



UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA DIRETORIA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
PROGRAMA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

FRANCISCA CIBELE DE CASTRO GOMES
FRANCISCO LINDOLFO DE CASTRO GOMES

**ANÁLISE DA GESTÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO,
DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE MANCHESTER, EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DO CEARÁ**

REDENÇÃO – CE
2017

FRANCISCA CIBELE DE CASTRO GOMES
FRANCISCO LINDOLFO DE CASTRO GOMES

**ANÁLISE DA GESTÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO,
DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE MANCHESTER, EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DO CEARÁ**

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Administração Pública
para obtenção do título de Bacharel em
Administração Pública.

Alunos (as): Francisca Cibele de Castro
Gomes e Francisco Lindolfo de Castro
Gomes.

Orientador: Prof. Dr. Howard Lopes
Ribeiro Junior.

REDENÇÃO – CE

2017

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Gomes, Francisco Lindolfo de Castro.

G612a

Análise da Gestão do Acolhimento com Classificação de Risco, de Acordo com o Protocolo de Manchester, em uma Unidade de Pronto Atendimento no Estado do Ceará / Francisco Lindolfo de Castro Gomes; Francisca Cibele de Castro Gomes. - Redenção, 2017.

30f: il.

Monografia - Curso de Administração Pública, Instituto De Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2017.

Orientador: Prof. Howard Lopes Ribeiro Junior.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Gestão de acolhimento.
3. Classificação de risco. 4. UPA 24h. I. Gomes, Francisca Cibele de Castro. II. Título.

CE/UF/BSCL

CDD 362.10981

FRANCISCA CIBELE DE CASTRO GOMES
FRANCISCO LINDOLFO DE CASTRO GOMES

**ANÁLISE DA GESTÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO,
DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE MANCHESTER, EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO NO ESTADO DO CEARÁ**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Administração Pública para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Alunos (as): Francisca Cibele de Castro Gomes e Francisco Lindolfo de Castro Gomes.

Orientador: Prof. Dr. Howard Lopes Ribeiro Junior.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Me. Joyce Arrais de Araújo Andrade
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Drª. Fabiana Pinto de Almeida Bizarria
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof. Me. Giancarlo Cardoso Vecchia
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

RESUMO

As UPAs (24h), surgiram como uma Política Nacional de Urgência e Emergência, fruto de uma insatisfação do Ministério da Saúde, constituindo-se de complexidade intermediária com objetivo de estruturar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em todo país, e assim, diminuir o fluxo de pacientes nos corredores dos prontos-socorros hospitalares, articulando-se com o serviço de atendimento móvel (SAMU 192), atenção básica, atenção domiciliar e atenção hospitalar, mediante uma rede hierarquizada, regionalizada e integralizada, com ênfase nos municípios. O presente estudo tem como objetivo investigar o processo de gestão do acolhimento a pacientes, frente à classificação de risco, em uma unidade de pronto atendimento, buscando caracterizar o seu processo de hierarquização e regionalização. A pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo descritiva e análise documental com base em dados secundários a partir de relatórios de controle mensal da Unidade de Pronto Atendimento de São Gonçalo do Amarante, no estado do Ceará, tabulados e analisados através da estatística analítico-descritiva. Os principais resultados demonstraram que a Unidade de Pronto Atendimento de São Gonçalo, no período entre 2015 e 2016, atendeu uma grande demanda de pacientes que não se enquadra nos casos de urgência e emergência, além de atender pacientes do Município de Caucaia, que encontra-se fora do raio de abrangência e conta com unidade própria.

Palavras-Chaves: Gestão do Acolhimento; Classificação de Risco; UPA 24h.

ABSTRACT

The UPAs (24h) emerged as a National Emergency and Urgency Policy, as a result of dissatisfaction of the Ministry of Health, constituting intermediate complexity with the objective of structuring the Network of Attention to Emergencies and Emergencies in every country, to reduce the flow of patients in the corridors of hospital emergency rooms, articulating with the mobile service (SAMU 192), basic care, home care and hospital care, through a hierarchical, regionalized and integrated network, with emphasis on municipalities. The objective of this study is to investigate the management process of the patient's reception, in front of the risk classification, in a prompt care unit, seeking to characterize its hierarchization and regionalization process. The research is qualitative, descriptive and documentary analysis based on secondary data from monthly control reports of the Emergency Unit of São Gonçalo do Amarante, in the state of Ceará, tabulated and analyzed through analytical-descriptive statistics. The main results showed that the São Gonçalo Emergency Care Unit, in the period between 2015 and 2016, met a great demand of patients that do not fit in the cases of emergency and emergency, besides attending patients of the Municipality of Caucaia, is outside the range and has its own unit.

Keywords: Management of the Reception; Risk rating; UPA 24h.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Controle de Demanda Mensal por Classificação de Risco, seguindo o Protocolo de Manchester.....	22
TABELA 2 - Controle de Demanda Mensal de Pacientes Atendidos Por Localidades.....	23
TABELA 3 – Procedimentos Realizados na UPA de São Gonçalo do Amarante.....	24
TABELA 4 – Atendimentos Mensal Estratificados de Acordo com o Turno, Realizados na UPA de São Gonçalo do Amarante.....	25

LISTA DE SIGLAS

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CONASS – Conselho Nacional de Secretaria de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PNAU – Política Nacional de Atenção as Urgências

RAU – Rede de Atenção as Urgências

RBCE - Rede Brasileiro de Cooperação em Emergência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SGA – São Gonçalo do Amarante

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS:	12
OBJETIVO GERAL:	12
OBJETIVO ESPECÍFICO:	12
3. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: BREVE RESUMO	12
3.1 HIERARQUIAÇÃO NA SAÚDE	14
3.2 SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO CEARÁ: FATOS MAIS RELEVANTES ..	15
3.3 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	17
3.4 A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	19
4. METODOLOGIA	20
5. DESENVOLVIMENTO	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICO	29

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências tem buscado organizar e estruturar a rede de atendimento às urgências e emergências em todo país (PORTAL DA SAÚDE, 2014), sendo necessário a criação de uma rede hierarquizada e regionalizada que articule-se com os demais níveis de complexidade de forma resolutiva e que promova a universalização do acesso, a equidade na alocação dos recursos e a integralização na prestação dos serviços a todos os usuários que dela necessitam (BRASIL, 2002a). Este sistema está pautado na hierarquização dos serviços por níveis de complexidade: baixa (atenção básica), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários) (OLIVEIRA et al 2015).

