Urgências, em conformidade com a
Política Nacional de Atenção às Urgências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 24 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece como característica do processo de trabalho das equipes, neste nível de atenção, a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, que estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando o perfil de morbimortalidade do Brasil, com alta relevância epidemiológica e social dos quadros relativos às urgências;

Considerando a expansão da Rede Nacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e a necessidade de se garantir retaguarda adequadamente estruturada, qualificada e pactuada ao atendimento móvel;

Considerando a Política Nacional de Humanização e suas diretrizes relativas aos serviços de urgência;

Considerando a prioridade de pactuação de diretrizes para financiamento de ações voltadas à organização da rede de atenção à urgência e emergência; e

Considerando a necessidade de aprimorar as condições para a implementação de todos os componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 2º A UPA 24h é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar.

Art. 3º A UPA 24h deve compor uma rede organizada de atenção às urgências, em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e com a Rede Hospitalar.

Art. 4º A UPA 24h será implantada em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco, observadas as seguintes diretrizes:

I -funcionar de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos; e

II -possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte.

Art. 5º As ações da UPA 24h serão incluídas nos Planos de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências, conforme determina a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Art. 6º A implantação da UPA 24h atenderá às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos na presente Portaria e na Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente com relação às orientações técnicas mínimas disponíveis no portal do Ministério da Saúde, endereço <http://www.saude.gov.br/sas>, no tocante:

I -à definição dos fluxos e da estrutura física mínima para UPA 24h, por porte;

II -ao mobiliário, os materiais e os equipamentos mínimos obrigatórios, por porte; e

III -à caracterização visual das unidades deverá ser observado o modelo disponível no portal do Ministério da Saúde, no endereço <http://www.saude.gov.br/sas>.

Art. 7º A UPA 24h terá as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

I -acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

II -articular-se com a Atenção Básica à Saúde, 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 contrareferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

III -prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

V -fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;

V -funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

VI -realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

VII -realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

VIII -prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

IX -manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

X -encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso anterior;

XI -prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XII -contrareferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e

XIII -solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade.

Art. 8º Compete ao gestor responsável pela UPA 24h:

I -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 de procedimentos administrativos; e

III -garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

Art. 9º As UPA 24h serão classificadas em Portes I, II e III, conforme Anexo desta Portaria.

Parágrafo único. Em situações excepcionais, a critério da Coordenação Geral de

Urgência e Emergência (CGUE/DAE/SAS/MS), determinada UPA 24h poderá apresentar outro perfil de especialidades médicas, bem como a oferta de uma única especialidade, consideradas a necessidade da assistência local e a grade de referência e observado o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, regional ou municipal.

Art. 10. Os incentivos financeiros de investimento e de custeio para UPA 24h serão objeto de normatização específica do Ministério da Saúde.

Art. 11. Para os fins do disposto nesta Portaria, ao Distrito Federal competem os direitos e obrigações reservados aos Estados e aos Municípios.

Art. 12. Os pedidos de habilitação apresentados ao Ministério da Saúde durante a vigência da Portaria nº 1.020/GM/MS, de 13 de maio de 2009, serão analisados conforme as regras daquela Portaria, não havendo qualquer prejuízo, inclusive com relação aos financiamentos já concedidos.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 1.601/GM/MS, de 7 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 130, de 8 de julho de 2011, Seção 1, p. 70/72.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

