

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

SILVIA CATARINA QUICK DOLL

**QUALIDADE DOS COMPONENTES PRÉ HOSPITALARES FIXOS DA REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS**

Belo Horizonte

2021

SILVIA CATARINA QUICK DOLL

**QUALIDADE DOS COMPONENTES PRÉ HOSPITALARES FIXOS DA REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Prof.^a Dr^a Alaneir de Fátima dos Santos

Belo Horizonte

2021

Doll, Sílvia Catarina Quick.
D665q Qualidade dos componentes pré hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência [manuscrito]: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS. / Sílvia Catarina Quick Doll. - - Belo Horizonte: 2021.

105f.: il.

Orientador (a): Alaneir de Fátima dos Santos.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde Pública. 2. Assistência à Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Emergências. 5. Avaliação em Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Santos, Alaneir de Fátima dos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: W 84



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

"QUALIDADE DOS COMPONENTES PRÉ HOSPITALARES FINOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNISS"

SILVIA CATARINA QUICK DOLL

Dissertação de mestrado defendida e aprovada, no dia 13 de maio de 2021, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos - Orientadora

UFMG

Prof(a). Marcus Vinicius Melo de Andrade

UFMG

Prof(a). Helvécio Miranda Magalhaes Junior

Fiocruz BH

Prof(a). Marcia Cristina Rodrigues Fausto

ENSP

Prof(a). Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

UFMG

Belo Horizonte, 13 de maio de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Márcia Cristina Rodrigues Fausto**, Usuário Externo, em 14/05/2021, às 11:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **H MAGALHAES JR**, Usuário Externo, em 14/05/2021, às 17:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcus Vinicius Melo de Andrade**, Professor do Magistério Superior, em 17/05/2021, às 12:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alaneir de Fatima dos Santos**, Coordenador(a), em 20/05/2021, às 17:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado**, Professor do Magistério Superior, em 28/05/2021, às 16:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador_documento_esterno_nba?acao=confere&id_documento_esterno_nba](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_documento_esterno.php?acao=confere&id_documento_esterno_nba), informando o código verificador **0722374** e o código CRC **CF90C46C**.

Dedico esse trabalho aos meus filhos, Thiago e Felipe, como forma de incentivá-los a ir, sempre, em busca do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família: ao Roberto, meu companheiro de vida, pelo apoio; aos meus filhos Thiago e Felipe pela paciência; à minha irmã Miriam pela confiança e ao meu pai Josef pelo exemplo.

Aos colegas de pós-graduação, em especial à Lenir, por compartilharem suas experiências.

Ao estatístico César Macieira, pelo seu apoio, disponibilidade e profissionalismo.

Ao professor Thomaz pela relevante participação na estruturação do projeto de pesquisa.

À orientadora Laine, pelo acolhimento no grupo de pesquisa, pela serenidade na orientação do trabalho e, principalmente, pela oportunidade de aprendizado.

“Só é útil o conhecimento que nos torna
melhores”

Sócrates

RESUMO

Introdução: A gestão e a organização de sistemas de saúde unificados e integrados são complexas e enfrentam inúmeros desafios. Como estratégia para melhoria da qualidade e acesso, o Ministério da Saúde adotou a implantação das Redes Temáticas, dentre elas a Rede de Urgência e Emergência (RUE), onde a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel estratégico e a forma como está estruturada reflete nos demais pontos da rede. A UPA é o principal componente fixo pré-hospitalar da RUE. Entretanto, sofre com a descaracterização do seu papel, por absorver parte dos atendimentos que deveriam ser solucionados na APS ou em nível hospitalar. A avaliação dos serviços de saúde é fundamental para identificar fragilidades e induzir melhorias. No SUS, fazem parte do Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS: o PMAQ-AB e o PNASS. **Objetivos:** Avaliar a qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da rede de urgência e emergência em Macrorregiões de Saúde brasileiras. **Metodologia:** foi realizado um estudo transversal retrospectivo exploratório de dados secundários, com abordagem quantitativa, a partir dos bancos de dados do PNASS e do terceiro ciclo do PMAQ-AB; construída uma tipologia da qualidade das UPAs e do acolhimento na APS; calculadas as notas médias da qualidade do conjunto delas em cada Macrorregião de Saúde; realizada análise de *clusters* por meio da ligação de Ward; comparados os indicadores por *cluster* utilizando os testes de Kurskall-Wallis e de Nemenyí; e realizado estudo do comportamento de variáveis sócio-demográficas-assistenciais em cada um. Para as análises estatísticas, foi utilizado o Programa R versão 4.0.3. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (em 30/05/12, registro nº 28804). **Resultados:** Fizeram parte do estudo 280 UPAs, 21.182 UBS e 27.335 equipes, localizadas em 74 Macrorregiões de Saúde. O indicador geral da qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE apresentou média geral de 0,687. A nota média da qualidade da UPA (0,61) foi positivamente influenciada pelos indicadores da Assistência Farmacêutica (0,824) e Atenção Imediata à Urgência e Emergência (0,790) e teve os piores resultados nos de Gestão de Contratos (0,480), Planejamento e Organização (0,493) e Modelo Organizacional (0,493). A nota média da qualidade da APS foi de 0,783, e as dimensões Articulação com a Rede (0,953), Acolhimento (0,939) e Procedimentos (0,939) foram as mais bem avaliadas. Por sua vez, Exames (0,492) e Medicamentos (0,602) apresentaram baixa nota. As Macrorregiões de Saúde foram alocadas em três *clusters*. O *Cluster* 3 (0,81) obteve nota média bem superior à dos *clusters* 1 (0,64) e 2 (0,63). Observou-se qualidade inferior de tais componentes da RUE no *Cluster* 1, que apresenta maior vulnerabilidade social. A correlação de Sperman também indicou uma relação inversa entre a qualidade dos indicadores e as condições sócio-demográficas-assistenciais.

Palavras-chave: Saúde Pública. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Emergências. Avaliação em Saúde. Redes de Atenção.

ABSTRACT

Introduction: Management and the organization of integrated health systems are complex and faces numerous challenges. As a strategy to improve quality and access, the Ministry of Health adopted the implementation of Thematic Networks, among them the Urgency and Emergency Network (RUE), where Primary Health Care (PHC) has a strategic role and the way it is structure reflects in the other points of the network. The emergency care unit UPA is the main prehospital fixed component of the RUE. However, it suffers from the mischaracterization of its role, as it absorbs part of the services that should be solved at PHC or at the hospital level. The evaluation of health services is essential to identify weaknesses and induce improvements. In the Brazilian Health Unic System SUS, the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) and the National Health Service Evaluation Program (PNASS) are part of the Evaluation System for SUS Qualification. **Aim:** to evaluate the quality of the fixed pre-hospital components of the urgency and emergency network in Brazilian Health Macro-regions. **Methods:** a retrospective cross-sectional exploratory study of secondary data was carried out, with a quantitative approach, based on the PNASS databases and the third cycle of the PMAQ-AB; a typology of the quality of the UPAs and the access in the PHC was built; the average quality scores for all of them in each Health Macro-region were calculated; analysis of clusters was carried out through Ward's connection; cluster indicators compared using the Kurskall-Wallis and Nemenyí tests; and a study of the behavior of socio-demographic-care variables in each one. For statistical analysis, Program R version 4.0.3 was used. The research was approved by the UFMG Research Ethics Committee (on 05/30/12, registration nº 28804). **Results:** The study included 280 UPAs, 21,182 UBS and 27,335 teams, located in 74 Health Macro-regions. The general quality indicator of the pre-hospital components of the RUE showed an overall average of 0.687. The UPA quality average score (0.61) was positively influenced by the Pharmaceutical Assistance (0.824) and Immediate Urgent and Emergency Care (0.790) indicators and had the worst results in Contract Management (0.480), Planning and Organization (0.493) and Organizational Model (0.493). The average grade of PHC quality was 0.783, and the dimensions Articulation with the Network (0.953), Reception (0.939) and Procedures (0.939) were the best evaluated. In turn, Exams (0.492) and Medicines (0.602) had a low score. The Health Macro-regions were divided into three clusters. Cluster 3 (0.81) obtained an average score well above that of clusters 1 (0.64) and 2 (0.63). Inferior quality of such components of the RUE was observed in Cluster 1, which presents a greater social vulnerability. Sperman's correlation also indicated an inverse relationship between the quality of the indicators and the socio-demographic-care conditions.

Keywords: Public Health. Health Care. Primary Health Care. Emergencies. Health Evaluation. Attention Nets.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo Hierárquico X Redes de Atenção.....	21
Figura 2 – Atributos e funções da APS nas Redes de Atenção à Saúde.....	25
Figura 3 – As Rede de Atenção à Saúde	27
Figura 4 – Componentes da RUE	28
Figura 5 – Número de UPA em funcionamento de 2011 a nov./2015.....	31
Figura 6 – UPA 24 horas em atividade em 2019.....	32
Figura 7 – Número de médicos e produção por tipo de UPA.....	33
Figura 8 – Fases do PMAQ – 3º Ciclo.....	45
Figura 9 – Itens de verificação do PNASS	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das dimensões de avaliação dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência – Brasil 2014 e 2018.....	61
Tabela 2 – Distribuição das médias relativas à qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE, por cluster. Brasil, 2014 e 2018	62
Tabela 3 – Comparação das variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais por clusters dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE.....	65
Tabela 4 – Correlação entre os índices de qualidade dos componentes pré hospitalares fixos da RUE e indicadores socio-econômicos-assistenciais.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das Macrorregiões de Saúde por cluster a partir do índice de qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE. Brasil, 2021	63
Quadro 2 – Itens do PNASS avaliados nas UPAs.....	88
Quadro 3 – Tipologia do Módulo I – Estrutura – PMAQ 3º Ciclo.....	93
Quadro 4 – Tipologia do Módulo II – Equipe – PMAQ 3º Ciclo.....	100
Quadro 5 – Variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DE	Departamento de Emergência
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SHU	Serviço Hospitalar de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 JUSTIFICATIVA	18
4 REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1 As redes de atenção à saúde	20
4.1.1 As Regiões de Saúde.....	22
4.1.2 A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde	24
4.2 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)	26
4.2.1 A APS na RUE	29
4.2.2 As Unidades de Pronto Atendimento na RUE	30
4.2.3 Os Serviços de Urgência e Emergência no cenário internacional	36
4.3 Avaliação de serviços de saúde no SUS	41
4.3.1 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB.....	43
4.3.2 O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde/PNASS	47
5 METODOLOGIA	51
6 RESULTADOS	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	88
ANEXO A – Itens do PNASS avaliados nas UPAs	88
ANEXO B – Tipologia do Módulo I – Estrutura – PMAQ 3º Ciclo	93
ANEXO C – Tipologia do Módulo II - - Equipe – PMAQ 3º Ciclo	100
ANEXO D – Variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais	103

1 INTRODUÇÃO

O SUS, um dos maiores sistemas universais de saúde pública do mundo, tem, dentre suas principais diretrizes: a universalidade, integralidade, igualdade da assistência à saúde e descentralização. Entretanto, durante os 30 anos de sua criação, enfrenta inúmeros desafios de gestão, dada a sua complexidade. Os contextos regionais são extremamente diversos, com marcantes diferenças socioeconômicas e diferentes necessidades de saúde, além de intensa fragmentação de serviços e práticas, que se refletem na sua organização. Por consequência, também é extremamente complexa a constituição de um sistema unificado e integrado de assistência à saúde (BRASIL, 2010; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

As reformas organizacionais de sistemas de saúde buscam o aumento da efetividade e eficiência, por meio da descentralização e regionalização. Foi nessa direção que a Lei nº 8.080 de 1990 determinou que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), devem compor uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; BRASIL, 1990).

Entretanto, diante da fragmentação da atenção à saúde e da falta de resposta às necessidades da população, a concepção inicial de rede hierarquizada deu lugar à implantação das Redes de Atenção à Saúde como diretriz para indução de práticas integradas mais resolutivas. Diversas legislações do SUS, então, passaram a apontar para a referida direção e, em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 4279/2010, estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS. Assim, a APS foi progressivamente adquirindo um papel cada vez mais significativo na ordenação do cuidado e, com a promulgação do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, se constituiu como porta de entrada de referência para os pacientes na rede assistencial (BRASIL, 2013^a; BRASIL, 2015^e; BRASIL, 2011^b).

A organização das RAS estão compreendidas no âmbito de Regiões de Saúde, que têm como objetivo a garantia do acesso da população a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em tempo oportuno, de forma resolutiva e com qualidade. Também, tem como propósito efetivar o processo de descentralização e responsabilização compartilhada entre os entes federados,

favorecendo a cooperação entre os gestores, a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos, a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a ampliação do acesso, buscando, assim, assegurar a integralidade e reduzir as desigualdades loco-regionais. Para alcançar tais metas, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) adotou, como estratégia, a implantação das Redes Temáticas prioritárias. Dentre elas, está a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que abrange os serviços de saúde em caráter de urgência e emergência, em todos os níveis de complexidade, e torna necessária a qualificação de tais unidades de atendimento (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013b).

A RUE, instituída pela Portaria MS/GM 1.600/2011, é composta por diferentes componentes e pontos de atenção, que devem atuar de forma integrada e articulada. Por isso, a Atenção Básica tem papel estratégico para a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo, responsabilização e para o primeiro atendimento às urgências e emergências, até o encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando se fizer necessário. A forma como a atenção básica está estruturada tende, portanto, a refletir nos demais pontos da rede (BRASIL, 2011; 2013b; 2014a; 2015; 2016; 2017a).

As Unidades de Pronto Atendimento se constituem no principal componente fixo pré-hospitalar de atenção às urgências e emergências. São estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar, e têm como funções dar retaguarda para as unidades básicas de saúde (UBS), assim como diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade. Elas devem se articular com os demais serviços de saúde loco-regionais, construindo fluxos efetivos de referência e contrarreferência. Têm também a importante função de ser observatório do sistema de saúde, contribuindo para a avaliação e o planejamento da atenção integral, especialmente, no que se refere às urgências (BRASIL, 2002; 2013b; 2016; KONDER; O'DWYER, 2016).

A partir de sua origem, entretanto, foi ocorrendo uma descaracterização de seu papel, motivados tanto pela insuficiência de leitos hospitalares de retaguarda, principal motivo de superlotação das UPAs, quanto por limites da Atenção Primária à Saúde (APS), que provoca um aumento dos atendimentos a casos agudos de menor complexidade e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP) (O'DWYER, 2016; LIMA; NICHATA; BONFIM, 2019).

O problema da superlotação nos departamentos de emergência (DE) afeta os sistemas de saúde de todo o mundo e é motivo de preocupação significativa inclusive em países desenvolvidos. Vários estudos relataram uma série de efeitos indesejáveis da congestão e superlotação dos departamentos de emergência, com consequente redução da qualidade do cuidado, aumento da mortalidade, aumento da carga de trabalho, além do aumento de custos (VAN DEN BERG, 2015; DISERENS, 2015; YARMOHAMMADIAN, 2017; NHS, 2013).

O uso excessivo dos departamentos de emergência para casos que não requerem cuidados imediatos muitas vezes pode ser explicado por questões de dificuldade de acesso e resolutividade em outras partes do sistema de saúde. Refletem, em certa medida, as necessidades de saúde não atendidas pela atenção primária, cujo modelo de organização exerce uma influência significativa no uso dos serviços de emergência (D'AVOLIO 2013; VAN DEN BERG, 2015; NHS, 2013; ALMEIDA, 2020; FISCHMAN, 2018).

A importância de uma Rede de Atenção às Urgências e Emergências bem estruturada e com adequado funcionamento de todos os seus componentes, com destaque para a importância da APS nesse contexto, ficou ainda mais evidente diante da Pandemia da Covid-19, e a melhoria da assistência nesta área torna-se imperativa (MEDINA, 2020).

Para diagnóstico do funcionamento dos serviços de saúde, seja individualmente ou enquanto parte de uma rede de atenção, os processos de avaliação e auditoria são fundamentais, à medida em que podem identificar fragilidades e fornecer subsídio para tomadas de decisão. A Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, estabeleceu, como ação no SUS, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários. Fazem parte do Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

O lançamento do PMAQ-AB, em 2011, além de seu objetivo de indução da ampliação do acesso e melhoria da qualidade na atenção básica, objetiva também garantir um padrão de qualidade comparável, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais no setor (BRASIL, 2014a). Enquanto isso, o

PNASS, reformulado pela Portaria nº 28, de 8 de janeiro de 2015, tem como objetivo geral avaliar estabelecimentos de atenção especializada em saúde, tanto ambulatorial quanto hospitalar, nos seguintes quesitos: eficiência, eficácia, efetividade de processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos (BRASIL, 2015b; 2015c).