Com a grande disparidade entre as regiões brasileiras (econômica, social, cultural, política e territorial) (BRASIL, 2000a), o Ministério da Saúde sentiu necessidade de implementar uma maneira de descentralizar a prestação dos serviços que são ofertados na área da saúde, transferindo as obrigações, o controle e a gestão local dos serviços aos diferentes Estados e Municípios; utilizando como princípios básicos as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse tipo de responsabilidade pode ser transferido aos municípios uma vez que, estes se encontram mais próximos da realidade de sua população, ficando a cargo deste prestar saúde de qualidade aos seus usuários (BRASIL, 1997). A eficiência e eficácia de um serviço de saúde pública está associado à participação social e à gestão dos atores políticos já que os recursos são escassos e as necessidades regionais são diferentes, permitindo identificar com mais precisão as necessidades e aproximando a população da gestão local (BRASIL, 2000b).

Segundo O'dwyer (2010 apud KONDER e DWYER, 2015) a PNAU, surgiu no Brasil em 2003, fruto de uma grande insatisfação com os atendimentos a emergência hospitalares, que culminou com a mobilização de diversos atores, como: Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS), a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), além de o próprio Governo Federal.

As UPAs surgem como novo modelo na Rede de Atenção às Urgências objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado (KONDER e O'DWYER, 2015 apud BRASIL, 2011a), onde o paciente é classificado de acordo com o grau de gravidade, seguindo o Protocolo de Manchester (DINIZ et al, 2014),

que tem como objetivo único priorizar os pacientes conforme a gravidade clínica com que se apresenta no serviço com o intuito de qualificar o acolhimento e o atendimento dos serviços prestados. A tomada de decisões é parte importante da prática de enfermagem e médica sendo assim, fundamentais para esse processo (MACKWAY; MARSDEN; WINDLE, 2010)

A proposta era diminuir o número de pacientes nos corredores dos prontos-socorros hospitalares, em decorrência da crescente demanda de violência nas áreas urbanas e acidentes no trânsito (DAMASCENO et al. 2014 apud NISHIO, FRANCO, 2011), articulando-se com o serviço de atendimento móvel (SAMU 192), atenção básica, atenção domiciliar e atenção hospitalar (BRASIL, 2017). Para que o sistema possa funcionar de maneira adequada, as redes devem estar interligadas: as UBS, UPA, SAMU e Hospitais, a fim de que se tenha um atendimento direcionado de acordo com as necessidades de cada paciente.

Segundo Rocha e Fernandes (2016) as UPAS são definidas conforme as seguintes características: população da área de abrangência, área física mínima, número de atendimento de médicos por dia, médico por plantão e quantidade mínima de leito de observação. O quadro abaixo apresenta as classificações por Porte I, II e III:

Definição por Porte de Classificação	População Abrangente	Número de Pacientes atendidos por dias	Médicos por Plantão.	Número Mínimo de Leitos
Porte I	50.000 a 100.000 Habitantes	Até 150 pacientes por dia.	2 médicos por plantão	No mínimo 7 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 Habitantes	Até 300 pacientes por dia.	4 médicos por plantão	No mínimo 11 leitos.
Portes III	200.001 a 300.000 Habitantes	Até 450 pacientes por dia.	6 médicos por plantão	No mínimo 11 leitos

Referencial: Brasil (2017), Portaria Nº 10 de 3 de janeiro de 2017.

Oliveira et al. (2009) ao explorar as razões e motivações dos usuários na busca por assistência em um pronto-atendimento, identificou que a população faz uma avaliação dos serviços de saúde, em termos de acessibilidade, confiabilidade e

resolubilidade, em que os serviços de urgência e emergência se mostram mais disponíveis, mais confiáveis e mais resolutivos.

Conforme exposto Diniz, et al (2014, p. 2) "Diariamente há um grande número de pacientes com variadas queixas sendo estas de urgência propriamente ditas e pacientes em situações não urgentes, que procuram a unidade pela maior facilidade de acesso ao atendimento. O atendimento da população com queixas que não correspondem a situações clínicas que impliquem em risco de morte ao indivíduo sobrecarrega os serviços de urgência com o desenvolvimento de ações assistenciais que poderiam ser realizadas em unidades de urgência de menor complexidade, ou em serviços de atenção básica e especializada, e pode interferir na qualidade do cuidado prestado aos indivíduos".

Conforme aponta o estudo da autora Garlet E. et al. (2009) os atendimentos de urgências têm ocorrido, predominantemente nos serviços hospitalares e nas UPAs (24h). Esses serviços vão dos casos classificados como mais complexos, bem como os casos considerados não urgentes que poderiam ser atendidos em nível de complexidade mais baixa. Situações como essa podem ser identificadas em boa parte das unidades públicas do Brasil.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo investigar o processo de gestão do acolhimento de pacientes, frente à classificação de risco, em uma unidade de pronto atendimento, buscando caracterizar o seu processo de hierarquização e regionalização.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar a Gestão do acolhimento a pacientes em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) localizada no Estado Ceará.

Objetivo Específico:

Identificar a demanda de pacientes por classificação de risco, de acordo com o protocolo de Manchester, mediante uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

3. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: BREVE RESUMO

O sistema de saúde brasileiro percorreu um longo caminho adotando vários modelos, refletindo tendências mundiais e principalmente as tendências hegemônicas (Merhy EE, Malta DC, Santos FP, 2004).

Segundo Paim et al. (2012) as campanhas realizadas para implementar a saúde pública durante o século XX, contou com a imposição da autoridade e o uso da força. Os excessos cometidos acabaram gerando a insatisfação dos populares, o que culminou na resistência a campanha de vacinação anti-varíola, sancionada por Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública, ficando conhecida como a Revolta da vacina. As décadas de 1920 e 1930 foram marcadas pela intervenção do estado brasileiro na área social, onde a posição do indivíduo no mercado de trabalho assegurava direitos civis e sociais.

Após o golpe militar de 1964, os militares assumem o poder e criam o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja a finalidade era garantir a classe trabalhadora urbana e seus dependentes os benefícios da previdência social. (CARMO; AZEREDO 2014).

Conforme aponta POLIGNANO (2001, p. 15):

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era a da assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios.

Segundo os autores Carvalho e Barbosa (2010) a VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, teve grande relevância e é considerada a mais importante, tendo como objetivo difundir a reforma sanitária, onde prevalecia diretos como: a universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralização da atenção, a unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, a hierarquia da rede de serviços e a participação popular.

Autores Carmo e Azeredo (2014) afirmam que:

A pesquisa realizada aponta que a saúde no Brasil não foi tratada com a devida atenção até o advento da Constituição Federal de 1988, demonstrando que a saúde sofreu e sofre influências diretas da política e da economia do país; dados constatados nas pesquisas por meio da comparação de informações.

A Constituição Federal de 1988, define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142 ambas de 1990 ” (POLIGNANO 2001).

O texto constitucional busca sanar a carência dos indivíduos reafirmando o pacto do estado com a saúde pública brasileira, afirmando-se como um dos direitos da cidadania, e criando políticas públicas eficazes voltadas para o bem comum (POLIGNANO 2001).

Segundo POLIGNANO 2001, p. 23:

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

A criação do SUS é visto como o maior movimento de inclusão social na história da saúde brasileira e simbolizou em termos constitucionais o pacto do Estado brasileiro com a saúde pública dos usuários (SOUZA; COSTA 2010). Paim (2012) aponta em seus estudos que o SUS permitiu o acesso a saúde e melhorou consideravelmente a situação vivenciada pelo povo brasileiro na área da saúde.

3.1 HIERARQUIAÇÃO NA SAÚDE

O Sistema Único de Saúde se fundamenta em uma série de princípios e diretrizes. Como diretrizes organizativas, tem-se a descentralização, a regionalização e a hierarquização, dentre outras. A descentralização, tem foco na municipalização, transferindo serviços, recursos, responsabilidades e poder, busca dar maior autonomia aos municípios. A regionalização propõe uma organização racionalizada do serviço de saúde, onde a finalidade é tornar um serviço igualitário, com delimitação geográfica, levando-se em consideração o contingente populacional. Já a hierarquização busca organizar o sistema por níveis de atenção e estabelecer fluxo assistenciais de modo a regular o acesso aos mais especializados (QUINELLATO, 2009).

Segundo Teixeira (2011) a regionalização e a hierarquização dos serviços estão relacionadas a forma de organização dos estabelecimentos entre si e com os usuários. Enquanto a regionalização implica na delimitação territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão política-administrativa do país, a hierarquização dos serviços, diz respeito a organização segundo o grau de complexidade tecnológicas que se articula através de uma rede com as unidades mais simples a mais complexa, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e informações.

A hierarquização organiza as redes de atenção à saúde e estão organizados em três níveis de complexidades crescentes: primário (sendo este a porta de entrada ao sistema), secundário e terciário.

O Estado do Ceará foi um dos primeiros Estados a atualizar sua regionalização utilizando o decreto nº 7.508/2011, além de ser um Estado reconhecido com tradição na descentralização da saúde, com característica municipalistas, precedendo a constituição do SUS. Então foi a partir da NOB/96, que o Estado reforçou a transferência de Gestão e prestação de serviços para esfera municipal, que desde a década de 1990, tem propiciado avanços significativo apontando a potencialidade da organização regional (PONTES et. al apud LIMA e VIANA, 2011). Dentro deste processo as Regionais de Saúde possibilitaram maior capacidade resolutiva no âmbito das ações e serviços de alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, de modo a construir um fluxo de acesso e de resolução dos problemas de saúde mais próximo do cidadão, levando em consideração os necessários critérios de escala em relação aos serviços de alta densidade e complexidade tecnológica (PONTES et al).

3.2 SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO CEARÁ: FATOS MAIS RELEVANTES

O Estado do Ceará encontra-se localizado na região nordeste do país. Com a revolução 1930 foi possível desenvolver políticas públicas mais eficazes nos estados periféricos, ele foi especialmente beneficiado com essas políticas no setor da saúde, passando por significativas mudanças. O estado do Ceará inovou quando inaugurou um centro de saúde em sua capital, se tornando o primeiro estado a ter esse tipo de estabelecimento, o que acarretou em um considerável avanço na saúde pública cearense; este centro funcionava como peça principal da nova estrutura sanitário do Estado. A criação de serviços permanentes de imunização para todo estado com vacinas, foi outro avanço tido como importante (BARBOSA 1997)

Apesar dos grandes avanços, o interior continuava descoberto, tendo pouco investimento na saúde por parte do poder público. Esse quadro permaneceu

praticamente inalterado até 1939, quando criou-se o Departamento Estadual de Saúde do Ceará, por meio do Decreto de nº 522, de 22 de março do mesmo ano. Esse departamento ficou responsável por toda as atividades relacionadas a saúde coletiva (Barbosa 1997). De acordo com Montesuma et al. (2006), em 1939, a regionalização começa a dar resultado pelo aumento de postos e subpostos em todo o interior do estado.

A década de 1960 é marcada pela necessidade de programas voltados ao atendimento integral à saúde. Três anos mais tarde, acontece a III Conferência Nacional da Saúde, onde em seu documento final, ressalta a importância da descentralização administrativa como sendo uma necessidade para o sistema nacional da saúde. Em 1966 o Hospital Geral de Fortaleza é construído, em contrapartida os Centros de Saúde foram abandonados, sem manutenção e investimentos (MONTESUMA et al. 2006).

A Fundação de Saúde do Estado do Ceará – FUSEC foi inaugurada em 1971, de acordo com Montesuma et al. 2006 apud Barbosa 1997, sendo visto como um instrumento de centralização do poder administrativo. Foi alvo de inúmeras denúncias pela má aplicação do dinheiro público e também pela utilização dos serviços por trocas de favores (clientelismo). Com isso a secretaria de saúde do estado fica sem credibilidade, vindo a se reerguer em 1997, com a criação Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste-PIASS. Segundo Barbosa (1997) esse programa teve problemas relacionados ao seu caráter paternalista e clientelismo, falta de participação social na priorização da distribuição dos recursos financeiros, desconhecimento da real necessidade dos municípios. Mas como aponta Montesuma et al. 2006, esse programa teve a presença do poder público em áreas que até então não havia assistência à saúde.

Segundo Montesuma et al. (2006) as metas para a saúde implantadas no Ceará da era Tasso Jereissati e da era Ciro Gomes eram bastante semelhantes:

Preocupação com a redução da mortalidade infantil e com os índices de dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD, aumento da cobertura vacinal, ampliação da cobertura de assistência médica e expansão do processo de municipalização dos serviços de saúde.