Conforme afirmam Contandriopoulos *et al.*, 1997, p. 45:

é até provável que quanto mais uma avaliação seja bem sucedida, mais ela abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista com o uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas.

Explorando dados secundários do PMAQ-AB e do PNASS, este trabalho pretende avaliar a qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da rede de urgência e emergência em Macrorregiões de Saúde brasileiras, provendo análises e discussões que possam contribuir com a consolidação, aperfeiçoamento e fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em nosso país.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da rede de urgência e emergência em Macrorregiões de Saúde brasileiras.

2.2 Objetivos específicos

- Construir uma tipologia da qualidade das UPAs;
- Construir uma tipologia da qualidade do acolhimento na atenção primária à saúde;
- Identificar *clusters*, considerando a qualidade em saúde dos componentes pré-hospitalares fixos nas Macrorregiões de Saúde no Brasil;
- Verificar a correlação dos *clusters* com variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais.

3 JUSTIFICATIVA

Diante dos desafios impostos pela dimensão continental de nosso país e da missão do SUS de prover assistência universal, integral e de qualidade à população, o Ministério da Saúde adotou como estratégia a conformação de redes de atenção e regiões de saúde (BRASIL, 2013a; 2011b).

O processo de regionalização no Brasil é ainda muito recente. Conseqüentemente, a experiência na organização de regiões de saúde se mostra ainda incipiente. Também é recente a publicação da Portaria GM/MS nº 4279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, que tem como objetivo: ampliar o acesso aos serviços de saúde, otimizar recursos, melhorar a qualidade e resolutividade da assistência e reduzir desigualdades regionais. Para alcançar tais metas, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) adotou como estratégia a implantação das Redes Temáticas prioritárias. Dentre elas, está a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2011; 2013b).

Ocorreram importantes avanços na atenção às urgências, desde o início da implantação da RUE. Entretanto, dada sua complexidade e relevância, ainda existem grandes desafios a serem superados, principalmente, no que se refere ao enfrentamento do desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços, fragmentação, deficiência na articulação entre os componentes e qualidade dos serviços (BRASIL, 2020).

Por termos identificado a necessidade de ampliação dos estudos que avaliam processos assistenciais, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, elegemos a Rede de Atenção às Urgências e Emergências como objeto de estudo. O interesse específico nos componentes pré-hospitalares fixos da RUE, composto pela APS e UPA, decorre da experiência pessoal de anos de auditoria e fiscalização de serviços de saúde, e da constatação de recorrentes e significativos problemas de funcionamento da rede, que necessitam ser superados. A escolha de macrorregiões de saúde como universo de estudo se deu por ser o espaço regional ampliado que visa garantir a resolutividade da RAS, conforme estabelece a Resolução CIT N. 37, de 22 de março de 2018.

Para que se consiga mensurar o impacto das ações já implementadas e identificar problemas que ainda necessitam ser equalizados, os processos de avaliação e auditoria são fundamentais. O Ministério da Saúde já instituiu importantes

programas de avaliação de serviços de saúde de âmbito nacional, dentre eles, o PMAQ-AB, para avaliação da Atenção Básica, e o PNASS, para avaliação de serviços ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2005; OLIVEIRA; REIS, 2016; FLÔRES *et al.*, 2018).

O trabalho pretende, portanto, utilizar dados de importantes programas de avaliação da qualidade de serviços de saúde instituídos pelo Ministério da Saúde em uma perspectiva da avaliação de Redes de Atenção e Regiões de Saúde. Finalmente, pretende contribuir para o avanço de discussões que visem a melhoria da qualidade da assistência, da integralidade do cuidado, da estruturação das Macrorregiões de Saúde e do fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no país.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 As redes de atenção à saúde

Iniciativas de integração de serviços em redes não são recentes. Os modelos de gestão de sistemas integrados de saúde foram introduzidos nos anos 90 em países da Europa e no Canadá, no contexto das reformas dos sistemas de saúde. À mesma época, começaram a ser adaptados na América Latina e, nos anos 2000, difundiram-se para vários países, dentre eles, o Brasil. Antes disso, o clássico relatório Dawson, de 1920, propunha, na Inglaterra, a integração de serviços em espaços territoriais definidos (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; SILVA, 2014).

No Brasil, apesar dos significativos avanços em saúde pública promovidos pelo SUS, a intensa fragmentação do processo de cuidado, a segmentação dos componentes do sistema de saúde, assim como a frágil qualificação da gestão do cuidado, são fatores que contribuem para a baixa qualidade e a ineficiência na atenção à saúde e que precisam ser superados (SILVA, 2014; BRASIL, 2017a). A complexidade dessa realidade tem como ingredientes: as dimensões continentais do país, a grande diversidade regional, as desigualdades, o número de usuários potenciais, a multiplicidade de agentes prestadores da atenção à saúde, além da abrangência das atribuições do Estado no setor da saúde (VIANA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, a conformação de regiões e redes de saúde se torna estratégia para lidar com a dimensão territorial e a universalização da saúde, pois visa induzir mudanças na política, no planejamento e na gestão do SUS, a fim de assegurar uma ação mais eficaz do Estado na garantia de direitos constitucionais (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; BRASIL, 2017a).

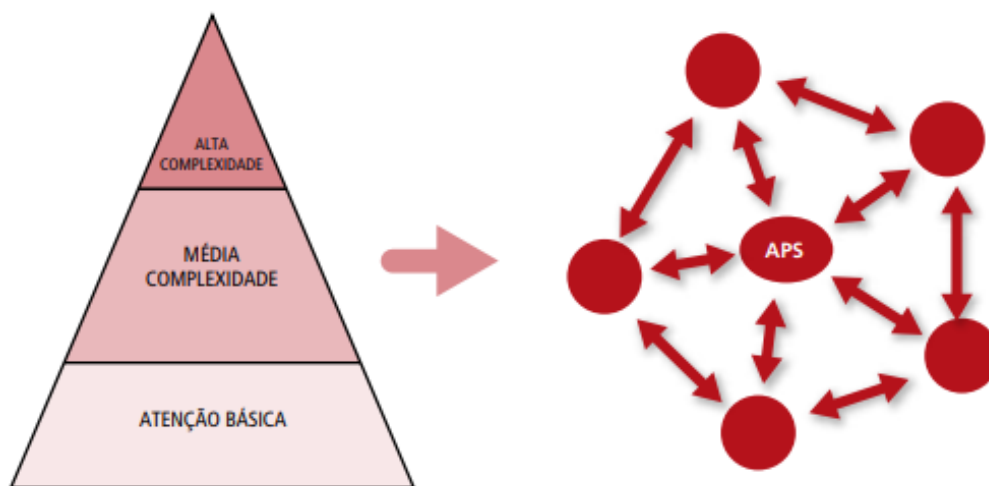
Segundo Mendes (2011), as RAS são:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Para Magalhães Júnior (2014), as RAS representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado

território, organizando-os sistemicamente, para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde. A Figura 1 representa a diferença na conformação do Modelo Hierárquico e das Redes de Atenção.

Figura 1 – Modelo Hierárquico X Redes de Atenção



Fonte: Mendes (2011).

Estudos apontam que as Redes de Atenção à Saúde têm importância estratégica e se mostram um caminho eficiente para a qualificação dos sistemas de saúde, pois promovem a integralidade do cuidado e otimização de custos, principalmente em um contexto de crescente incidência da prevalência das doenças crônicas (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Tais redes têm sido estimuladas, como modelo ideal facilitador da integração, devido a aspectos cruciais, como a questão territorial, a superação de lacunas assistenciais, a racionalização e a otimização dos recursos, com o objetivo de prover adequada resposta às necessidades de saúde identificadas em nível local, com continuidade e integralidade da atenção à saúde (HARTZ, 2004; VIANA *et al.*, 2018; SILVA, 2011; MENDES, 2011; OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2017a).

A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro 2010, que estabeleceu as diretrizes da RAS no âmbito do SUS, elencou dentre os atributos da RAS, a definição de população e territórios, estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços, a APS como primeiro nível de atenção, a existência de mecanismos de coordenação, continuidade

do cuidado e assistência integral. Devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal, nos quais a integração vertical consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde, responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada e complementares. Por sua vez, a integração horizontal consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade (BRASIL, 2017a). Os principais critérios para sua configuração consideram a base populacional e suas necessidades, a área geográfica, as pactuações entre estado e município, o rol de ações e serviços ofertados e os parâmetros de acessibilidade e escala. (VIANA *et al.*, 2017).

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), a noção de integralidade, relacionada às redes, sugere uma dupla leitura: redes como estrutura organizacional de produção de serviços e redes como dinâmica de atores e organizações em permanente negociação. Assim, Merhy *et al.* (2014) nos chamam a atenção para o fato de que a maioria dos serviços de saúde operam ainda em uma lógica burocrática organizacional, cujo mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, considerando o usuário como alguém desprovido de conhecimentos e experiências. Ressaltam, entretanto, que os usuários, enquanto redes de existências, também constituem por si certos modos de conduzir a produção de cuidado e constroem suas próprias redes com diferentes conexões, que comportam movimentos de desterritorialização. Desse modo, a todo instante, usuários e serviços são postos em negociação (MEHRY, 2014).

Entretanto, desde a instituição do SUS, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema de saúde foi a descentralização, principalmente por meio do incentivo à provisão e à organização dos sistemas e serviços de saúde municipal, com menor ênfase na integração de serviços e de relacionamento entre os três níveis de governo. Por consequência, os resultados da descentralização no território brasileiro são bastante heterogêneos e altamente dependentes das condições prévias locais (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

4.1.1 As Regiões de Saúde

Apesar de ser um eixo estruturante do SUS, a regionalização foi reforçada somente a partir de 2000, pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e, em 2006, após a publicação do Pacto pela Saúde, sendo concebida como uma

estratégia para integração dos sistemas municipais a fim de constituírem sistemas regionais que resultassem em ampliação do acesso e a redução da iniquidade em saúde (UCHIMURA, 2015). A Regionalização em Saúde busca, portanto, a melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços, visando cobertura e acesso resolutivo da população às ações de saúde, com padrão de integralidade, máxima qualidade e eficiência, em tempo oportuno, imprimindo uma unicidade ao território regional, reduzindo, dessa forma, as desigualdades loco-regionais (CONASEMS, 2019; BRASIL; 2011a).

Para a organização de uma RAS, é fundamental a definição da Região de Saúde, com seus limites geográficos, sua população e rol de ações e serviços que serão ofertados (BRASIL, 2017a). A delimitação das Regiões de Saúde deve se dar a partir de características compartilhadas, respondendo ao perfil epidemiológico, integrando as ações de promoção, proteção, tratamento e reabilitação, com gestão descentralizada, ações articuladas e responsabilização compartilhada, exigindo uma perspectiva de base local ascendente até que se atinja a possibilidade máxima de cobertura com os recursos disponíveis, buscando a racionalidade de gastos e otimização de recursos (CONASEMS, 2019; BRASIL; 2011a).

O Decreto nº 7.508 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, definiu Região de Saúde como:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2013a, p. 06).

A regionalização se associa às dinâmicas territoriais, às características do desenvolvimento econômico, às políticas de saúde e aos desenhos regionais em cada estado, assim como ao grau de articulação entre os gestores (LIMA *et al.*, 2012). As Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional, criadas em 1993, pela Norma Operacional Básica – NOB/93 do Ministério da Saúde, são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos, para definição das regras da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2013a). Portanto diferenças na concentração de recursos e tecnologias, no perfil socioeconômico, no grau de desenvolvimento, nos indicadores sociais, na capacidade instalada e na complexidade da rede de serviços de saúde de cada região, além do mix público-privado na oferta de serviços de saúde,

são alguns dos fatores que determinam as desigualdades encontradas (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

São diversos os fatores que limitam o avanço do processo de regionalização, dentre eles, a prioridade conferida aos aspectos políticos em detrimento aos aspectos técnicos, as dificuldades na definição das responsabilidades entre os diversos entes, a falta de transparência dos processos decisórios e a falta de articulação, assim como a diversidade de instrumentos de planejamento e gestão (CASANOVA, 2017).

Segundo dados da Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, em 2016, o Brasil contava com 117 Macrorregiões de Saúde e 438 regiões de saúde. A combinação de políticas sociais e econômicas, assim como incentivo às estratégias de desenvolvimento regional, nos últimos anos, aliadas às transformações na distribuição da população no território nacional, impactaram positivamente na política de saúde. Ocorreu uma melhora na distribuição das regiões de saúde nas macrorregiões brasileiras, uma expansão dos serviços de atenção primária à saúde, uma melhora na distribuição regional de serviços de média e alta complexidade, assim como dos profissionais de saúde. Entretanto, a lógica setorial da política e do sistema de saúde, aliados às desigualdades regionais herdadas, representam ainda uma limitação para que se atinja a universalização do sistema de saúde no Brasil (ALBUQUERQUE, 2017).

4.1.2 A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde

As redes de atenção à saúde possuem uma conformação horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, sem uma hierarquia entre eles. Todos são igualmente importantes, para que se cumpram com os objetivos, e apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2011).

A estrutura operacional das RAS é composta pela APS, elemento central de comunicação da rede, pelos pontos de atenção secundários e terciários, e pelos sistemas de apoio, logísticos e de governança (MENDES, 2011).

As ações combinadas de diferentes serviços e profissionais e as interações de naturezas diversas com a população são fundamentais para promover a integralidade do cuidado, pois são as necessidades do paciente que definem a resposta exigida do sistema (VIANA *et al.*, 2018) .

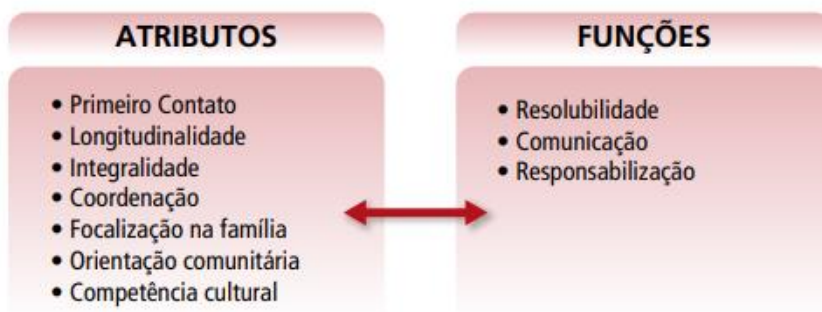
Mendes (2014, p. 45) define governança de RAS como:

arranjo organizativo pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

Devido ao seu elevado grau de descentralização e capilaridade, a Atenção Básica deve ser a base da rede horizontalizada e ter um papel central na ordenação da RAS, enquanto coordenadora do cuidado integral contínuo e compartilhado e ordenadora do acesso aos demais pontos de atenção da rede, conforme estabelece o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90.-Para tanto, deve ter cobertura populacional adequada, alta capacidade de cuidado e alto grau de resolutividade, a partir da identificação de riscos, necessidades e demandas de saúde individuais e coletivas. A maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico devem ser elaborados e implantados, a partir das necessidades identificadas em tal nível de atenção (BRASIL, 2011b; SILVA, 2014; OLIVEIRA, 2016).

No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS. Os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção que têm uma Atenção Primária forte, resolutiva e coordenadora do cuidado, apresentam melhores resultados que aqueles cujo modelo de Atenção Primária é frágil (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). Assim, uma Atenção Básica resolutiva se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica (CONASEMS, 2019) . A Figura 2 apresenta os atributos e funções da APS nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017a).

Figura 2 – Atributos e funções da APS nas Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011).