Entre os anos de 1987 e 1988 criou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, e, em 1992 o programa se expandiu, dando cobertura para todo o interior do estado, resultando em melhorias dos serviços ambulatoriais e contou com a participação social (MONTESUMA et al. 2006).

De acordo com Montesuma et al. (2006), O Programa de Saúde da Família-PSF é implementado em 1993, pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá. Em 1994, o Ministério da Saúde lança nacionalmente o programa, que tinha como objetivo priorizar a atenção primária, colocando uma equipe médica, o que acarretaria uma relação maior com outros setores da sociedade.

Conforme exposto por Montesuma et al. 2006 apud Coelho 1997, a saúde pública no Ceará é considerada criativa em operacionalizações do SUS.

Identifica pontos importantes desse período no Brasil e no Ceará: a municipalização teve êxito no país e em nosso estado na ampliação de cobertura das ações e serviços de saúde e na qualidade da atenção, mas ainda precisa de avanços importantes, em muitos municípios (MONTESUMA et al. 2006 apud FONSECA NETO 1999).

3.3 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A regionalização talvez seja a ferramenta operacional mais importantes no processo de descentralização, na qual tem-se como principais atores os estados e municípios. Estes encontram-se mais próximos da realidade e necessidades da população e por esse motivo são os mais qualificados para desenvolver políticas públicas eficazes, tendo a finalidade de satisfazer as necessidades de saúde e o bem-estar de todos inseridos nesse espaço vivo (BELTRAMMI 2008).

A regionalização já se mostrava presente na Constituição Federal de 1988, por leis infraconstitucionais como a Lei Orgânica da Saúde de 1990, apresentando caráter estruturante e operativo para o SUS ratificada pela Norma Operacional Básica (NOB) 1993. Outra Norma Operacional Básica em 1996, traz à luz instrumentos de regionalização como a Programação Pactuada Integrada (PPI), que consiste em uma ferramenta para ações e serviços de saúde a partir de uma base municipal. Entre 2001 e 2002 as Normas Operacionais de Assistência à Saúde foram aperfeiçoados os conceitos e as bases operacionais,

delimitando as microrregiões, macrorregiões e os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimento (PDI), sendo esses últimos visto como importantes instrumentos para a elaboração da regionalização (BELTRAMMI 2008). De acordo com Beltrammi (2008), a construção social foi de suma importância para indução da descentralização e sua política de regionalização como princípio e estratégia norteadores do SUS.

A regionalização foi tema de algumas Conferências Nacionais de Saúde. Em 1986, a VIII-Conferência Nacional de Saúde, aperfeiçoou e fortaleceu as grandes diretrizes de regionalização. IX-Conferência Nacional de Saúde (1992), ressaltou a importância da municipalização. A X-Conferência Nacional de Saúde (1996), teve como assunto a territorialização e descentralização político-administrativa. A XI-Conferência Nacional de Saúde em 2000, a discussão girou em torno da responsabilidade dos gestores das três esferas de governo, destacando a importância do papel dos Estados no apoio aos serviços de saúde municipais. Nas XII e XIII Conferências Nacionais de Saúde, de 2003 e 2007 debateu-se o fortalecimento das diretrizes da regionalização, priorizando os níveis de atenção primária e secundária, como níveis de atenção fundamentais na área da saúde, proporcionando o desempenho dos municípios e conseqüentemente das suas regiões de saúde (BELTRAMMI 2008). Conforme Beltrammi (2008), O ano de 2006 foi marcado pela celebração do Pacto pela Saúde nas suas vertentes Pacto pela Vida, Pacto pela Gestão e Pacto pela Defesa do SUS, tendo a regionalização como diretriz organizativa transversal a essas vertentes.

Esse Pacto garantiu a consolidação de alguns marcos conceituais da regionalização como: territorialização, cooperação entre gestores, financiamento solidário, subsidiariedade através da definição de competências mínimas que a esfera local deve ser responsável, bem como daquelas que devem ser compartilhadas, além da participação e controle social, dentre outros (BELTRAMMI 2008).

Do que se produziu em expertise sobre regionalização do SUS até os dias descentralização de hoje delimita-se o objetivo de garantir acesso, resolubilidade, qualidade e integralidade aos serviços e às ações de saúde, contudo, muito além dos limites municipais, vislumbrando-se alcançar as instâncias organizadas desse tecido, tais como distritos e regiões de saúde (BELTRAMMI 2008).

3.4 A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os anos de 1999 e 2002, teve como prioridade na agenda do Ministério da Saúde, a formulação de normas de atendimento pré-hospitalar móvel, com a participação do Conselho Federal de Medicina e dos profissionais que atuavam na área da regulação e do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU). A necessidade de implementação de uma Política Nacional de Atenção às Urgências, ganham força em 2001, com as portarias que são norteadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOAS, n. 01/2001 e n. 01/2002) e pela organização de sistemas regionalizados (CONASS, 2015).

A principal delas a Portaria de n. 2.048, publicada em 2002, revela os esforços do poder público para normatizar a atenção às urgências por meio da aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (CONASS 2015).

Em 2003, surge como estratégia a Política Nacional de Atenção às Urgência para uma melhor organização da assistência, articulação do serviços e definição de fluxos e referências resolutivas (OLIVEIRA et al, 2015, p. 239), foi instituída a portaria GM/MS n. 1.863/2003, tendo como objetivo, entre outros, o suprimento das necessidades de implantação do processo de regulamentação de atenção as urgências, de estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada (VIANA et al. 2015).

Segundo Medeiros (2016) a atenção as Urgência e Emergência deve fluir em todos os níveis de atenção, organizando a assistência, desde a atenção básica, até os cuidados pós-hospitalar. De acordo com Silva (2011) essa estrutura de rede tem contribuído para diminuição da morbimortalidade em casos de natureza clínica, cirúrgica ou de traumas como também reduzir a sobrecarga de pacientes nos hospitais de alta complexidade.

Com a criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em 2008, pela Portaria GM/MS n. 2.922, há um novo espaço de atenção e qualificação, tendo em vista a ampliação do acesso. Para facilitar a regionalização é exigida a integração da UPA com o SAMU e com o desenvolvimento da atenção básica, tornando-se assim um serviço diferente dos demais serviços da área da saúde (BRASIL, 2008).