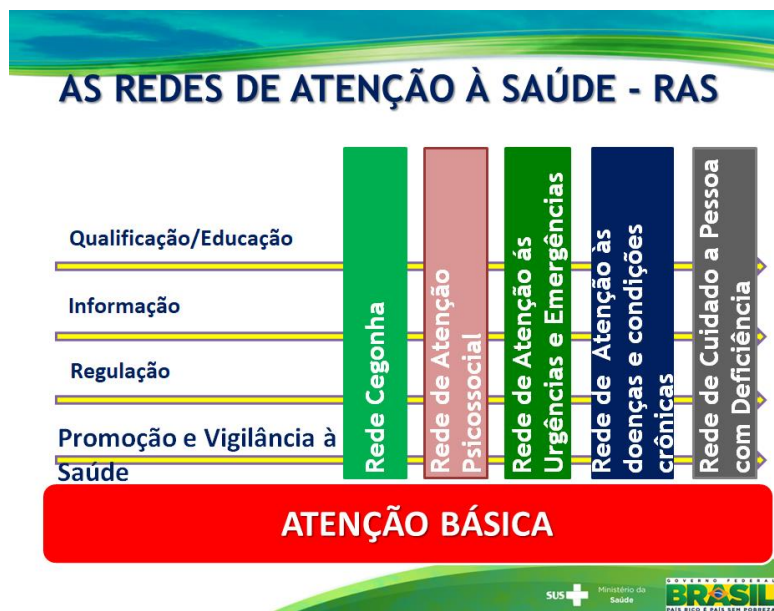
Albuquerque *et al.*, (2017) afirmam que políticas regionais na área da saúde nos últimos anos produziram avanços, mas também enfrentaram algumas limitações decorrentes da própria lógica setorial da política e do sistema de saúde e das desigualdades regionais herdadas. O estudo de Cecílio *et al.* (2012) identificou ainda uma não governabilidade da APS, para produzir uma efetiva articulação com os demais níveis da rede e, portanto, ainda não se tornou a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, estando ainda distante dos modelos idealizados do seu funcionamento.

4.2 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) adotou, como estratégia para a ampliação do acesso e do compartilhamento do cuidado e melhoria da qualidade da atenção à saúde, a implantação das seguintes Redes Temáticas prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2013b).

Nas redes temáticas, os únicos componentes que se organizam verticalmente são os pontos secundários e terciários. Os demais componentes, compostos pela APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança, são comuns a todas as redes temáticas e, portanto, se articulam de forma transversal, conforme esquematizado na Figura 3 (MENDES, 2014).

Figura 3 – As Rede de Atenção à Saúde



Fonte: www.redehumanizasus.net. Acesso em: 08 nov. 2019.

Dada a magnitude, complexidade e relevância dos problemas relacionados à atenção às urgências e emergências, a melhoria da assistência nesta área se tornou uma pauta prioritária do Governo, em todas suas esferas, pois envolve a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade e torna necessária a qualificação das unidades, para atendimentos com essa finalidade (JORGE; COUTINHO; CAVALCANTI, 2014; BRASIL, 2013b; 2016).

Com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências, o Ministério da Saúde instituiu, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), reformulada pela Portaria 1600 de julho de 2011, quando foi instituída a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Teve como finalidade promover a articulação e a integração dos equipamentos de saúde envolvidos nesse tipo de assistência (BRASIL, 2013b; 2016; UCHIMURA, 2015).

A RUE tem como diretrizes a definição e a organização das Regiões de Saúde e das Redes de Atenção, a partir das necessidades, riscos e vulnerabilidades específicas das populações, a regulação articulada entre todos os componentes da Rede, a ampliação do acesso e do acolhimento aos casos agudos em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco. Seus componentes específicos são: a promoção e prevenção, a Atenção Primária por meio das unidades básicas de

Saúde, a UPA e demais serviços de urgência 24 horas, o Samu, as Centrais de Regulação, a Sala de Estabilização, as portas hospitalares de atenção às urgências, os leitos de retaguarda, a Atenção Domiciliar e a Força Nacional de Saúde do SUS, representados na Figura 4 (BRASIL, 2013b; 2014a; 2015a).

Figura 4 – Componentes da RUE



Fonte: Brasil (2013b)

Para que promova adequado acolhimento, ampliação do acesso, garantia do cuidado e da continuidade da assistência em todos os níveis de atenção, é necessário que exista uma rede loco-regional com fluxos pré-estabelecidos eficazes, que garantam acesso qualificado a cada um dos componentes da rede conforme a necessidade do usuário (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013c).

A primeira etapa da implantação da RUE se concentrou no processo de planejamento e estruturação dos planos de ação. Muitos avanços foram alcançados, entretanto, sua implementação ocorreu de forma fragmentada e com frágil articulação, e há ainda importantes desafios a serem enfrentados em busca de uma atenção ágil, oportuna, integral e efetiva. Faz-se necessária a reavaliação do processo assistencial em busca de se atingir a qualificação necessária para uma atenção em rede integral e resolutiva (BRASIL, 2013b; JORGE; COUTINHO; CAVALCANTI, 2014; O'DWYER *et al.*, 2017).

4.2.1 A APS na RUE

O atendimento à demanda espontânea e às urgências e emergências deve ser realizado em todos os níveis de atenção à saúde, inclusive na APS. Por ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a Atenção Básica apresenta caráter estruturante e estratégico, devido ao seu alto grau de descentralização, capilaridade e articulação com os demais tipos de tecnologias. No que se refere à atenção às urgências, a APS tem importante papel na assistência à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências de menor gravidade, principalmente nos casos de episódios de agudização de pacientes crônicos. Para tanto, a equipe deve estar capacitada, para prestar o atendimento inicial, diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e providenciar o encaminhamento para os demais pontos da rede, visando a continuidade do atendimento, conforme atribuições definidas na legislação pela Política Nacional de Atenção Básica, bem como pela Política Nacional de Atenção às Urgências e Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010; 2013c; 2013b; 2017b).

Assim, as principais características da APS (número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, acolhimento das urgências, localização, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada, entre outros) podem favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde. A procura exacerbada por serviços de urgência e especializados é também modulada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da atenção básica (BRASIL, 2013b; 2013d).

É também de fundamental importância que os serviços estejam presentes não somente em quantidades adequadas, mas que também estejam integrados e articulados de maneira complementar para que se torne possível a garantia do acesso aos serviços, de acordo com a necessidade do usuário. A integração entre unidades assistenciais de diferentes perfis compõem o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013b).

Estudo de Chaves *et al.* (2018) avaliou a integração entre a Atenção Básica e a rede assistencial do SUS, a partir de dados do PMAQ-AB, e identificou que a AB é considerada a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, porém ainda não se tornou ordenadora do acesso à rede. Identificou também que a atenção especializada necessita de avanços no que se refere ao funcionamento do modelo de atenção e cuidado em rede (CHAVES, 2018).

Portanto, a despeito dos investimentos em infraestrutura e melhoria das condições da Atenção Básica, para que ela alcance o papel de relevância na atenção às urgências, enquanto primeiro ponto de atendimento da RUE, há ainda muito a ser feito (JORGE; COUTINHO; CAVALCANTI, 2014).

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, para ampliação do acesso na APS, foi o lançamento do Programa “Saúde na Hora” em maio de 2019, que, por meio do funcionamento das UBS em horários estendidos e mais flexíveis, visa induzir a redução de custos em outros níveis de atenção, diminuir a congestão em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares e dar suporte aos municípios, para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública, como a que vivenciamos atualmente, decorrente da Pandemia do coronavírus (BRASIL, 2020b).

Dados do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde referente ao ano de 2019 apontam que o país contava à época com 41.940 UBS e 43.223 ESF, 64,34 % de cobertura populacional, 641 UPAs e 84,9% de cobertura populacional pelo SAMU (BRASIL, 2019a).

4.2.2 As Unidades de Pronto Atendimento na RUE

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) se constituem no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar da RUE. São estruturas de funcionamento ininterrupto, com complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar, devendo funcionar de forma articulada com os demais pontos da rede, com pactos e fluxos previamente definidos, referenciando e contra-referenciando pacientes, quando necessário, para os demais pontos de atenção, a fim de garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013b; 2016; 2017b; KONDER; O'DWYER, 2016).

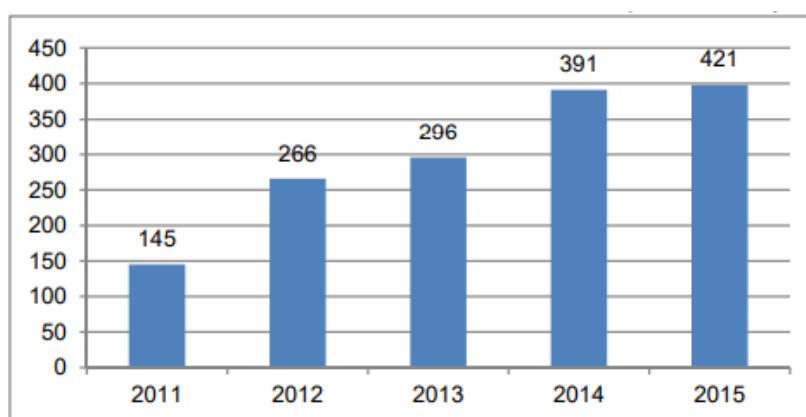
As UPAs têm como funções: prestar assistência a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica; realizar o primeiro atendimento e estabilização dos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, dentre eles, os atendidos pelo SAMU; realizar pronto-consulta nos casos de menor gravidade; prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade e manter pacientes em observação, por até 24 horas, encaminhando para internação hospitalar, por meio de centrais de regulação, aqueles que necessitarem (BRASIL, 2017b) (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, II).

Uma das principais missões das UPAs é dar retaguarda às unidades básicas de saúde e diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade. Assim, têm como diretrizes o funcionamento ininterrupto 24 horas, com classificação de risco e equipe assistencial multiprofissional, garantia do acesso do usuário com tempo-resposta adequado, assistência de qualidade e adequada relação custo-efetividade. Sua qualificação condiciona-se à cobertura do SAMU 192 ou serviço equivalente, à comprovação da execução de atividades de educação permanente e à cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do município sede da UPA 24h. Enquanto observatório do sistema de saúde, pode contribuir para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências e dos demais componentes do sistema de saúde (BRASIL, 2002; 2017a; 2017b).

Denomina-se **UPA 24h Nova** aquela construída com recursos de investimento federal. Por outro lado, **UPA 24h Ampliada** é aquela construída a partir do acréscimo de área, com adequação física de estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

O processo de implantação das UPAs se iniciou com a publicação da Portaria Nº 2.922 em 2008. Antes, o atendimento pré-hospitalar fixo era assumido pelos municípios, de forma diversa. Até 2011 estavam concentradas na região Sudeste; a partir daí foram progressivamente expandidas em decorrência dos incentivos financeiros do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) 1 e PAC 2. Em 2015 havia 421 UPAs em funcionamento, conforme mostram os Dados no Plano Nacional de Saúde, apresentados na Figura 5 (BRASIL, 2016; 2017).

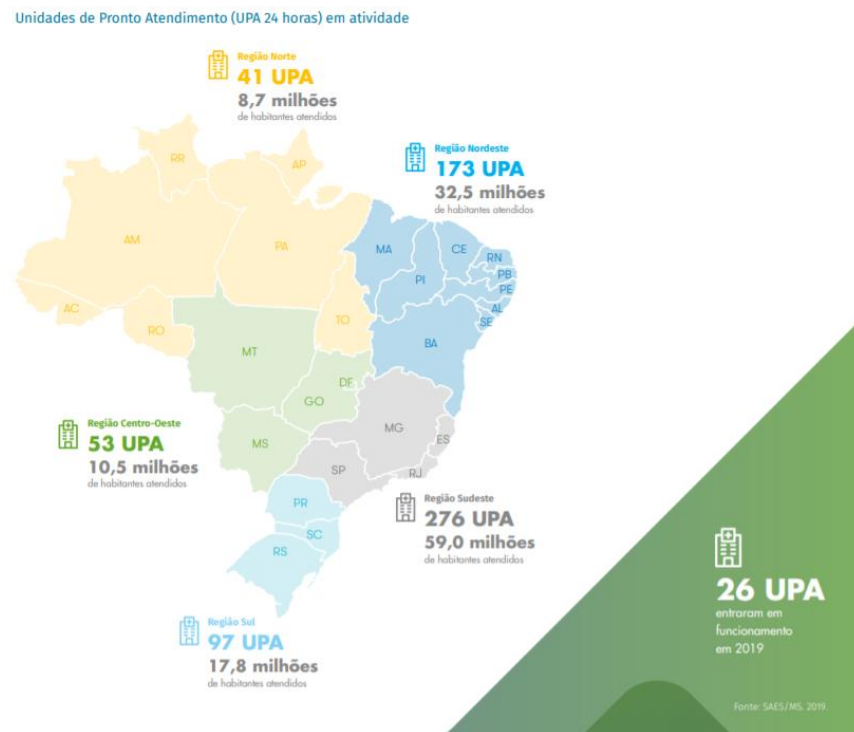
Figura 5 – Número de UPA em funcionamento de 2011 a nov./2015



Fonte: Brasil, 2016.

Em 2019 o número de UPAs em atividade para cobertura de uma população estimada de 128,5 milhões de pessoas era de 640, conforme mostra a Figura 6 (BRASIL, 2019).

Figura 6 – UPA 24 horas em atividade em 2019



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (BRASIL, 2019)

As UPAs 24h, habilitadas até 31 de dezembro de 2014, eram classificadas em portes I, II, e III, segundo número mínimo de leitos de observação (7, 11 e 15 leitos respectivamente). Os requisitos atuais, para o recebimento do repasse mensal do Ministério da Saúde, para seu custeio, segundo número de profissionais médicos e produção mínima mensal, estão discriminados na Figura 7 (BRASIL, 2017).

Figura 7 – Número de médicos e produção por tipo de UPA

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Nº de atendimentos médicos /mês (Nº de atendimentos classificação de risco / mês)
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	2250
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	3375
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)	4500
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)	5625
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	6750
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	7875
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	9000
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	10125

Fonte: *print screen* da Portaria de Consolidação N. 6 (BRASIL, 2017)

Assim, a UPAs 24h representa um grande avanço para a atenção às urgências pré-hospitalares. Entretanto, enfrenta desafios, para que consiga garantir um serviço resolutivo e de qualidade, articulado com os demais pontos da RUE, dentre eles o alto valor do custeio em relação ao repassado pelo Ministério da Saúde, a deficiência de recursos humanos para cobrir todos os municípios com serviços habilitados, o número insuficiente de leitos de retaguarda e a pouca articulação com os serviços da Atenção Básica e hospitalar (JORGE; COUTINHO; CAVALCANTI, 2014).

Sua expansão também ocorreu de forma variada no país, por motivos diversos, dentre eles, as divergências entre interesses políticos e critérios técnicos, as dificuldades financeiras ou operacionais na esfera municipal, e a insuficiência de recursos federais para sua implantação e custeio (O'DWYER *et al.*, 2017).

Segundo Cassettari e Mello (2017), os serviços de urgência e emergência no Brasil sofrem com a superlotação decorrente, dentre outros fatores, da falta de acesso regular da população aos demais níveis de atenção à saúde, assim como da falta de leitos para internação na rede pública. Realizam, então, atendimentos que não são de sua plena atribuição, absorvendo uma demanda de usuários que poderiam ser atendidos em outros pontos da rede, acarretando em uma descaracterização do seu verdadeiro papel. Esses atendimentos consomem tempo, recursos humanos, equipamentos e recursos financeiros, os quais deveriam ser direcionados ao atendimento de pacientes em situações de urgência e emergência. Alerta para a necessidade do fortalecimento da APS, como primeira opção para entrada no sistema

e ordenadora do cuidado, assim, como para a necessidade de investimento na educação em saúde voltada aos usuários, visando o esclarecimento das atribuições de cada ponto da rede (CASSETTARI; MELLO, 2017).

Segundo Konder e O'Dwyer (2016), em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, apesar de terem representado um elemento importante na estruturação da RUE, com expansão da capacidade de atendimento e ampliação do acesso da população a diversos recursos, a implantação das UPAs não vieram acompanhadas de uma mudança na estrutura de governança da rede municipal, persistindo as dificuldades de acesso e interação entre diferentes serviços. Evidenciaram a fragilidade da atenção básica, que, à medida que não consegue coordenar a demanda na rede, transfere parte dos atendimentos para as urgências, de forma a sobrecarregar as UPAs, com uma demanda majoritariamente de baixo risco que, a princípio, seria melhor acolhida na AB. Evidencia também as dificuldades relativas à retaguarda hospitalar, que não consegue absorver todos os pacientes que necessitam internação (KONDER; O'DWYER, 2016; O'DWYER *et al.*, 2017).

Rocha (2005) *apud* Brasil (2015a) também cita, em seus estudos, uma elevada procura pelos serviços de pronto atendimento, significativamente superior à capacidade de oferta e por motivos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas.

De acordo com o estudo sobre a Implantação e Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), promovido pelo CONASS em 2015, a frequência com que os usuários retornam à UPA com a mesma queixa também demonstra a fragilidade da rede para assumir a continuidade do cuidado prestado na UPA. Já a inexistência de vagas hospitalares é considerada como sendo a principal causa da permanência dos usuários por mais de 24 horas nessas unidades (BRASIL, 2015a).

Estudo realizado no Estado de São Paulo, por Lima, Nichiata e Bonfim (2019), evidenciou que nos atendimentos da UPA, além de pacientes com perfil que poderiam ser atendidos pela APS, havia importante parcela decorrente de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Esses dados, em conjunto, evidenciam as fragilidades do acesso e do cuidado continuado na APS. Apontando na mesma direção, o estudo de Castro *et al.* (2019) a partir de dados do PMAQ-AB, identificou uma associação negativa da qualidade da APS com o número de internações por CSAP: municípios com menor nível de qualidade apresentaram 21,2% a mais de internações por CSAP do que municípios mais bem avaliados. Demonstrou, portanto, que a qualidade da

APS tem impacto na redução das internações, por Condições Sensíveis à Atenção Primária, mesmo em contextos de desigualdade social (CASTRO *et al.*, 2020).

A saturação e a superlotação dos serviços hospitalares de atenção às urgências refletem a insuficiência quantitativa de serviços, principalmente leitos de internação, mas também uma gestão insuficiente dos processos assistenciais em toda a rede; reflete o estado de um sistema de saúde que apresenta um desequilíbrio entre as necessidades da população e os serviços disponíveis. Apesar disso, a redução de leitos vem acontecendo de forma contínua, chegando em 2016 a apenas 1,48 leitos SUS por mil habitantes (BRASIL, 2020). As UPAs também sofrem com muitos dos problemas de congestão e superlotação já identificados em serviços hospitalares de urgência e emergência em diversos países.

Auditoria realizada em 2013 pelo Tribunal de Contas da União, em 116 hospitais de todo o país, identificou como principais problemas: recursos humanos, medicamentos e insumos, equipamentos, estrutura física e apoio, comissão de controle de infecção hospitalar e sistemas informatizados. Especificamente sobre o SHU, os dados relevaram que 64% estavam sempre superlotados, 19% muitas vezes, sendo que a alocação de pacientes nos corredores do SHU era um problema em 47% dos hospitais (BRASIL, 2014; 2020).

A superlotação nos SHU indica o baixo desempenho do sistema em sua totalidade (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). Segundo Contandriopoulos *et al.* (2010), são fatores que determinam o desempenho dos SHU: o grande volume de atendimento de casos não emergenciais em virtude da pouca articulação e resolubilidade das demais organizações de saúde; a disputa por leitos hospitalares e por recursos diagnósticos e terapêuticos; recursos estruturais e processos de trabalho aquém das necessidades dos pacientes, além do aumento da insegurança assistencial e da taxa de mortalidade, motivadas por abordagens clínicas inadequadas e decorrentes da superlotação. Para esse grave e complexo problema, Bittencourt 2010 sugere como estratégias a adoção do modelo “Ciclo Resolutivo da Superlotação dos Prontos-Socorros”, em que todas as estações devem ser implementadas de forma simultânea, em uma espiral crescente de medidas gerenciais, por meio do qual haja ampliação do acesso a novos serviços de saúde, assim como a integração entre eles. Para tanto, a constituição de redes de atenção em saúde é o paradigma, porém, não é de fácil execução (GRABOIS *et al.*, 2019).

Estudo de Konder *et al.* (2019) identificou que a ocorrência de internações nas UPAs é um fenômeno frequente, que distorce sua finalidade e interfere na qualidade do cuidado nessas unidade. O aumento no tempo de permanência para além das 24 horas preconizadas pela legislação, devido à espera por transferência para leito hospitalar, acaba por distorcer sua finalidade, transformando-as, na prática, em unidades de internação de curta duração, o que está associado ao aumento da morbidade e dos custos (O'DWYER *et al.*, 2017; KONDER, *et al.*, 2019).

A Resolução CFM nº 2.079/14, que dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h, estabelece que o tempo máximo de permanência do paciente na UPA para elucidação diagnóstica e tratamento é de 24h, estando indicada internação, após esse período. É responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar, não devendo ser criadas barreiras de acesso aos mesmos (CFM, 2014). Para que a UPA seja bem-sucedida, enquanto parte componente da rede de urgência, é necessário que trabalhe de forma articulada aos demais pontos de atenção. Sua demanda reflete a necessidade de investimento e aprimoramento da atenção primária, na rede hospitalar e nos mecanismos de regulação do acesso às urgências em nível regional (BRASIL, 2015a; O'DWYER *et al.*, 2017).

4.2.3 Os Serviços de Urgência e Emergência no cenário internacional

A superlotação nos departamentos de emergência (DE) é um problema que gera uma preocupação significativa em todo o mundo, afetando os sistemas de saúde, inclusive de países desenvolvidos, como EUA, Reino Unido e Austrália. Estima-se que o uso inadequado dos DE varie entre 20% e 40% internacionalmente. Na Inglaterra, as estatísticas publicadas pelo NHS mostram que as demandas anuais aumentaram cerca de 28% entre 2004/2005 e 2015/2016. Nos Estados Unidos, dados do National Center for Health Statistics de 2011 mostram que o número de visitas ao departamento de emergência entre 1997 e 2007 teve um aumento de 23,1%, com os pobres e os idosos tendo o maior uso. Na Suíça, o número de visitas ambulatoriais em todos os DE aumentou 32% entre 2007 e 2011, e o número de consultas resultando em hospitalização aumentou 16%, em uma população que aumentou apenas 4,8% no mesmo período (YARMOHAMMADIAN,

2017; D'AVOLIO, 2013; CARRET, 2009; BÜTUN, 2018; DISERENS, 2015; CHAN, 2015; NHS, 2013).

A pressão causada por congestão e superlotação nos departamentos de emergência causa inúmeros problemas que repercutem na qualidade do atendimento, tais como aumento no tempo de espera para o atendimento, redução na capacidade de fornecer respostas oportunas às necessidades dos pacientes, atrasos no tratamento, aumento nas taxas de mortalidade, no tempo de internação, na taxa de readmissão hospitalar, na carga de trabalho e desgaste das equipes, além do aumento de custos (VAN DEN BERG, 2015; DISERENS, 2015; YARMOHAMMADIAN, 2017; LIPPI BRUNI, 2014; BÜTUN, 2018) .

A superlotação nos serviços hospitalares de urgência é consequência de um fenômeno muito complexo de processos que ocorrem em diferentes momentos, tanto antes quanto depois do atendimento: pacientes aguardando para serem atendidos, atrasos na avaliação ou tratamento de pacientes que já estão no serviço ou por dificuldade na dispensação dos pacientes. Portanto, diferentes soluções são propostas para aliviar o problema, dentre elas: a adoção do modelo conceitual de *input-throughput-output* (entrada-passagem-saída), da metodologia Lean (que visa melhorar a gestão racionalizando recursos, otimizando espaços e insumos), a instituição de zonas de acesso rápido, de unidades de observação da dor torácica e de unidades de decisão clínica, assim como aumento dos recursos, gerenciamento de demanda e pesquisas operacionais (LIPPI BRUNI, 2014; MORLEY, 2018; YARMOHAMMADIAN, 2017; BRASIL, 2019).

O uso dos departamentos de emergência para casos que não requerem cuidados imediatos e podem ser tratados em serviços de atenção primária é motivo de preocupação. Vários estudos demonstram como as barreiras do sistema e dificuldades de acesso à atenção primária aumentam a procura por atendimento nesses serviços. Leva também a um aumento acentuado nos custos da assistência médica, que, nos serviços de urgência são 1,5 a 1,7 vezes maiores do que os prestados em unidades de atenção primária (FISCHMAN, 2018; DISERENS, 2015).

Van den Berg *et al.* (2015) realizaram pesquisa, entre médicos de família e pacientes, em 34 países, e identificaram motivos variados para a procura por atendimento em serviços de urgência e emergência. A falta de médico generalista

disponível foi frequentemente mencionada, variando de 7,8% a 73,6%. Identificaram que uma relação médico-paciente mais contínua diminui a procura por SHU e que grupos de menor escolaridade utilizaram com mais frequência os serviços de emergência (VAN DEN BERG, 2015).

Léonard Diserens *et al.* (2015) investigaram e compararam os motivos que levaram os pacientes com condições não ameaçadoras de vida a se consultarem em um pronto-socorro hospitalar na Suíça, na primavera de 2000 e no verão de 2013. Identificaram que tanto as necessidades médicas não atendidas quanto o acesso precário à atenção primária aumentaram a procura por atendimento de emergência. A principal causa alegada foi a falta de conhecimento de locais alternativos para realização da consulta de urgência, seguido da dificuldade de conseguir uma consulta oportuna. As observações sugerem que o setor de emergência agora é usado, por uma grande proporção de pacientes, como uma fonte alternativa conveniente de cuidados primários, dada a facilidade em conseguir prontamente uma consulta não programada, com acesso a recursos diagnósticos imediatos (DISERENS, 2015).

D'Avolio *et al.*, (2013), identificaram que a falta de consultas oportunas de cuidados primários foi o principal motivo pelo qual idosos de um centro urbano da Itália procuraram atendimento não urgente no pronto -socorro (D'AVOLIO, 2013).

O'Keeffe *et al.* (2018), em uma análise longitudinal retrospectiva de dados, realizada entre 1º de abril de 2011 e 31 de março de 2014 em serviços de emergência de uma região inglesa, encontraram uma taxa global de atendimentos não urgentes de 15%, significativamente mais prováveis de ocorrer fora do horário comercial. Concluíram que os sistemas precisam ser configurados de forma que os pacientes recebam os cuidados de que necessitam sem acessar níveis de atendimento mais complexos do que o necessário, o que pode ter um efeito considerável de “descongestionamento” de Departamentos de Emergência (O'KEEFFE, 2018). O estudo de Bruni *et al.* (2014), a partir de dados coletados no ano de 2009 na região de Emilia-Romagna na Itália, mostrou que o aumento da acessibilidade à atenção primária atua como uma restrição ao uso inadequado dos serviços de emergência por pacientes menos graves, com redução estimada de 10 a 15% nas admissões inadequadas (LIPPI BRUNI, 2014).

Morley *et al.* (2018) realizaram uma revisão sistemática incluindo publicações entre janeiro de 2000 e junho de 2018, a fim de identificar as causas, consequências ou soluções para a superlotação em departamentos de emergência. Observaram desequilíbrio entre o grande número de estudos que investigam as consequências e soluções para a superlotação, cujas causas estão bem estabelecidas, e a escassez de estudos que visam identificar as suas causas. Dentre as causas identificaram aumento da demanda de pacientes com necessidades crônicas, incluindo idosos, o acesso limitado aos médicos generalistas e o bloqueio de acesso para pacientes que necessitam de internação. Há um consenso de que o problema e, portanto, as soluções para a superlotação nos DE estão fora deles, e que soluções destinadas à adoção de iniciativas envolvendo todo o sistema de saúde para atender às demandas do paciente em tempo oportuno, além da extensão do horário de funcionamento da atenção primária são promissoras (MORLEY, 2018).

Fischman *et al.* (2018) identificaram que, na cidade de Chicago, o uso de serviços de emergência para condições tratáveis de atenção primária está relacionado a um conjunto complexo de fatores socioeconômicos e de acesso à saúde. Os pacientes que moravam em áreas com grande acesso espacial às unidades de atendimento primário, assim como aqueles com renda mediana mais alta, eram menos propensos a ir ao pronto-socorro (FISCHMAN, 2018).

Uma revisão sistemática realizada por Bütün *et al.* (2018) de estudos publicados, entre 2003 e 2010, identificou como fatores que foram significativos para a escolha do serviço de emergência: o impacto psicológico dos pais; a insatisfação com os serviços de saúde primários; a qualidade esperada do atendimento prestado no serviço de emergência; a segurança no serviço de emergência; os problemas de acesso; as dificuldades em conseguir uma consulta ou a impossibilidade de esperar pela consulta agendada com o médico generalista; a impossibilidade de se ausentar do trabalho e a possibilidade de acesso rápido e fora do horário comercial (BÜTÜN, 2018).

Almeida *et al.* (2020) analisaram uma amostra de 117.391 visitas aos departamentos de emergência de dois hospitais em Portugal, no ano 2014, para avaliar o efeito que o modelo de organização da APS pode ter na utilização da emergência, comparando as Unidades de Saúde da Família – USF com unidades básicas de saúde tradicionais (Unidades de Saúde Personalizadas – USP).

Identificaram 40% de visitas aos serviços de emergência classificadas como inadequadas (triagem 'verde' ou 'azul'). Seus resultados mostraram que o modelo de organização da atenção primária exerce uma influência significativa no uso dos serviços de emergência: as USF têm um efeito positivo significativo na redução da taxa de utilização e atendimento inadequado dos serviços de emergência, com redução da superlotação. As USF melhoram a acessibilidade aos cuidados de saúde e melhoram a continuidade dos cuidados. Pacientes com um médico de família fazem uso mais adequado dos serviços de emergência e se apresentam com condições clínicas de menor gravidade, pois têm suas patologias mais controladas. Concluiu também que os programas de pagamento por desempenho na atenção primária tendem a melhorar a qualidade do atendimento. Os pesquisadores alertam para a importância de se investir em unidades de atenção primária que efetivamente possam reduzir o número de episódios de atendimento de emergência (ALMEIDA, 2020).

Carret *et al.* (2009), por meio de uma revisão sistemática em artigos publicados nos últimos 12 anos, identificaram que a prevalência de uso inadequado dos DE variou entre 20 e 40% em países com diferentes sistemas de saúde. Identificaram que problemas no acesso à atenção primária à saúde são fatores que levam ao uso inadequado do DE, tais como dificuldade de agendamento, maior tempo de espera para consultar, qualidade do acolhimento e eficiência da triagem, assim como localização e horário reduzido de funcionamento. Concluíram que o serviço de atenção primária deve, portanto, ser fácil e rapidamente acessível. O estudo salienta, além da necessidade de assegurar acesso a médicos em outros níveis de atenção, a importância do esclarecimento da população acerca das situações em que devem procurar o serviço de emergência (CARRET, 2009).

Estudos diversos demonstram os efeitos benéficos de uma atenção primária bem estruturada sobre o sistema de saúde como um todo: têm melhor continuidade e coordenação dos cuidados, são mais capazes de controlar o fluxo de pacientes, de prevenir o surgimento de doenças, de controlar distúrbios agudos e gerenciar doenças crônicas, evitando complicações. Um acesso facilitado aos cuidados primários pode ser um importante fator na prevenção do uso de serviços de emergência (VAN DEN BERG, 2015).

Em uma revisão sobre a organização dos serviços de atendimento de urgência e emergência na Inglaterra relatada em 2013, o NHS destaca como mudanças-chave

necessárias para ajudar a garantir que as pessoas possam ter acesso rápido a cuidados urgentes de alta qualidade em um ambiente apropriado: fornecer um melhor suporte ao autocuidado; ajudar as pessoas com necessidades de cuidados urgentes a obter o atendimento certo no lugar certo logo na primeira vez; fornecer serviços de atendimento urgente altamente responsivos fora do hospital, para que as pessoas não optem mais por fazer fila nos departamentos de emergência; garantir que as pessoas com atendimento de emergência grave ou com risco de vida recebam tratamento em serviços com adequados recursos e capacidade para estes atendimentos, e conectar todos os serviços de atendimento de urgência e emergência, para que o sistema geral se torne mais do que apenas a soma de suas partes (NHS, 2013).

Chan *et al.* (2015), após uma revisão sistemática da literatura, sugere como solução para gerenciar o bloqueio de acesso, além do aumento da capacidade de leitos e da força de trabalho nos hospitais, a co-localização dos cuidados primários no setor de emergência, como uma solução viável na maioria dos casos (CHAN, 2015).