As UPAs foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência; e dependendo do caso atendido, eles poderiam ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às UBS. De acordo com as suas atribuições, as UPAs devem funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência (UCHIMURA ET AL., 2015 apud SILVA ET AL., 2012).

Em 2009, a Portaria GM/MS n. 1.020 propõe novas diretrizes para a UPA, sendo criadas as SE, como parte do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes loco regionais de atenção às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 e definiu competências das UPAs, porte I, II, e III e os incentivos (DOURADO, 2013)

As unidades utilizam o protocolo de Manchester para classificar o paciente por nível de classificação de risco, de acordo com a portaria n.2048/02, na qual é avaliado por um profissional formado na área, dando resolubilidade aos casos de natureza grave, no qual o paciente corre risco eminente de morte (OLIVEIRA et al. 2015). Esse protocolo é de origem inglesa e foi aplicado pela primeira vez em 1997, sendo elaborado por médicos e enfermeiros atuantes no serviço de urgência (DINIZ, 2014).

O objeto desse estudo é uma unidade de pronto atendimento que está localizada no distrito de Pecém, no município de São Gonçalo do Amarante, cuja a principal finalidade é analisar o processo de gestão do acolhimento de pacientes, frente à classificação de risco, em uma unidade de pronto atendimento, buscando caracterizar o seu processo de hierarquização e regionalização.

4. METODOLOGIA

Segundo Richardson et al. (2017) o presente estudo trata-se de uma pesquisa documental, de natureza qualitativa e descritiva a partir da observação do ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave, descrevendo os fenômenos por meio dos significados que o ambiente manifesta (empírica), através de dados secundários disponibilizados para a pesquisa nos Relatório de Controle Mensal da Unidade de pronto Atendimento de São Gonçalo do Amarante, no estado do Ceará.

Também foi elaborado um questionário semiestruturado com um roteiro com mais de 40 perguntas direcionada a gestão da UPA de SGA e o perfil da

gestora que é formada em enfermagem, com especialização em enfermagem do trabalho, cursando enfermagem obstétrica e concursada no Hospital da Mulher.

A unidade pré-hospitalar fixa (UPA-24h), localizada no município de São Gonçalo do Amarante (SGA), foi inaugurada em 2013 e consiste em uma unidade de porte II, de complexidade intermediária, com capacidade para atender no máximo 300 pessoas por dia, com funcionamento contínuo 24h/dia. Conta com uma equipe de multiprofissionais entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos em enfermagem e radiologia, auxiliar de laboratório e funcionários de nível médio, com a finalidade de dar assistência emergencial à população dos municípios de Paraipaba, Paracuru e São Gonçalo do Amarante.

A coleta de dados referente à gestão do atendimento na UPA-24h foi realizada no período de 2015 a 2016, dentro deste período foram analisados 92.520 prontuários, no qual um dos pesquisadores do trabalho era responsável pelo Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) que são enviados mensalmente para a Secretaria de Saúde do Município. Foi administrado um formulário que seguiu os pressupostos estabelecidos no Protocolo de Manchester.

Segundo Diniz et al (2014), esse protocolo é de origem inglesa e foi elaborado por médicos e enfermeiros atuantes na área de urgência com o objetivo de classificar os pacientes em cinco níveis de complexidade de risco, que corresponde: nível 1- vermelho (atendimento imediato); nível 2- laranja, muito urgente; nível 3- amarelo, o paciente precisa de avaliação; nível 4- verde, pouco urgente; e nível 5 azul, casos não urgentes. Após o processo de acolhimento, cada nível de prioridade possui discriminadores que definem o nível de risco com base nas queixas e sintomas dos pacientes. (DINIZ A. *et al*, 2014).

De acordo com portaria nº 1020, de 13 de maio de 2009, que estabelece as diretrizes de implantação do componente pré-hospitalar fixo, utiliza-se o termo “acolhimento” em vez de “triagem”, conforme preconizado pelo Humaniza do SUS, já que se entende triagem como pratica de exclusão (OLIVEIRA *et. al* 2015).

Assim, neste estudo, este protocolo foi utilizado com a finalidade de caracterizar a classificação de risco dos pacientes, estratificar os atendimentos por turnos, por tipo de procedimentos realizados, como também pela estratificação geográfica dos pacientes oriundos de outras regiões que não estão dentro do raio de

abrangência da referida unidade, descaracterizando o processo de regionalização que é um processo de reconhecimento, definição e dinâmica de espaço local na qual são ofertados os serviços de saúde segundo a necessidade da população (SILVA, 2011).

Os dados obtidos a partir das análises das variáveis analisadas contidas nos relatórios de gestão foram tabulados e analisados através da estatística analítico-descritiva.

5. DESENVOLVIMENTO

A análise e interpretação dos prontuários avaliados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016, totalizando 92.520 atendimentos, permitiu traçar como estão classificados os pacientes que buscam assistência na UPA de SGA, de acordo com os pressupostos estabelecidos pelo Protocolo de Manchester.

Do total de prontuários, verificou-se que 87,9% são atendimentos classificados nas cores verde e azul (tabela I), casos estes considerados pouco urgentes e não urgentes. Já os demais níveis de classificação risco (vermelho, laranja e amarelo), que corresponde a 12% dos casos avaliados, são referentes às assistências que necessitam de atenção redobrada, uma vez que podem ser classificados como de atendimentos imediatos, de urgência e emergência.

Tabela 1: Controle de demanda mensal por classificação de risco, seguindo o Protocolo de Manchester

CONTROLE POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (2015)

CLASSIFICAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
AZUL	1.729	1.525	2.328	2.251	2.252	1.883	1.959	1.874	1.881	1.871	1.724	1.482	22.759
VERDE	1.621	1.455	2.181	2.116	1.997	1.556	1.277	1.315	1.286	1.237	1.316	1.304	18.661
AMARELO	379	497	574	724	709	466	366	269	295	378	354	350	5.361
LARANJA	40	49	73	55	54	68	58	31	19	37	44	29	557
VERMELHO	4	6	4	8	3	8	4	6	5	2	2	8	60

CONTROLE POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (2016)

AZUL	1.632	1.773	2.017	1.980	2.053	1.950	1.620	1.630	1.467	1.298	1.356	1.314	20.090
VERDE	1.468	1.982	1.764	1.566	1.722	1.609	1.577	1.664	1.722	1.771	1.470	1.549	19.864
AMARELO	380	466	471	492	627	381	303	311	356	363	237	259	4.646
LARANJA	44	48	57	59	79	47	46	21	23	23	22	17	486
VERMELHO	3	2	3	3	0	4	4	2	7	6	1	1	36

Fonte: Relatório de Controle da Unidade de Pronto Atendimento de São Gonçalo do Amarante, Ceará, referente aos anos de 2015 e 2016.