4.3 Avaliação de serviços de saúde no SUS

A avaliação na área de saúde ganhou prestígio a partir dos anos 1970, momento em que ocorria uma diminuição do crescimento econômico e do papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde e o controle dos custos do sistema de saúde se fazia cada vez mais necessário. Nesse contexto altamente complexo surge a necessidade de se obter informações sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997) “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Na América Latina, o planejamento na Saúde Pública foi difundido a partir do final dos anos 1970, sob influência do pensamento do sanitarista argentino Mário Testa e do economista chileno Carlos Matus, que configuraram o enfoque estratégico de planejamento em contextos de conflitos ou colaborações entre agentes. No final dos anos 1980, a influência do pensamento de Donabedian permitiu articulações da Avaliação com os referenciais hegemônicos do Planejamento e Gestão, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira da época (FLÔRES *et al.*, 2018). Para ele, a definição

de qualidade deve ser construída em cada avaliação, por meio de seus sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (NOVAES, 2000).

A partir da declaração de Alma Ata em 1978, a OMS passou a incluir a avaliação como importante componente do processo de gestão de saúde, com vistas à “Saúde para todos no ano 2000”, estimulando a utilização de práticas avaliativas. No âmbito das políticas públicas no Brasil, a avaliação vem consolidando-se nas áreas da saúde, educação e bem-estar social. Os processos de avaliação no âmbito do SUS, além de mensurar o impacto das ações já implementadas, tem como principal objetivo identificar problemas, a fim de subsidiar os processos decisórios e reorientar ações e serviços, (BRASIL, 2005; OLIVEIRA; REIS, 2016; FLÔRES *et al.*, 2018) .

O Ministério da Saúde (MS) tem como uma de suas principais diretrizes executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Também procura conferir maior transparência aos investimentos e a ampliar a eficácia das ações de saúde (BRASIL, 2014b; AKERMAN, 2015).

A qualidade na atenção em saúde pode ser mais bem compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado nas dimensões da segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, eficiência e equidade (BRASIL, 2017a).

Nesse processo, foi criado, em 2005, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (DEMAS), com o objetivo de avaliar o SUS quanto ao cumprimento de seus princípios da universalidade do acesso, integralidade da atenção, igualdade e equidade, e diretrizes de regionalização, hierarquização e responsabilidade tripartite. Em 2011, foi sancionado o Decreto 7.530/11, que estabeleceu em seu Art. 10 que compete ao DEMAS a coordenação da formulação e execução da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS e, em 24 de julho de 2013, foi publicada a Portaria nº 1.517, que institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a; REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012; OLIVEIRA; REIS, 2016).

O projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), lançado em 2005 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, foi uma das primeiras iniciativas de institucionalização da cultura avaliativa da APS no SUS como estratégia indutora de qualidade em saúde (AKERMAN, 2015).

O AMQ, entretanto, dirigia-se apenas aos serviços organizados, segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que deixava muitos serviços de AB fora do processo avaliativo. No Estado de São Paulo, onde os modelos de serviços de AB eram mais diversificados, foi desenvolvido e validado, em 2007, o Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), dirigido a todos os serviços de AB, independentemente de seu modelo organizacional, conferindo maior abrangência do conjunto da rede de AB instalada. Em 2010, o Ministério da Saúde traduziu e utilizou o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool), para suprir a falta de instrumentos validados que avaliassem as interações entre os usuários e os profissionais dos serviços de APS organizados sob diferentes modelos (AKERMAN, 2015).

A partir da revisão da AMQ desses instrumentos avaliativos, juntamente com as contribuições de consultores externos, foi desenvolvido o instrumento denominado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), destinado a todos os serviços de APS, o que impulsionou no país o comprometimento em desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços (AKERMAN, 2015).

Os fundamentos legais do Sistema Único de Saúde definem, dentre as atribuições dos entes federados, o planejamento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde, que buscam melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade, por meio da garantia dos princípios e das diretrizes do SUS. A Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, se estabeleceu como ação a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários. Fazem parte do Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), lançado em 2011, e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), lançado em 2015 (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

4.3.1 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e lançado pelo Ministério da Saúde, como parte do conjunto de ações e programas que

conformam a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), integra a estratégia “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade”, iniciativa que procura induzir um conjunto de ações de avaliação e acompanhamento, que visem à melhoria da capacidade dos gestores e das equipes de atenção básica em ofertarem serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (AKERMAN, 2015; BRASIL, 2014b; 2015d).

É considerado a principal iniciativa institucional de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Tem como foco a indução da ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, assim como a instituição de uma cultura de avaliação voltada para a produção de mudanças nas práticas dos serviços⁴⁷. Propõe também mudanças na forma de financiamento federal da Atenção Básica, por meio do incremento de recursos associados ao alcance de resultados contratualizados com equipes e municípios, tendo como base padrões de acesso e qualidade (AKERMAN, 2015).

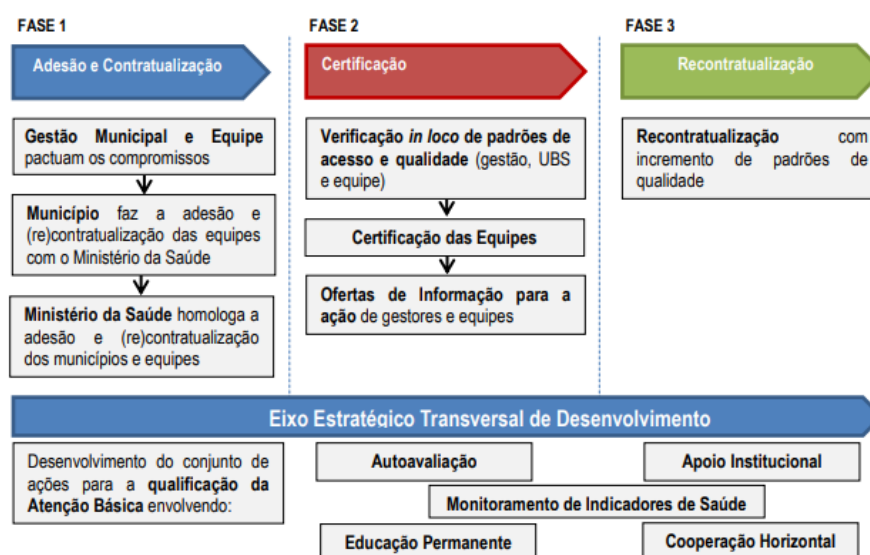
O desenho da certificação das equipes contou com a participação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), além do apoio de 45 instituições de ensino e pesquisa brasileiras (AKERMAN, 2015).

O PMAQ tem como principal objetivo a indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com padrão comparável. Permite analisar diversas características da oferta, infraestrutura, prestação e organização das ações nos serviços de Atenção Básica e equipes de Saúde da Família, além de sua articulação com a rede assistencial. Visa promover cultura de avaliação e gestão, fornecer padrões de boas práticas e organização, e induzir a melhoria da qualidade na AB (GIOVANELLA, 2014; BRASIL, 2014b).

As diretrizes que norteiam a organização e desenvolvimento do PMAQ são: possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica; promover um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade; ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados; envolver gestores, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; desenvolver cultura de gerenciamento dos recursos; estimular mudanças efetivas em função das necessidades e da satisfação dos usuários e ter caráter voluntário para a adesão (BRASIL, 2014b).

O PMAQ está organizado em três fases, representadas na Figura 8. A primeira consiste na etapa formal de adesão e contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB), Equipes de Saúde Bucal (ESB), gestores municipais e Ministério da Saúde. A segunda fase consiste na etapa de avaliação externa e certificação, composta pela verificação de evidências de padrões pré-definidos, avaliação de desempenho de indicadores e pela autoavaliação. A avaliação externa é realizada por Instituições de Ensino e Pesquisa. As equipes são classificadas, de acordo com seu desempenho, em: ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. A terceira fase consiste na recontratualização, que conduz as equipes a processos de repactuação, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático. O eixo estratégico transversal é organizado em cinco dimensões temáticas: Autoavaliação; Monitoramento dos indicadores; Educação Permanente; Apoio Institucional e Cooperação Horizontal (BRASIL, 2017c).

Figura 8 – Fases do PMAQ – 3º Ciclo



Fonte: PMAQ-AB

A avaliação externa consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes e da gestão da atenção básica. Possibilita reforçar práticas que contribuam para a melhoria permanente da atenção; fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS, que qualifiquem as condições e relações de trabalho, subsidiar a recontratualização das equipes de forma

singularizada, considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação do SUS; conhecer as realidades da atenção básica no Brasil, contribuindo para planejamento de ações de melhoria em todos os níveis; além de elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2017c).

No terceiro ciclo, o instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica está organizado em três módulos: dois módulos para saúde bucal e um módulo para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), composto por 903 questões relacionadas aos padrões de qualidade. O módulo I consiste na observação na Unidade Básica de Saúde, quando se avaliam as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos. O módulo II consiste na realização de entrevistas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos para avaliar o processo de trabalho e organização do serviço e do cuidado. No módulo III são realizadas entrevistas com usuários a fim de verificar sua satisfação e percepção no que se refere ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. No módulo V, é feita observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal, visando avaliar as condições da atenção odontológica. Por sua vez, o módulo VI consta da realização de entrevistas com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos (BRASIL, 2014b; 2017c).

Os padrões de acesso e qualidade para o terceiro ciclo do PMAQ são classificados como: essenciais, estratégicos, gerais e obrigatórios. Padrões essenciais são aqueles que apresentam elevados percentuais de cumprimento pelas equipes e/ou estão relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade na Atenção Básica. Caso a equipe contratualizada não alcance todos os padrões essenciais de qualidade, ela é automaticamente certificada com desempenho ruim. Padrões Estratégicos são aqueles considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica. Para que a equipe seja classificada com o desempenho ótimo deverá, além de obter uma nota mínima, alcançar percentual de padrões considerados estratégicos. Padrões Gerais são os demais que compõem a matriz de pontuação para a certificação das equipes. Padrões obrigatórios são aqueles que condicionam a permanência da equipe no Programa: alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) nos

meses indicados pelo Programa e presença de cadeira odontológica para equipe de atenção básica com saúde bucal (BRASIL, 2017c).

O terceiro ciclo do PMAQ (2016/2018) avaliou 42.975 equipes de atenção básica, sendo 15.177 de Atenção Básica (AB), 23.688 de Atenção Básica com Saúde Bucal e 4.110 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). A Portaria Nº 874, de 10 de maio de 2019 definiu os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2019b).

As equipes são certificadas, a partir do desempenho alcançado na avaliação externa (que representa 60% da nota final), nos processos auto-avaliativos (10% da nota final) e na avaliação dos indicadores de saúde contratualizados (30% da nota final) (BRASIL, 2017c).

4.3.2 O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) é originário do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), cujo escopo foi ampliado em 2015 para a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2015b).

Tal programa foi reformulado pela Portaria nº 28, de 8 de janeiro de 2015, com o objetivo de avaliar os estabelecimentos de atenção especializada em saúde contemplados com recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde. Visa conhecer o perfil desses estabelecimentos, sua inserção como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, a produção do cuidado, o gerenciamento de risco, e a satisfação dos usuários. Procura, assim, incentivar a cultura avaliativa no processo de trabalho e se consolidar como instrumento de gestão e ferramenta de regulação do SUS (BRASIL, 2015b; 2015c).

A partir dos estabelecimentos nos quais o Ministério da Saúde efetuou um aporte significativo de recursos financeiros, foi selecionada uma amostra dentre aqueles habilitados/qualificados na Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, como serviço de Terapia Renal Substitutiva, Centro Especializados de Reabilitação, em Oncologia e estabelecimentos hospitalares de natureza jurídica pública (federais,

estaduais ou municipais) (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). O PNASS não contemplou os Hospitais de Pequeno Porte, a menos que possuam algum tipo de habilitação elencadas, para os quais foi utilizado outro tipo de instrumento avaliativo. Foram avaliados 2.589 estabelecimentos de saúde, dentre eles, 295 UPAs (BRASIL, 2015b).

O PNASS é composto por três instrumentos avaliativos: o roteiro de itens de verificação, o questionário dirigido aos usuários e o conjunto de indicadores. Até o momento, foram divulgados os resultados do primeiro instrumento avaliativo: do roteiro de itens de verificação, que avalia basicamente os vários elementos da gestão (BRASIL, 2015b).

O roteiro é composto por cinco blocos: Gestão Organizacional, Apoio Técnico e Logístico para produção do cuidado, Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado, Serviços/Unidades específicas e Assistência Oncológica. Os últimos, por sua vez, se subdividem em trinta critérios, que correspondem a um conjunto de variáveis qualitativas. Para cada critério foram elaborados seis “Itens de Verificação” que têm a finalidade de sinalizar risco ou qualidade para o conjunto de critérios e que correspondem a perguntas cujas respostas são binárias (Sim ou Não). São classificados como **Indispensáveis**, **Necessários** ou **Recomendados**. O Roteiro conta, então, com 180 Itens de Verificação ou perguntas (BRASIL, 2015b).

A aplicação desses Critérios depende do tipo do estabelecimento avaliado, havendo a possibilidade de um ou mais critérios não serem aplicáveis a determinado estabelecimento, tendo em vista sua característica da prestação de serviços. Para as Unidades de Pronto Atendimento, foram considerados os critérios de 1 a 8, 10 a 15 e 17, sinalizados na Figura 9 (BRASIL, 2015b).

Figura 9 – Itens de verificação do PNASS

1 – ROTEIRO DE ITENS DE VERIFICAÇÃO	
BLOCOS	CRITÉRIOS
I GESTÃO ORGANIZACIONAL	1. Gestão de contratos
	2. Planejamento e organização
	3. Gestão da informação
	4. Gestão de pessoas
	5. Modelo organizacional
II APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO PARA A PRODUÇÃO DE CUIDADO	6. Gerenciamento de risco e segurança do paciente
	7. Gestão da infraestrutura e ambiência
	8. Gestão de equipamentos e materiais
	9. Alimentação e nutrição (Serviço/Unidade)
	10. Assistência farmacêutica
	11. Processamento de roupas e materiais
	12. Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento
III GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E DO CUIDADO	13. Integração nas Redes Atenção à Saúde (RAS)
	14. Protocolos administrativos e clínicos
	15. Gestão do cuidado
IV SERVIÇOS/ UNIDADES ESPECÍFICAS	16. Acesso à estrutura assistencial
	17. Atenção imediata – urgência e emergência
	18. Atenção em regime ambulatorial especializado
	19. Atenção em regime de internação
	20. Atenção em regime de terapia intensiva
	21. Atenção cirúrgica e anestésica
	22. Atenção materna e infantil
	23. Atenção em Terapia Renal Substitutiva
	24. Atenção em Hemoterapia
	25. Atenção em serviços de reabilitação
V ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA	26. Obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades
	27. Atenção Radioterápica
	28. Atenção em Oncologia Clínica
	29. Atenção Hematológica
	30. Atenção Oncológica Pediátrica

Fonte: *Print screen* de quadro extraído do PNASS (BRASIL, 2015b)

A aplicação desses Critérios depende do tipo do estabelecimento avaliado, havendo a possibilidade de um ou mais critérios não serem aplicáveis a determinado estabelecimento, tendo em vista sua característica da prestação de serviços. Para as Unidades de Pronto Atendimento, foram considerados os critérios de 1 a 8, 10 a 15 e 17, sinalizados na Figura 9 (BRASIL, 2015b).

O critério 17 relaciona-se às questões específicas sobre a “atenção imediata – urgência e emergência”, avaliando se a unidade possui: infraestrutura; equipamentos em condições de uso; insumos e medicamentos destinados ao atendimento imediato; se conta com acesso a serviços de apoio diagnóstico, análises clínicas mínimas, radiologia simples e eletrocardiógrafo; se a equipe utiliza protocolos de urgência e emergência na prática diária; se existe a equipe técnica de atuação e ela conta

minimamente com médico, enfermeiro e técnicos de Enfermagem em tempo integral; se existe articulação com a Atenção Básica de Saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde no seu território de atuação; e se existe iniciativa de gestão clínica na unidade de emergência (BRASIL, 2015b).