Na tabela 2, nos anos de 2015 e 2016, a UPA de SGA atendeu um total de 13.219 pacientes do município de Caucaia que corresponde a um total de 14,2%, sendo que Caucaia possui Unidade própria e encontra-se fora do raio de cobertura da referida UPA.

Tabela 2: Controle de Demanda Mensal de Pacientes Atendidos Por Localidades

CONTROLE DE ATENDIMENTO POR LOCALIDADE (2015)

Localidade	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
SGA	104	86	157	131	179	101	98	93	95	115	110	88	1357
PARACURU	31	28	38	64	58	69	47	45	67	37	41	39	564
PARAIPABA	4	5	4	2	2	5	3	2	1	3	4	2	37
CAUCAIA	554	471	706	672	774	522	378	467	466	462	483	512	6467
PÉCEM	1.326	1.262	1.897	1.337	1.843	1.414	1.454	1.303	1.280	1.206	1.196	1.123	16.641

CONTROLE DE ATENDIMENTO POR LOCALIDADE (2016)

SGA	91	110	111	131	101	86	89	97	94	103	97	69	1179
PARACURU	50	63	59	64	54	47	58	46	36	52	56	53	638
PARAIPABA	2	3	3	2	2	3	1	1	4	2	3	4	30
CAUCAIA	505	664	639	672	631	560	520	520	580	478	465	518	6752
PÉCEM	1.288	1.391	1.407	1.337	1.583	1.475	1.272	1.321	1.169	1.120	1.012	1.018	15.393

Fonte: Relatório de Controle da Unidade de pronto Atendimento de São Gonçalo do Amarante, Ceará, referente aos anos de 2015 e 2016.

Conforme os dados disponíveis na tabela 3, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, foram realizados 238.641 procedimentos na UPA de

SGA. De acordo com os dados do último censo do IBGE [2010] São Gonçalo do Amarante possui 43.890 habitantes, Paracuru 31.636, e Paraipaba 30.041, somando-se o contingente populacional dos três municípios, a UPA chega a fazer uma cobertura de 105.567 pessoas, o que corresponde a 2,26 procedimentos para cada habitante.

Fazendo um comparativo entre os anos de 2015 e 2016, é possível notar que houve aumento nos procedimentos como: administração de medicação (em 2015, foram realizados 60.434, enquanto que em 2016, foi de 64.800) e raio x (foram contabilizados 8.077 em 2015, ao mesmo passo que em 2016, foram registrados 8.474). Já os procedimentos nebulização (em 2015, a demanda na UPA foi de 4.178 e em 2016, esse número aumentou para 4.452) e realização/troca de curativo (teve uma redução comparando os anos, em 2015, foram realizados 4.072, já em 2016 foram realizadas 2.802 trocas de curativos). Essa redução se dá porque os enfermeiros começaram a orientar os pacientes a procurar a unidade básica de saúde, durante a semana e quando estas estivessem fechadas, deslocassem até a unidade para realizarem tal procedimento e explicar que esses procedimentos simples são realizados pelas UBS.

Tabela 3: Procedimentos Realizados na UPA de SGA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS (2015)

CLASSIFICAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
RADIOGRAFIA	563	526	594	744	765	666	700	713	755	714	656	681	8077
MEDICAÇÃO	4768	4566	6610	6657	6899	5190	4586	4240	4052	4253	4444	4169	60434
PACIENTES EM OBSERVAÇÃO	245	791	644	1176	1020	799	701	599	603	605	663	639	8485
SUTURAÇÃO	48	46	48	41	44	45	71	51	62	64	61	67	648
CURATIVO	318	366	371	293	361	324	425	339	339	303	317	316	4072
PRESSÃO ARTERIAL (PA)	2586	2412	2598	3598	3213	2681	2572	2615	2343	2136	2227	1883	30864
ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	124	117	143	135	100	142	125	96	145	149	137	122	1535
GLICEMIA	91	60	92	125	90	156	114	91	115	118	156	147	1355
NEBULIZAÇÃO	295	283	479	511	487	375	316	252	276	296	357	251	4178

PROCEDIMENTOS REALIZADOS (2016)

RADIOGRAFIA	625	741	809	719	880	643	621	887	708	712	559	570	8474
MEDICAÇÃO	492	608	577	544	627	566	543	544	521	527	457	468	6480
PACIENTES EM OBSERVAÇÃO	2	9	0	6	6	9	9	1	4	4	2	8	0
SUTURAÇÃO	692	914	909	725	759	722	629	601	613	621	503	522	8210
CURATIVO	51	48	48	46	32	40	44	59	63	45	51	59	586
PRESSÃO ARTERIAL (PA)	334	217	235	296	252	234	281	278	145	174	155	201	2802
ELETRCARDIOGRAMA (ECG)	225	257	264	206	270	224	213	167	223	189	188	179	2613
GLICEMIA	0	8	5	9	6	7	8	8	4	8	9	8	0
NEBULIZAÇÃO	122	92	123	127	127	113	121	125	179	122	84	80	1415
	152	152	214	176	154	145	173	199	190	253	140	176	2124
	174	439	409	483	481	458	404	371	297	324	296	316	4452

Fonte: Relatório de Controle da Unidade de pronto Atendimento de São Gonçalo do Amarante, Ceará, referente aos anos de 2015 e 2016.

Dos 92.520 prontuários avaliados entre 2015 e 2016, 71.240 (corresponde a 77% do total) dos atendimentos foram realizados no período MT (Manhã-tarde) na UPA de São Gonçalo do Amarante, enquanto que no período noturno foram registrados 21.280 atendimentos, o que corresponde a 23% do total de casos avaliados, como mostra a tabela 4.