5 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo exploratório de dados secundários com abordagem quantitativa, a partir dos bancos de dados do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS 2015/2016 para avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), terceiro ciclo, para avaliação da APS. O universo da análise foi composto por Macrorregiões de Saúde, no qual foi possível avaliar ambos os componentes pré-hospitalares da RUE, no total de 74, dentre as 117 existentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A primeira etapa teve como foco a seleção e avaliação das UPAs. Foi construída uma tipologia da qualidade das UPAs, que incluiu os itens de todos os critérios avaliados no PNASS (Quadro 2 – anexo) atribuindo pesos segundo a classificação de cada um: àqueles considerados **indispensáveis** foram atribuídos três pontos, aos **necessários** dois pontos e aos **recomendados** um ponto. Aos itens do critério 17 – **Atenção Imediata – urgência e emergência**, foram atribuídos pesos dobrados, por serem aqueles específicos de avaliação da UPA. Das 295 UPAs avaliadas pelo PNASS, 15 foram excluídas, por não terem respondido a todos os critérios determinados na metodologia do PNASS para tal tipo de estabelecimento. Foram desconsiderados do estudo critérios eventualmente avaliados, para além daqueles indicados para avaliação de UPAs. Foram realizadas análises descritivas de cada critério, calculadas as medidas de dispersão e tendência, e calculada a nota média da qualidade do conjunto de UPAs de cada Macrorregião de Saúde.

Na segunda etapa, procedeu-se à avaliação da APS. Foi criada uma tipologia da qualidade do acolhimento às urgências e emergências, a partir de itens selecionados do instrumento de avaliação externa Módulo I – ESTRUTURA (que se referem à avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde), e Módulo II – EQUIPE (que se referem às informações sobre processo de trabalho da equipe e organização do cuidado e verificação de documentos que apoiam a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade) (BRASIL, 2017d).

A seleção das variáveis foi baseada em princípios relativos ao acolhimento às urgências e emergências, tendo como referência o manual do Ministério da Saúde “Acolhimento à Demanda Espontânea”, publicado em 2013 nos Cadernos de Atenção

Básica (BRASIL, 2013c). A opção de utilizar os dados do terceiro ciclo do PMAQ decorreu do fato do instrumento de avaliação externa no ciclo estar substancialmente mais completo do que no ciclo anterior no que se refere aos itens relativos ao objeto do estudo. Deve ser salientado que, à exceção do medicamento fenoterol, todos os aspectos listados no instrumento foram passíveis de serem avaliados, por constarem do instrumento organizado no âmbito do PMAQ, permitindo uma visão do que ocorre na referida dimensão do atendimento pré-hospitalar da rede de urgência e emergência.

As variáveis selecionadas do Módulo I – ESTRUTURA foram aquelas relativas à: **Acesso e Acessibilidade** (itens 1.4.4, 1.4.5.1 a 1.4.5.7), **Características Estruturais e Ambiência** (itens 1.6.1.1, 1.6.3.1 a 1.6.3.9, 1.6.3.23), **Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde** (itens 1.7.9, 1.7.9.2, 1.7.10), **Equipamentos e Materiais** (itens 1.8.2, 1.8.4 a 1.8.9, 1.8.11 a 1.8.17, 1.8.23 a 1.8.30), **Insumos para Atenção à Saúde** (itens 1.12.6, 1.12.11, 1.12.20), **Insumos para Atendimento de Urgência e Emergência** (itens 1.14.0, 1.14.0.1, 1.14.1 a 1.14.57), constantes no Quadro 3, anexo. Foram agrupadas e pontuadas de acordo com as dimensões Funcionamento (de segunda a sexta feira ou a domingo = 1, três a quatro dias na semana = 0,5 e ≤ três dias = 0), Estrutura (consultório clínico com computador conectado à internet = 1, consultório clínico com computador sem internet = 0,5 e consultório clínico com sanitário anexo = 0,5. A presença de três ou mais salas de atendimento específicas = 1, de uma a duas salas = 0,5 e nenhuma = 0) e Insumos, nas subdimensões Equipamentos, Materiais, Medicamentos e Equipamentos de Proteção Individual (quando presentes, cada um foi pontuado com a nota 1 e, se ausentes com a nota 0).

As variáveis selecionadas do Módulo II – EQUIPE foram: **Acolhimento à Demanda Espontânea** (itens II.10.1, II.10.2.1 a II.10.2.3, II.10.3.1 a II.10.3.7, II.10.4.3, II.10.5.1 a II.10.5.3, II.10.6 a II.10.10), **Oferta de Serviços** (II.11.1, II.11.2.1, II.11.2.2 e II.11.2.4, II.11.3.1 a II.11.3.9) e **Relação com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde** (II.12.6.4, II.12.7), e estão discriminados no Quadro 4, anexo. Foram agrupadas e pontuadas de acordo com as dimensões Acolhimento (no turno Manhã e da Tarde ou mais = 1 e em apenas um turno = 0. O acolhimento de segunda a sexta-feira ou mais = 1, três a quatro vezes na semana = 0,5 e menos que três vezes = 0), Exames (todos = 1, um a dois = 0,5 e nenhum = 0), Procedimentos (mais de cinco = 1, três a quatro = 0,5 e menos de três = 0) e Articulação com a Rede. A todos os

demais itens foi atribuída a nota 1 (um) quando a resposta foi SIM e nota 0 (zero) quando a resposta foi NÃO ou 988 (“não se aplica”).

Foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis incluídas no estudo, calculadas as notas médias da qualidade da ESTRUTURA e da EQUIPE e, a partir delas, calculado o índice da qualidade do acolhimento no conjunto da APS de cada Macrorregião de Saúde. Foram excluídas do estudo as unidades e equipes que, apesar de constarem no banco de dados do PMAQ, não responderam a nenhum item selecionado (código 9997).

Na terceira etapa do estudo, foi realizada uma análise de *cluster*, a partir da nota geral média da qualidade da UPA e APS de cada Macrorregião de Saúde. Por não se tratar de uma distribuição normal, utilizou-se o método hierárquico aglomerativo, considerando a função de ligação de Ward, que separa os grupos de acordo com grande homogeneidade dos elementos internamente, mas alta heterogeneidade entre eles. Os dados foram padronizados quanto à escala e foi utilizada a distância euclidiana, para se determinar o quanto cada macrorregião se assemelha à outra. Foram comparados os indicadores por *cluster*, utilizando o teste não-paramétrico de Kurskall-Wallis e, em seguida, comparações múltiplas por meio do Teste de Nemenyí (AGRESTI; KATERI, 2013; HAIR et al., 2009; HOLLANDER; WOLFE, 1999).

Na quarta etapa, foi feito um estudo do comportamento de variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais de cada *cluster*, constantes no Quadro 5 (anexo) e, então, utilizando-se a Correlação de Spearman, verificada a correlação entre essas variáveis e a qualidade dos componentes da RUE estudados. No citado teste estatístico, quando o coeficiente (r) gera um valor positivo significa que o valor do indicador aumenta à medida em que o valor da variável aumenta; quando o valor gerado é negativo, existe uma relação inversa: quando o valor do indicador aumenta, o valor da variável estudada diminui. Para as aplicações das análises estatísticas foi utilizado o Programa R versão 4.0.3 (AGRESTI; KATERI, 2013; HOLLANDER; WOLFE, 1999).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (em 30/05/12, registro nº 28804).

6 RESULTADOS

ARTIGO

QUALIDADE DOS COMPONENTES PRÉ HOSPITALARES FIXOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS

Silvia Catarina Quick Doll

Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Elis Mina Seraya Borde

Cesar Macieira

Alaneir de Fátima dos Santos

Resumo

Introdução: A gestão e organização de sistemas de saúde unificados e integrados enfrentam inúmeros desafios. Como estratégia para melhoria da qualidade e acesso, o Ministério da Saúde adotou a implantação de Redes de Atenção à Saúde, dentre elas a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Tem como componentes pré-hospitalares a Atenção Primária à Saúde (APS) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Tais unidades, entretanto, sofrem com congestão e superlotação por absorverem parte dos atendimentos que deveriam ser solucionados nos demais pontos de atenção. Para identificar fragilidades e propor melhorias dos serviços de saúde é fundamental a realização de programas avaliativos. Fazem parte do Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS: o PMAQ-AB e o PNASS. **Objetivos:** Avaliar a qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da rede de urgência e emergência em Macrorregiões de Saúde brasileiras. **Metodologia:** foi realizado estudo transversal retrospectivo exploratório de dados secundários do PNASS e PMAQ-AB, com abordagem quantitativa; construídas as tipologias da qualidade das UPAs e do acolhimento na APS; calculadas as notas médias da qualidade em cada Macrorregião de Saúde; realizada análise de *clusters* pela ligação de Ward; comparados os indicadores por *cluster*, por meio dos testes de Kurskall-Wallis e Nemenyí e verificadas as características sócio-demográficas-assistenciais. Para as análises estatísticas, foi utilizado o Programa R versão 4.0.3. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (em 30/05/12, registro nº 28804). **Resultados:** Fizeram parte do estudo 280 UPAs, 21.182 UBS e 27.335 equipes, localizadas em 74 Macrorregiões de Saúde. O indicador geral da qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE apresentou média geral de 0,687. A nota média da qualidade da UPA (0,61) foi positivamente influenciada pelos indicadores da **Assistência Farmacêutica** (0,824) e **Atenção Imediata à Urgência e Emergência** (0,790) e teve os piores resultados nos de **Gestão de Contratos** (0,480), **Planejamento e Organização** (0,493) e **Modelo Organizacional** (0,493). A nota média da qualidade da APS foi de 0,783, e as dimensões **Articulação com a Rede** (0,953), **Acolhimento** (0,939) e **Procedimentos** (0,939) foram as mais bem

avaliadas. Já **Exames** (0,492) e **Medicamentos** (0,602) apresentaram baixa nota. As Macrorregiões de Saúde foram alocadas em três *clusters*. O *Cluster* 3 (0,81), obteve nota média bem superior ao *Clusters* 1 (0,64) e 2 (0,63). A qualidade dos componentes da RUE se mostrou mais baixa no *cluster* 2, que apresenta maior vulnerabilidade social. A correlação de Sperman também indicou uma relação inversa entre a qualidade dos indicadores e as condições sócio-demográficas-assistenciais.

INTRODUÇÃO

O SUS tem, dentre suas principais diretrizes, a universalidade, integralidade, igualdade da assistência à saúde e a descentralização. Entretanto, a grande dimensão territorial e heterogeneidade regional das condições socioeconômicas tornam sua organização e gestão extremamente complexas (BRASIL, 2010; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para enfrentar a fragmentação da atenção à saúde, em 2010 o Ministério da Saúde adotou como recurso, no âmbito do SUS, a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando ampliar o acesso a serviços de saúde de maior qualidade e resolutividade, além de otimizar recursos, racionalizar gastos, e reduzir as desigualdades. Para alcançar tais metas, foram implantadas Redes Temáticas, dentre elas a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), instituída pela Portaria MS/GM 1.600/2011 (BRASIL, 2010; 2013b).

A RUE é composta por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas, cada um com funções específicas e complementares igualmente importantes. O componente pré-hospitalar fixo da RUE é formado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (BRASIL, 2013b).

A APS tem papel estratégico na ampliação do acesso, acolhimento à demanda espontânea e no primeiro atendimento às urgências de menor gravidade, com encaminhamento a outros pontos de atenção quando necessário. Para tanto, necessita de condições adequadas para prestar esse tipo de assistência, e a forma como está estruturada tende a refletir nos demais pontos da rede (BRASIL, 2013b).

As UPAs, principais componentes pré-hospitalar fixos da RUE, são estruturas de complexidade intermediária, entre as unidades básicas de saúde, a quem dão retaguarda, e a rede hospitalar, contribuindo para a diminuição de sua sobrecarga. Sua criação representou um grande avanço para a atenção às urgências, entretanto, enfrenta grandes desafios, principalmente decorrentes de problemas nos demais

pontos da rede, como a insuficiência de leitos hospitalares de retaguarda e a baixa resolutividade da APS para casos agudos de menor gravidade (BRASIL, 2013b; 2015a; O'DWYER *et al.*, 2017).

O problema da congestão e superlotação nos departamentos de emergência (DE) afeta os sistemas de saúde de todo o mundo e é motivo de preocupação significativa inclusive em países desenvolvidos devido às consequências negativas sobre a qualidade do cuidado, além do aumento de custos (CARRET, 2009; YARMOHAMMADIAN, 2017; NHS, 2013).

O uso excessivo dos DE para casos que não requerem cuidados imediatos muitas vezes pode ser explicado por questões de dificuldade de acesso e resolutividade em outras partes do sistema de saúde. Refletem, em certa medida, as necessidades de saúde não atendidas pela atenção primária. (VAN DEN BERG, 2015; FISCHMAN, 2018).

A necessidade de uma Rede de Atenção às Urgências e Emergências bem estruturada, com adequado funcionamento de todos os seus componentes, com destaque para a importância da APS nesse contexto, ficou ainda mais evidente diante da Pandemia da Covid-19 (MEDINA, 2020).

Para identificação das principais fragilidades e necessidades de intervenção, faz-se necessário avaliar o processo assistencial nos diversos componentes da rede que, apesar de distintos, são interdependentes e reagem ao que acontece nos demais. Explorando dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), que fazem parte do Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS, este trabalho pretende avaliar a qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE, em Macrorregiões de Saúde brasileiras, provendo análises e discussões que possam contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria do funcionamento e qualidade assistencial na RUE. (REIS, 2012; BRASIL, 2015b; 2017c).

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo exploratório de dados secundários, com abordagem quantitativa, a partir dos bancos de dados do Programa

Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS 2015/2016, para avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), terceiro ciclo, para avaliação da APS. O universo da análise foi composto por Macrorregiões de Saúde, no qual foi possível avaliar ambos os componentes pré-hospitalares da RUE, no total de 74 dentre as 117 existentes.

A primeira etapa teve como foco a seleção e avaliação das UPAs. Foi construída uma tipologia da qualidade das UPAs, que incluiu os itens de todos os critérios avaliados no PNASS, atribuindo pesos, segundo a classificação de cada um: àqueles considerados **indispensáveis** foram atribuídos 3 pontos, aos **necessários** 2 pontos e aos **recomendados** 1 ponto. Aos itens do critério 17 – **Atenção Imediata – urgência e emergência**, foram atribuídos pesos dobrados, por serem aqueles específicos de avaliação da UPA. Em síntese, os critérios avaliados pelo PNASS englobam aspectos relativos: à gestão organizacional, aos serviços essenciais de apoio técnico e logístico para a produção do cuidado, à gestão da atenção à saúde e aos serviços específicos de atenção imediata à urgência e emergência (BRASIL, 2015b).

Das 295 UPAs avaliadas pelo PNASS, 15 foram excluídas, por não terem respondido a todos os critérios determinados na metodologia do PNASS para tal tipo de estabelecimento. Foram realizadas análises descritivas de cada critério, calculadas as medidas de dispersão e tendência, e calculada a nota média da qualidade do conjunto de UPAs de cada Macrorregião de Saúde.

Na segunda etapa procedeu-se à avaliação da APS. Foi criada uma tipologia da qualidade do acolhimento, a partir de itens selecionados do instrumento de avaliação externa Módulo I – ESTRUTURA (que se referem à avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde), e Módulo II – EQUIPE (que se referem às informações sobre processo de trabalho da equipe e organização do cuidado e verificação de documentos que apoiam a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade) (BRASIL, 2017d). A seleção das variáveis foi baseada em princípios relativos ao acolhimento, tendo como referência o manual do Ministério da Saúde “Acolhimento à Demanda Espontânea”, publicado em 2013 nos Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2013c). A opção de utilizar os dados do terceiro ciclo do PMAQ decorreu do fato do instrumento de avaliação externa neste ciclo estar substancialmente mais completo do que no ciclo anterior, no que se refere

aos itens relativos ao objeto do estudo. Deve ser salientado que, à exceção do medicamento fenoterol, todos os aspectos listados no instrumento foram passíveis de serem avaliados, por constarem em instrumento organizado no âmbito do PMAQ, permitindo uma visão do que ocorre na dimensão do atendimento pré-hospitalar da rede de urgência e emergência.

As variáveis selecionadas do Módulo I – ESTRUTURA foram aquelas relativas à: **Acesso e Acessibilidade, Características Estruturais e Ambiência, Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde, Equipamentos e Materiais, Insumos para Atenção à Saúde, Insumos para Atendimento de Urgência e Emergência.** As variáveis selecionadas do Módulo II – EQUIPE foram: **Acolhimento à Demanda Espontânea, Oferta de Serviços e Relação com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde.**

Foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis incluídas no estudo, calculadas as notas médias da qualidade da Estrutura e da Equipe e, a partir delas, calculado o índice da qualidade do acolhimento no conjunto da APS de cada Macrorregião de Saúde. Foram selecionadas para estudo 21.182 de 22.1257 unidades básicas de saúde e 27.335 de 28.744 equipes de saúde da família (4,82% das UBA e 4,83% das ESF foram excluídas pois, apesar de constarem no banco de dados do PMAQ, não responderam a nenhum item selecionado - código 9997).