Tabela 4: Atendimentos Mensal estratificados de Acordo com o Turno

ATENDIMENTOS REALIZADOS POR TURNO (2015)

CLASSIFICAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
DIURNO	2853	2785	4121	4010	3967	3112	2866	2717	2753	2776	2658	2403
NOTURNO	920	747	1039	1144	1048	869	798	778	733	749	782	770
TOTAL	3773	3532	5160	5154	5015	3981	3664	3495	3486	3525	3440	3173

ATENDIMENTOS REALIZADOS POR TURNO (2016)

DIURNO	2703	3243	3313	3183	3442	3020	2721	2738	2681	2532	2348	2295
NOTURNO	824	1028	999	917	1039	971	829	890	894	929	738	845
TOTAL	3527	4271	4312	4100	4481	3991	3550	3628	3575	3461	3086	3140

Fonte: Relatório de Controle da Unidade de pronto Atendimento de São Gonçalo do Amarante, Ceará, referente aos anos de 2015 e 2016.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados coletados, de janeiro a dezembro de 2015 e 2016, percebeu-se um número considerável de pacientes que procuram a unidade para realizar consultas classificadas como não urgentes. Esse fluxo se caracteriza pelo

fácil acesso e de forma espontânea pelo alto grau de resolubilidade, demanda esta que corresponde a mais de 85% dos atendimentos classificados nas cores azul e verde, que poderia ser direcionado as UBS.

Segundo Oliveira et al (2015, p.6), essa é uma realidade percebida em outras UPAs do Brasil o que caracteriza a fragilidade do sistema básico de saúde, gerando uma sobrecarga de pacientes nos demais níveis de complexidade, na qual as UPAs (24h) vêm sendo utilizadas como porta de entrada na rede público de saúde.

Em entrevista realizada com a gestora da UPA, a mesma foi questionada sobre os desafios da saúde pública no Brasil frente a hierarquização do SUS, qual é seu posicionamento em relação a essa estrutura? A gestora da unidade respondeu: *“O sistema criado pelo governo para atendimento da população distribuindo e dividindo ações entre atenção primária, secundária e terciária, é um bom sistema. Divide os atendimentos, direcionando-os para cada nível de complexidade, de acordo com a necessidade de cada usuário. Há pouca resolutividade à nível de atenção terciária, onde os hospitais não têm condições de abranger e atender toda a demanda encaminhada pelo nível secundário, deixando assim os hospitais, UPAs e unidades móveis sobrecarregados, comprometendo a qualidade do atendimento à saúde em todos os níveis de atendimento à saúde, desde a atenção primária até a terciária, com poucos especialistas e números de leitos inferiores a demanda. Quanto a questão estrutural e de aparelhos disponíveis para os atendimentos necessários, são de baixa qualidade”*.

Os números revelam que em 2015 o total de atendimentos realizados na UPA foi 47.398, desses 41.420 casos receberam classificação nas cores azul e verde. E em 2016 o total foi de 45.122, sendo que 39.954 receberam classificação azul e verde. Isso significa que a unidade atendeu usuários que poderiam buscar UBS, visto que, os casos não ofereciam risco a integridade física do paciente.

Conforme estudos de Silva (2011 apud MARQUES e LIMA, p.21):

A falta de definições de políticas, a baixa resolubilidade e qualidade oferecida nos serviços, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e a crença da população estão entre os motivos que levam aos usuários a buscar assistência médica onde exista porta aberta. Se o usuário não tem suas necessidades resolvidas, desloca-se para outros serviços, acessando o sistema por onde é possível rompendo a hierarquia dos

serviços no SUS, estabelecidas em nível primário, secundário e terciário, comprometendo a qualidade dos programas.

Segundo Ohara, Melo e Laus (2010), é visto que, no Brasil, o fluxo invertido de pacientes entre os serviços de saúde da rede básica e os serviços de alta complexidade, que resultam frequentemente em situações de superlotação dos prontos-socorros que passaram a ser o principal local de triagem dos serviços de saúde, sobrecarregando a equipe multidisciplinar desses serviços.

Quanto à origem dos pacientes assistidos na UPA de SGA, é verificado que estes são de origem de fora do referido município, mais especificamente da cidade de Caucaia, localizada à 15km de distância. Destaca-se que a cidade de Caucaia possui UPA, sendo esta de porte II. Enquanto isso, a unidade do Pecém atende aos usuários de Paracuru e Paraipaba, que estão inseridos em seu raio de abrangência.

Em comparação com os números da LOA (Lei Orçamentaria Anual) dos respectivos anos (2015 e 2016), foi identificado que houve um aumento de repasses para UPA de SGA, o equivalente 3.020.620,50 no ano de 2016 (O que corresponde a 32% a mais do que no ano de 2015).

Dentre os procedimentos de baixa complexidade realizados na UPA de SGA no período de 2015 a 2016, destacam-se a aferição da pressão arterial, a realização/troca de curativo e a nebulização. Sabe-se que procedimentos de baixa complexidade poderiam ser realizados em postos de saúde, por ser tratar de procedimentos simples e ser de demanda dessas unidades (DINIZ et al 2015). As UPAs podem realizar esses tipos de atendimentos quando os postos não funcionam (finais de semana, feriados e período noturno).

Em caso de uma a intercorrência ocorrer no período noturno, na impossibilidade de esperar até o dia seguinte, a UPA tem a atribuição de fornecer retaguarda para as UBSs, especialmente à noite, nos feriados e nos finais de semana. (CASSETTARI; MELLO 2017 APUD MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002).

Em relação ao total de atendimentos realizados diariamente, estratificados por turno, notou-se que há procura maior pelo período manhã-tarde, sendo que, nesse horário os postos de saúde funcionam, e os usuários poderiam deslocar-se para os mesmos, porém buscam a UPA por ser de fácil acesso, ter a

certeza de que serão atendidos e a maior agilidade/resolutividade do problema (GARLET et al 2009).

Quando perguntado a entrevistada os principais desafios da UPA no dia a dia? *“A gestora respondeu que a falta de conhecimento da população a respeito do nosso, do nosso tipo de atendimento”*.

A pesquisa realizada na UPA de SGA reflete bem a realidade da rede de atenção a urgência e emergência em vários municípios brasileiros de pequeno, médio e grande porte que sofrem com a demanda crescente de pacientes que utilizam as unidades como “porta de entrada” pela falta de informação (OLIVEIRA et al 2015), além de atender demanda de pacientes de outras regiões que buscam por atendimentos rápidos e resolutivos gerando despesa para o município-sede. Essa lotação consome tempo, recursos humanos, equipamentos e produz gastos financeiros, os quais deveriam ser direcionados a pacientes em situações de urgência e emergência (CASSITTA e Mello 2017).