Na terceira etapa do estudo, foi realizada uma análise de *cluster* a partir da nota geral média da qualidade da UPA e APS de cada Macrorregião de Saúde. Por não se tratar de uma distribuição normal, utilizou-se o método hierárquico aglomerativo, considerando a função de ligação de Ward, que separa os grupos de acordo com grande homogeneidade dos elementos internamente, mas alta heterogeneidade entre eles. Os dados foram padronizados quanto à escala e foi utilizada a distância euclidiana, para se determinar o quanto cada macrorregião se assemelha à outra. Foram comparados os indicadores por *cluster*, utilizando o teste não-paramétrico de Kurskall-Wallis e, em seguida, comparações múltiplas através do Teste de Nemenyí (AGRESTI; KATERI, 2013; HAIR et al., 2009; HOLLANDER; WOLFE, 1999).

Na quarta etapa, foi feito um estudo do comportamento de variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais em cada *cluster* e, utilizando-se a Correlação de Spearman, verificada a correlação entre essas variáveis e a qualidade dos componentes da RUE estudados. Para as aplicações das análises estatísticas foi

utilizado o Programa R versão 4.0.3 (AGRESTI; KATERI, 2013; HOLLANDER; WOLFE, 1999).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (em 30/05/12, registro nº 28804).

RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 280 UPAs, 21.182 UBS e 27.335 equipes, localizadas em 74 Macrorregiões de Saúde (MS) das 117 existentes, sendo 25 (34%) delas no Sudeste, 21 (28%) no Nordeste, 13 (18%) no Sul 9 (12%) no Centro-Oeste e 6 (8%) no Norte.

Observa-se, na tabela 1, que o Índice Geral de Qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE, representados como “UPA + APS”, apresentou média geral de 0,687 (0,552-0,942). O indicador da qualidade da UPA obteve nota média de 0,612 enquanto o da APS se mostrou superior: 0,783.

Ainda na tabela 1, observa-se que a nota geral da qualidade da UPA foi positivamente influenciada pelas notas dos indicadores da **Assistência Farmacêutica** (0,824), da **Atenção Imediata à Urgência e Emergência** (0,790), da *Gestão de Infraestrutura e Ambiência* (0,748) e da *Gestão de Equipe e Materiais* (0,756). No item específico da atenção imediata à urgência e emergência se verificou que 96% das UPAs contam com equipe técnica exclusiva em tempo integral, composta minimamente por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Os serviços de apoio diagnóstico essenciais (RX, análises clínicas e ECG) estavam disponíveis para 94% e o uso de protocolos na prática clínica foi constatado em 89% delas. Já em relação à infraestrutura, equipamentos em condições de uso, insumos e medicamentos destinados ao atendimento imediato, somente 71% das UPAs responderam positivamente. Especificamente no que se refere à disponibilidade de materiais e insumos, 94% responderam que estavam adequados e em quantidade suficiente. A iniciativa de gestão clínica só acontece em 65% das unidades e em apenas 64 % delas existe articulação com a AB (dados não apresentados em tabelas).

O bloco relativo à gestão organizacional foi aquele cuja avaliação apresentou os menores resultados, com **Gestão de Contratos** obtendo a nota média de 0,480, **Planejamento e Organização** 0,493 e **Modelo Organizacional** com nota igual a

0,493. O **Serviço de Apoio Técnico** (0,586), **Integração com a Rede** (0,590), a **Gestão do Cuidado** (0,550) e **Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente** (0,525), apresentaram nota intermediária e revelam necessidade de aprimoramento: 42% das UPAs não desenvolvem ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente e 67% não possuem Núcleo de Segurança do Paciente (dados não apresentados nas tabelas).

Também na tabela 1, observa-se que no índice da qualidade da APS (0,763), o Módulo Equipe (0,831) apresentou nota média mais elevada do que o da Estrutura (0,694). As dimensões Articulação com a Rede (0,953), Acolhimento (0,939) e Procedimentos (0,939) foram as mais bem avaliadas, à exceção da manutenção de todas as suas atividades no horário do almoço, que acontece apenas em 48% das unidades (dados não apresentados em tabelas). Já a dimensão Exames apresentou baixa nota média (0,492). A pesquisa mostrou que a coleta de sangue é realizada em apenas 47% das unidades, de urina em 40% e apenas 22% realizam ECG (dados não apresentados nas tabelas)

No Módulo Estrutura, as melhores avaliações ocorreram nos indicadores relativos ao **Funcionamento** (0,817) e **Estrutura** (0,718), ao passo que a dimensão **Insumos**, liderada pelos medicamentos, foi aquela que apresentou pior avaliação (0,602). Na última, uma porcentagem representativa não contava com itens extremamente básicos, tais como cateter para oxigênio (51%), equipo para soro (24%), rolo de esparadrapo (21%), pacote de gazes estéreis (24%), seringas de 5 e 10 ml (27%). Muitas também não contavam com o ambu em tamanho adulto (44%) e oxímetro (55%). Para atendimento pediátrico, chama a atenção a falta de estetoscópio infantil (33%), esfigmomanômetro infantil (23%), ambu pediátrico (54%) e neonatal (85%) e máscara para nebulização pediátrica (26%). Quanto aos medicamentos, 49% das UBS não dispunham sequer de torpedo ou cilindro de oxigênio, 24% não contavam com frascos de soro fisiológico, faltava ampola de glicose em 35%, insulina em 53%, analgésicos e antieméticos em 25%, anti-hipertensivos em 26% e ampola de adrenalina/epinefrina em 37%, dentre outros. Quanto à disponibilidade de EPI, constatou-se quantidade significativa de unidades desprovidas de máscaras descartáveis (23%), luvas (20%), óculos de proteção (42%) e aventais (53%) (dados não apresentados nas tabelas).

Tabela 1 – Distribuição das dimensões de avaliação dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência – Brasil 2014 e 2018*

Bloco/Módulo		Dimensão	N	Índice de qualidade - Média	% da nota máxima possível	D.P.	Mín
Geral		UPA + APS	74	0,687	69%	0,098	0,522
		UPA	74	0,612	61%	0,171	0,283
		APS	74	0,763	76%	0,075	0,551
UPA	Gestão Organizacional	Gestão de contratos	74	0,480	48%	0,266	0,000
		Planejamento e organização	74	0,493	49%	0,278	0,000
		Gestão da informação	74	0,696	70%	0,190	0,167
		Gestão de pessoas	74	0,545	55%	0,216	0,000
		Modelo organizacional	74	0,493	49%	0,260	0,000
		Apoio Técnico e Logístico para a Produção do Cuidado	74	0,525	53%	0,269	0,000
	Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado	Gestão da infraestrutura e ambiência	74	0,748	75%	0,162	0,333
		Gestão de equipe e materiais	74	0,756	76%	0,197	0,083
		Assistência farmacêutica	74	0,824	82%	0,151	0,250
		Processamento de roupas e materiais	74	0,476	48%	0,282	0,000
		Serviço de apoio técnico e administrativo	74	0,586	59%	0,275	0,000
		Integração com a rede	74	0,590	59%	0,244	0,000
		Protocolos	74	0,626	63%	0,273	0,000
	Serviços/ Unidades Específicas	Gestão do cuidado	74	0,550	55%	0,180	0,000
		Atenção imediata – urgência e emergência	74	0,790	79%	0,135	0,521
APS	Estrutura	Dimensão Funcionamento	74	0,817	82%	0,086	0,677
		Dimensão Estrutura	74	0,718	72%	0,143	0,354
		Dimensão Insumos (Subdimensão Equipamentos)	74	0,682	68%	0,072	0,464
		Dimensão Insumos (Subdimensão Materiais)	74	0,681	68%	0,137	0,297
	Equipe	Dimensão Insumos (Subdimensão Medicamentos)	74	0,602	60%	0,146	0,213
		Dimensão Insumos (Subdimensão EPI)	74	0,666	67%	0,152	0,263
		Dimensão Acolhimento	74	0,939	94%	0,033	0,814
		Dimensão Exames	74	0,492	49%	0,186	0,193
		Dimensão Procedimentos	74	0,939	94%	0,056	0,719
		Dimensão Articulação com a Rede	74	0,953	95%	0,042	0,761

Fonte: a autora

Nota: * 2014: dados referentes à UPA a partir do PNASS e 2018: dados referentes à APS a partir do PMAQ AB 3º ciclo

A partir da nota geral da qualidade da UPA e da APS de cada Macrorregião de Saúde, foi possível agrupá-las em três *clusters* (tabela 2), utilizando a ligação de Ward, que foram denominados *Cluster 1*, *Cluster 2* e *Cluster 3*, e compostos, respectivamente, por 23 (31,08 %), 28 (37,84%) e 23 (31,08%) Macrorregiões de Saúde cada.

Observa-se que, na tabela 2, a nota geral média da qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE no *Cluster 3* (0,81) foi bem superior àquelas dos *cluster 1* (0,64) e 2 (0,63), com diferença estatisticamente significativa. O *Cluster 3* foi também aquele que apresentou nota mais homogênea entre o componente da UPA (0,81) e da APS (0,80). A qualidade do componente UPA apresentou diferença estatística entre os três *clusters*, tendo a pior avaliação no *Cluster 2* (0,46). Já no componente APS não houve diferença estatisticamente significativa entre os *Clusters 2* e 3, mas entre o 1 e os demais, nos quais o componente APS apresentou nota média inferior (0,69).

Tabela 2 – Distribuição das médias relativas à qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE, por cluster. Brasil, 2014 e 2018

Componente da RUE	Cluster	N	Índice de Qualidade - Média	E.P.	Q1	Q2	Q3	Valor-p
UPA + APS	1	23	0,64	0,01	0,62	0,64	0,67	<0,001
	2	28	0,63	0,01	0,57	0,63	0,69	
	3	23	0,81	0,01	0,77	0,80	0,83	
UPA	1	23	0,59	0,01	0,56	0,59	0,62	<0,001
	2	28	0,46	0,02	0,38	0,44	0,57	
	3	23	0,81	0,02	0,76	0,81	0,86	
APS	1	23	0,69	0,01	0,66	0,72	0,73	<0,001
	2	28	0,79	0,01	0,77	0,79	0,82	
	3	23	0,80	0,01	0,75	0,80	0,84	

Fonte: a autora

Nota: * 2014: dados referentes à UPA a partir do PNASS e 2018: dados referentes à APS a partir do PMAQ AB 3º ciclo

No Quadro 1 observa-se que, proporcionalmente, o *Cluster 1* é composto majoritariamente por macrorregiões localizadas no Nordeste (47,83%) e o *Cluster 3* pelo Sudeste (56,52%), ao passo que o *Cluster 2* foi aquele que apresentou distribuição mais homogênea de macrorregiões segundo a localização, (Centro-Oeste, Nordeste e Sul com 21,43% cada e Sudeste com 28,57%). A região Norte do

país foi a que teve o menor número de macrorregiões avaliadas no estudo (6), metade delas alocada no *Cluster 1*.

Quadro 1 – Distribuição das Macrorregiões de Saúde por cluster a partir do índice de qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE. Brasil, 2021

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
1ª Macro - Fortaleza - CE	2ª Macro - Sobral - CE	Extremo Sul (NRS - Teixeira Freitas) - BA
1ª Macrorregião de Saúde - AL	Campo Grande - MS	Foz do Rio Itajaí - SC
4ª Macro – Sertão Central - CE	Centro-Leste (NRS - Feira Santana) - BA	Macrorregião Centro-Norte - GO
Agreste - PE	Centro - Norte (NRS - Jacobina) - BA	Macrorregião Centro-Sul - MG
Centro-Oeste - RS	Distrito Federal - DF	Macrorregião I - RN
Leste - (NRS - Salvador) - BA	Grande Florianópolis - SC	Macrorregião Leste - MG
Macrorregião I – João Pessoa - PB	Grande Oeste - SC	Macrorregião Nordeste - MG
Macrorregião I – Porto Velho - RO	Macro Única - SE	Macrorregião Sudeste - MG
Macrorregião II – Campina Grande - PB	Macrorregião Centro-Norte - MT	Macrorregião Triângulo do Sul - MG
Macrorregião II - RJ	Macrorregião Centro-Oeste - GO	Macrorregional II - PA
Macrorregião III - RJ	Macrorregião Centro-Sul - TO	Macrorregional Leste - PR
Macrorregião Leste - MA	Macrorregião Centro - MG	Metropolitana - PE
Macrorregião Leste do Sul - MG	Macrorregião Centro Sudeste - GO	Metropolitana - RS
Macrorregião Nordeste - GO	Macrorregião II - RN	Oeste (NBS - Barreiras) - BA
Macrorregião Norte - MA	Macrorregião III – Sertão/Alto Sertão - PB	RRAS1 - SP
Macrorregião Sudoeste - GO	Macrorregião Norte - MT	RRAS10 - SP
Macrorregião Sul - MA	Macrorregião Norte - TO	RRAS12 - SP
Macrorregional I - PA	Macrorregião Oeste - MG	RRAS14 - SP
Macrorregional IV - PA	Macrorregião Oeste - PR	RRAS15 - SP
Macrorregional Norte - PR	Macrorregião Sul - MG	RRAS16 - SP
Metropolitana - ES	Macrorregional Noroeste - PR	RRAS2 - SP
Sudoeste (NBS - Vitória Conquista) - BA	Metropolitana I - RJ	RRAS9 - SP
Sul - RS	Planalto Norte e Nordeste - SC	Sul - SC
	RRAS13 - SP	
	RRAS3 - SP	
	RRAS5 - SP	
	RRAS7 - SP	
	Serra - RS	

Fonte: a autora

Na tabela 3, ao se comparar as variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais entre os *clusters*, observa-se diferença estatisticamente

significante nas variáveis População (p-valor: 0,003), PIB (p-valor: 0,002), IDHM (p-valor: 0,003), total de leitos SUS por mil habitantes (p-valor: 0,009), percentual de leitos SUS no total de leitos de internação (p-valor: 0,010), percentual da população beneficiária de planos de saúde (p-valor: 0,005) e percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família (p-valor: 0,001).

Percebe-se que o *Cluster 1* é aquele com população bem menor que os demais, menor PIB *per capita*, menor IDHM, maior número de beneficiários do Programa Bolsa Família, e menor a população beneficiária de planos de saúde. Quando observamos essas mesmas variáveis no *Cluster 3* observamos comportamento oposto.