Como sugestão, é importante que haja dentro da unidade pré-hospitalar fixa um trabalho de conscientização com um diálogo aberto entre os profissionais da saúde e os usuários, informando a real finalidade das UPAs, direcionando os pacientes para o nível de complexidade correto de acordo com o nível de classificação risco. Para complementar esse trabalho seria interessante que nas dependências das unidades seja disponibilizado folders informativos, cartilhas com instruções, guias de orientação e banners explicando a finalidade das UPAs (24h), e como se dar o processo de classificação risco por nível de gravidade. Segundo Feitosa et. al (2017) alerta que é importante que essa organização seja divulgada com clareza para os usuários para que se tenha transparência.

Em relação ao processo de regionalização, o Ceará é um dos primeiros Estados brasileiros a desenvolver essa experiência dando responsabilidade através da descentralização e incentivando os municípios a cuidarem da saúde local (PONTES et al. 2013). Com a grande desigualdade entre as macro e microrregiões do país, a oferta do serviço público de saúde se tornou um desafio, a pactuação entre gestores municipais por meio da cooperação pode ser uma importante ferramenta no fortalecimento da rede de atenção à saúde de forma integralizada, já que alguns municípios não dispõem de recursos financeiro para financiar integralmente a prestação do serviço em todos os níveis de hierarquização.

A região vale do Curu, onde se localiza SGA, Paracuru e Paraipaba poderia fortalecer ainda mais essa relação de prestação de serviço recíproca através da pactuação intergestora, convocando todos os líderes dos municípios vizinhos (os que se encontra dentro e fora do raio de abrangência) Prefeito, Vereadores, Gestores das Unidades, Secretário de saúde e a sociedade para debater e formar parcerias para aperfeiçoar ainda mais a gestão, qualificar os serviços, a eficiência e melhorar a qualidade e o acesso da população local, ao sistema de saúde, que é um direito de todos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICO

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde SUS: princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CIPRIANO, Maia de Vasconcelos. **O Paradoxos da Mudança no SUS**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

CARMO, Elza Lucia Camargo do; AZEREDO Fernando Antônio Barros de. **A SAÚDE NO BRASIL**.

CASSETTARI, Sonia da Silva Reis; Mello, Ana Lúcia Schaefer. **Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de FLORIANÓPOLIS, Brasil**. Florianópolis, 2017.

CÔTES, Soraya Vargas. **Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1626-1633, jul, 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde**. Volume 15 - Nº 3 - jul/set de 2006.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde**. Volume 15 - Nº 3 - jul/set de 2006.

GUIDINI, Cristiane. **ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: Conquistas e desafios**. Tio Hugo, RS, Brasil. 2012.

DAMASCENO, Francisco de Paula Caldeira. **Acolhimento com Classificação de Risco na Rede de Urgência e Emergência: Perspectiva para Enfermagem**. Ciências Biológicas e da Saúde, Aracaju, v. 2, n.2, p. 45-58, out 2014.

DINIZ, A.S.; SILVA, A.P; SOUZA, C.C; et al. **Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester**. Revista Eletrônica Enfermagem, Minas Gerais, v.16, n.2, p.312-320, abr/jun. 2014.

FONSECA, Neto ME da. **Desafios para a Saúde Pública no Ceará: um olhar sobre as internações hospitalares em 1997**. Fortaleza: Tipoprogresso; 1999.

FREITAS, BRUNA RODRIGUES DE. **Estruturas, estratégias e consolidação dos consórcios intermunicipais da saúde da Zona da Mata de Minas Gerais**. 22.12.2014. 104 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG. 2014.

GARLET, Estela Regina et al. **ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. Florianópolis, 2009 Abr-Jun.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Diniz Cristina. GOMES, Antonio Marcos Tosoli. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação**.

LIMA, Ana Paula Gil de. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, 2000.

LIMA, L.D; VIANA, A.L.D. **Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde**. In: VIANA, A.L.D e LIMA, L.D (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

MEDEIROS, Niedson José de Siqueira. **Acolhimento às urgências e emergências na atenção básica: intervenções e propostas da unidade Santo Antônio - Coronel Ezequiel (RN)**. 26 f. São Luís, 2016.

MEDEIROS, Niedson José de Siqueira. **Acolhimento às Urgências e Emergências na Atenção Básica: Intervenções e Propostas da Unidade Santo Antônio - Coronel Ezequiel (RN)**. São Luís, 2016.

MERHY EE, Malta DC, Santos FP. **Desafios para os Gestores do SUS, Hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão**. In: Freese E, organizador. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. **Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão.** In: Eduardo Freese de Carvalho. (Org.). Municípios: a Gestão da Mudança em Saúde. 1ªed.Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004, p. 45-76.

Ministério da Saúde. **Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html . Acesso em: 21 jul. 2017.

Mistério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html . Acesso em: 02 set. 2017.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de et al. **Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24H: percepção da enfermagem.** Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 24, n. 1, p.238-244, jan./mar.

PAIM, Jairnilson S. and ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?.** Rev. Saúde Pública [online]. vol.32, n.4, 1998.

PETERSEN, Aline. **Classificação de risco: importância da informação aos usuários.** Florianópolis. 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

PONTES, Ricardo José Soares et al. **Modelo de Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará.** In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Belo Horizonte, 2013.

QUINELLATO, Luciano Vasconcellos. **A DIRETRIZ DE HIERARQUIZAÇÃO DO SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista.** Rio de Janeiro, 2009.

ROCHA, Andréa Fonseca Silva. **Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** 2005. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ROCHA, Rudi. Fernandes; SILVA, Lucas Merenfeld. **O IMPACTO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) 24H SOBRE INDICADORES DE MORTALIDADE: EVIDÊNCIAS PARA O RIO DE JANEIRO.** v. 46 - n. 3 - dez. 2016.

SILVA, Greciane Soares da. **Avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA): Um Estudo de Avaliabilidade.** Recife, 2011.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SPEDE, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil.** vol.19, Saude Paulo, jul./set. 2010.

TEXEIRA, Carmen. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde.** Salvador- Ba, junho de 2011.

KONDER, M. T. **Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto-atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. 2013.** 108 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER Gisele. **As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências.** Rio de Janeiro, 2015.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER Gisele. **As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências.** Rio de Janeiro, 2015.

KUSCHNIR, Rosana et al. **5. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS.** Qualificação de gestores do SUS. 1ed.Rio de Janeiro: Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009, p. 125-157.