Tabela 3 – Comparação das variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais por clusters dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE

Variáveis	Cluster	N	Média	E.P.	Q1	Q2	Q3	Valor-p
População - Censo 2010	1	23	8685633	974913	6003788	7581051	10693929	0,003
	2	28	12911131	2466736	3101575	7350409	17793630	
	3	23	22404465	3102709	9620487	19597330	41262199	
Densidade demográfica - habitantes por km2 (2010)	1	23	68,72	20,37	19,81	37,96	66,70	0,316
	2	28	82,14	19,85	21,24	52,40	80,53	
	3	23	84,38	13,25	33,41	59,99	166,23	
Produto Interno Bruto per capita (R\$ 1,00) - 2013	1	23	19458,02	1929,11	12113,97	15176,18	26651,75	0,002
	2	28	27146,73	2143,46	16086,37	27361,16	32289,58	
	3	23	28349,69	2013,59	23558,35	29657,28	39122,26	
Índice de Gini da Renda Domiciliar per Capita (2010) - datasus	1	23	0,60	0,01	0,57	0,61	0,63	0,084
	2	28	0,58	0,01	0,56	0,58	0,61	
	3	23	0,57	0,01	0,56	0,58	0,58	
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)	1	23	0,69	0,01	0,66	0,68	0,74	0,003
	2	28	0,73	0,01	0,70	0,74	0,77	
	3	23	0,74	0,01	0,73	0,75	0,78	
Total de leitos de internação por mil habitantes (Dezembro/2015)	1	23	2,20	0,06	1,97	2,03	2,42	0,888
	2	28	2,16	0,06	2,03	2,15	2,33	
	3	23	2,17	0,05	2,03	2,13	2,20	
Total de leitos de internação SUS por mil habitantes (Dezembro/2015)	1	23	1,64	0,04	1,51	1,69	1,79	0,009
	2	28	1,53	0,04	1,39	1,54	1,69	
	3	23	1,48	0,04	1,30	1,39	1,68	
Porcentual de leitos SUS no total de leitos de internação (Dezembro/2015)	1	23	75,24	1,77	69,67	76,38	81,51	0,010
	2	28	71,08	1,44	64,26	69,67	78,36	
	3	23	68,34	1,51	61,03	68,30	70,91	
Total de leitos em UTI por 1 milhão de habitantes (Dezembro/2015)	1	23	169,43	15,98	116,23	145,77	199,86	0,067
	2	28	193,85	12,59	145,16	190,52	234,61	
	3	23	200,63	10,26	175,14	190,52	253,83	
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (2014)	1	23	74,60	2,32	70,01	75,28	81,97	0,384
	2	28	75,33	2,44	69,16	77,70	86,34	
	3	23	70,30	2,91	54,62	73,26	85,53	
% de população beneficiária de planos de saúde (Setembro/2015)	1	23	24,98	2,64	16,29	22,79	30,04	0,005
	2	28	32,38	2,93	21,83	28,69	36,22	
	3	23	38,79	3,26	27,15	34,32	58,55	
% da população beneficiária do Programa Bolsa Família (2014)	1	23	32,45	3,01	17,85	39,77	43,75	0,001
	2	28	21,51	2,33	10,60	19,02	34,75	
	3	23	19,01	2,45	10,17	13,11	19,85	

Fonte: a autora a partir de dados extraídos de REGIÃO E REDES (c2020)

Na tabela 4, ao aplicarmos a correlação de Spearman, entre as variáveis de caracterização e da qualidade estudados (“UPA + APS”, UPA e APS), percebe-se que os resultados sinalizam para a existência de uma relação inversa entre a qualidade dos componentes e as variáveis Índice de Gini, cobertura populacional estimada pelas equipes de AB, percentual de população beneficiária do Programa Bolsa Família, total de leitos de internação SUS por mil habitantes e percentual de leitos SUS no total de leitos de internação. Assim, quando o valor dessas variáveis de caracterização aumenta, a qualidade dos componentes estudados diminui. Por outro lado, o índice da qualidade dos componentes aumenta à medida em que há aumento do PIB, IDHM, porcentagem de beneficiários de planos de saúde, total de leitos de UTI por milhão de habitantes e maior concentração populacional.

Tabela 4 – Correlação entre os índices de qualidade dos componentes pré hospitalares fixos da RUE e indicadores socio-econômicos-assistenciais

Variáveis de caracterização	UPA + APS		UPA		APS	
	r	Valor-p	r	Valor-p	r	Valor-p
População - Censo 2010	0,55	<0,001	0,40	<0,001	0,52	<0,001
Densidade demográfica - habitantes por km2 (2010)	0,23	0,046	0,15	0,206	0,27	0,019
Produto Interno Bruto per capita (R\$ 1,00) - 2013	0,35	0,002	0,17	0,156	0,54	<0,001
Índice de Gini da Renda Domiciliar per Capita (2010) - datasus	-0,23	0,048	-0,08	0,495	-0,42	<0,001
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)	0,38	0,001	0,17	0,140	0,61	<0,001
Total de leitos de internação por mil habitantes (Dezembro/2015)	0,11	0,342	0,06	0,613	0,16	0,179
Total de leitos de internação SUS por mil habitantes (Dezembro/2015)	-0,20	0,087	-0,14	0,242	-0,21	0,071
Porcentual de leitos SUS no total de leitos de internação (Dezembro/2015)	-0,39	0,001	-0,25	0,033	-0,45	<0,001
Total de leitos em UTI por 1 milhão de habitantes (Dezembro/2015)	0,28	0,014	0,17	0,152	0,36	0,002
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (2014)	-0,25	0,033	-0,20	0,088	-0,20	0,093
% de população beneficiária de planos de saúde (Setembro/2015)	0,48	<0,001	0,31	0,007	0,55	<0,001
% da população beneficiária do Programa Bolsa Família (2014)	-0,38	0,001	-0,18	0,131	-0,59	<0,001

Fonte: a autora

Nota: * Correlação de Spearman a partir de dados extraídos de REGIÃO E REDES (c2020)

DISCUSSÃO

O estudo permitiu identificar que, enquanto componentes da RUE, a APS e a UPA, quando abordadas em conjunto, obtiveram uma avaliação de qualidade próxima a 69%, denotando um grande percurso já realizado. Entretanto, ambas apresentam fragilidades, que apontam para a necessidade de adequações, a fim de melhorar sua qualidade, principalmente, em regiões de maior vulnerabilidade social.

Os serviços que compõem a RUE são interrelacionados e reagem ao que acontece nos demais pontos de atenção. Portanto, tanto as causas quanto as intervenções necessárias, para resolver os problemas identificados na rede, são multifatoriais (BRASIL, 2020).

O estudo mostrou boa capacidade da APS, para ser a porta de entrada preferencial da RUE, uma vez que foi bem avaliada nas dimensões acolhimento, funcionamento, procedimentos e articulação com a rede. Entretanto, apesar de avanços significativos, ainda apresenta limites. Este estudo identificou que seus principais problemas se referem às questões de estrutura, vinculados à disponibilidade de exames, insumos, medicamentos e EPI, que limita sua capacidade de resolução das demandas de pacientes com quadros agudos ou agudizados de menor gravidade. Outros estudos identificaram limites na APS, que comprometem sua capacidade de se tornar mais resolutiva, para o atendimento de casos agudos: equipes incompletas, demora no agendamento de consultas, não atendimento da demanda espontânea, falta de equipamentos e insumos. Avançar em tais aspectos na APS significa romper o ciclo no qual os usuários entendem que não podem contar efetivamente com a UBS em casos de urgência (BOUSQUAT, 2019; GOMIDE, 2018; SOARES, 2014; CECÍLIO, 2012). A partir do momento em que estiver melhor equipada, a APS certamente se consolidará como eficiente componente da RUE.

O estudo apontou que nas UPAs a nota média da qualidade atingida foi inferior à da APS, em torno de 60%, ainda bem distante da ideal. Dentre os itens melhor avaliados estão a assistência farmacêutica e os serviços específicos. Isso demonstra um preparo maior para o cumprimento de sua atividade fim – prestar resposta imediata aos casos de urgências e emergências: 96% das UPAs contavam com equipe mínima exclusiva em tempo integral, serviços de apoio diagnóstico essenciais estavam disponíveis em 94% delas, e 94% responderam que a disponibilidade de materiais e insumos estava adequada.

Nas UPAs as avaliações mais baixas ocorreram nos aspectos gerenciais, organizacionais e de processos, o que pode significar ainda uma imaturidade desse tipo de estrutura no contexto da Rede; enquanto a APS já completou 30 anos de existência, o componente UPA foi efetivamente criado apenas em 2009. A necessidade de profissionalização da gestão e da atenção às urgências é imperativa (BRASIL, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A dimensão relativa à segurança assistencial nas UPAs também apresentou baixa avaliação. Diante da enorme carga que enfrenta no seu cotidiano, do contexto de congestão e superlotação, das funções assumidas, para além daquelas inicialmente propostas, além de equipes, muitas vezes, pouco experientes, a qualidade e a segurança da assistência nas UPAs ficam prejudicadas, e podem repercutir na morbimortalidade e prognóstico dos pacientes (BRASIL,2020).

Estudos já evidenciaram que problemas nos demais pontos de atenção da rede, principalmente demandas reprimidas da atenção básica e falta de leitos hospitalares de retaguarda, impactam diretamente no funcionamento das UPAs e desvirtuam seu papel primordial. Sua demanda reflete a necessidade de investimento e aprimoramento da atenção primária e na ampliação de leitos de retaguarda. O relatório de Auditoria Operacional nas Unidades de Pronto Atendimento realizado pelo Tribunal de Contas da União em 2012 também salienta aspectos específicos, que interferem na dinâmica de funcionamento das UPAs e que precisam ser enfrentados (BRASIL, 2015a; O'DWYER *et al.*, 2017; BRASIL, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2015; BRASIL, 2012).

A UPA é um serviço cuja abordagem requer um olhar diferenciado dada sua importância e carga de atribuições, para bem além daquelas planejadas. Necessita de investimento na melhoria e profissionalização da gestão, organização, na segurança do paciente, capacitação da equipe e, principalmente, na articulação com a APS e o componente hospitalar, que devem absorver a parcela de pacientes que lhes cabe.

Também este estudo permitiu, por meio da análise de cluster, identificar as Macrorregiões de Saúde que possuem problemas similares, denotando uma heterogeneidade que perpassa características estaduais e de grandes regiões. Também identificou uma relação inversa entre vulnerabilidade social e qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE. O grupo de macrorregiões com indicadores sócio-econômico-assistenciais mais vulneráveis são os que apresentaram

pior avaliação, o que demonstra que o princípio da equidade ainda é um grande desafio.

Estudo de Abreu *et al.* (2018), sobre indicador municipal de estrutura dos serviços de APS utilizando dados do PMAQ-AB, retratou um panorama de diferenças entre os padrões espaciais encontrados entre as regiões brasileiras. As regiões Norte e Nordeste apresentam as médias mais baixas, ao passo que as mais altas estavam no Sudeste e no Sul.

Albuquerque *et al.* (2017) também observaram que, apesar dos avanços já alcançados, permanecem grandes iniquidades em relação ao acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção e resultados assistenciais no país. Castro (2006) identificou que o acesso aos serviços de saúde no país é altamente influenciado pela condição social e pelo local onde as pessoas residem, melhorando com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região. Diferenças na concentração de recursos e tecnologias, no perfil socioeconômico, no grau de desenvolvimento, nos indicadores sociais, na capacidade instalada e na complexidade da rede de serviços e do mix público-privado, são alguns dos fatores que determinam as desigualdades encontradas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; CASTRO, 2006; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Estudo de Piola e Nunes (2016) evidenciou que, embora tenha ocorrido uma significativa elevação dos gastos com saúde, com o advento da EC 29, o aumento de recursos públicos para o SUS não foi suficiente para reduzir automaticamente as disparidades regionais na sua alocação e reforçou a necessidade de serem adotados critérios redistributivos. Bousquat *et al.* (2017) afirma que, mesmo com todo o investimento na ampliação da atenção básica, ainda não foi possível superar deficiências estruturais nas desigualdades regionais, que necessitam de diferentes estratégias para seu enfrentamento.

Por fim, faz-se necessário ressaltar a importância da realização de programas sistemáticos de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde, como o PMAQ-AB e o PNASS, que permitam identificar fragilidades e disparidades e fornecer parâmetros que fomentem mudanças de processos e subsidiem ações de melhoria contínua dos serviços de saúde, conforme sinalizado em outros estudos (LIMA, 2018; REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Algumas das limitações apresentadas no estudo se referem: à construção de indicadores da qualidade da ABS e da UPA, como um recurso de análise, podendo

haver outras metodologias de avaliação; à grande variação na quantidade de UPAs representadas nas Macrorregiões de Saúde avaliadas, e ao fato do PMAQ-AB avaliar equipes que aderiram voluntariamente ao programa.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu, por meio da análise de *cluster*, identificar as Macrorregiões de Saúde que possuem problemas similares, no que se refere à qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE, denotando uma heterogeneidade que perpassa características estaduais e de grandes regiões.

Enquanto na APS os problemas identificados se referem mais à estrutura, nas UPAs se fazem necessários investimentos na melhoria e profissionalização da gestão, organização, na segurança do paciente, capacitação da equipe e principalmente na articulação com a APS e com o componente hospitalar, que devem absorver a parcela de pacientes que lhes cabe.

Avançar rumo à construção de redes de atenção demanda novas abordagens, que podem instrumentalizar a melhoria das regiões de saúde. O estudo possibilita dirigir ações de planejamento que possam impactar na melhoria da qualidade dos serviços ofertados, principalmente nas Macrorregiões de Saúde, onde foi identificada maior fragilidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, Daisy Maria Xavier de *et al.* Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 67-80, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500067&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Mar. 2021.

AGRESTI, A. ; KATERI, M. **Categorical Data Analysis**. Gainesville, Florida: John Wiley, 2013.

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P.; FUSARO, E. R.; IOZZI, F. L. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401055&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.

BRASIL. [Portaria (2010)]. **Portaria n.º 4279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279-_30_12_2010.html. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. **Relatório de auditoria operacional nas unidades de pronto atendimento/** TC nº 013.247/2012-3 Fiscalis nº: 572/2012. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2012.

BRASIL. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

BRASIL. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).** Brasília: CONASS, 2015a.

BRASIL. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. **Manual Instrutivo Para as Equipes de Atenção Básica e Nasf – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017).** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 09 nov. 2019.

BRASIL. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade -Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – terceiro ciclo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externalna_AB_SB.pdf

BRASIL. **Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

CARRET, Maria Laura Vidal; FASSA, Ana Claudia Gastal; DOMINGUES, Marlos Rodrigues. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 987-998, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

FISHMAN, J.; MCLAFFERTY, S.; GALANTER, W. Does Spatial Access to Primary Care Affect Emergency Department Utilization for Nonemergent Conditions? **Health Serv Res**, EUA, v. 53, n. 1, p. 489-508, 2018.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200387&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman. 2009.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 ago. 2019.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. **Nonparametric Statistical Methods**. New York: John Wiley & Sons, 1999.

LIMA, Juliana Gagno et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 52-66, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2021.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 36, n. 8, e00149720, jun. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 06 fev. 2021.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 125, 2017.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**. São Luís: UFMA, 2016.

PIOLA, S.F.; NUNES, J.R.M. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10402015>. Acesso em: 12 abr. 2021.

REIS, A. T.; OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 2, ago. 2012. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/543>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SOARES, S. S.; LIMA, L. D. DE; CASTRO, A. L. B. DE. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 170-177, 17 jul. 2014.

VAN DEN BERG, Michael; VAN LOENEN, Tessa; WESTERT, Gert (2015). Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. **Family Practice**, Reino Unido, v. 33, n. 1, p. 42-50, fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz082>. Acesso em: 12 abr. 2021.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.

YARMOHAMMADIAN, M. H. *et al.* Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. **Journal of Research in Medical Sciences**, Irã, v. 22, n. 23, 2017.

THE NHS Constitution. **Transforming urgent and emergency care services in England Urgent and Emergency Care Review End of Phase 1 Report High quality care for all, now and for future generations**. Reino Unido: The NHS Constitution, 2013. Disponível em: <https://www.nhs.uk/nhsengland/keogh-review/documents/uecr.ph1report.fv.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, principalmente a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 4279/2010, observa-se um esforço do Ministério da Saúde no sentido de estruturar as Redes de Atenção à Saúde e as Macrorregiões de Saúde. Estudar e pensar estratégias de enfrentamento de problemas assistenciais do SUS, na perspectiva de Redes de Atenção e Macrorregiões de Saúde, se mostra uma necessidade, pois procura identificar quais são e onde estão os principais problemas a serem enfrentados em busca do fortalecimento das RAS.

O estudo teve como objetivo realizar uma análise dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE, formado pela APS e a UPA, na perspectiva das Macrorregiões de Saúde. Buscou sair de um processo fragmentado de análise da qualidade de serviços de saúde, para uma visão de conjunto, agregando serviços, que fazem parte do mesmo componente assistencial de uma RAS, e que, portanto, são interdependentes. Também se procurou fazer isso com a análise territorial, adotando a Macrorregião de Saúde como unidade de análise, em vez de estudar a realidade de municípios de forma individual.

Quando abordados em conjunto os componentes pré-hospitalares fixos da RUE (APS e UPA) alcançaram índice de qualidade próximo a 69%, o que demonstra um grande percurso já realizado num contexto de estruturação de rede relativamente novo. Por outro lado, o estudo evidenciou a necessidade de ações voltadas para a melhoria de seu funcionamento e articulação com a rede.

Achados que foram significativos rompem com afirmativas recorrentes de que os motivos que levam pacientes da APS a buscarem atendimento nas UPAs se referem a deficiências no acolhimento. O estudo identificou que a APS está bem avançada no sentido de organização, processos de trabalho e acolhimento. Falta-lhe, enquanto componente da RUE, a estrutura necessária para que ela seja efetivamente resolutiva na condução de casos agudos de menor gravidade. Avançar em tais aspectos na APS significa romper o ciclo no qual os usuários entendem que não podem contar efetivamente com a UBS em casos de urgência, o que deve ser um dos focos prioritários da política de AB.

O estudo apontou que, nas UPAs, a nota média da qualidade atingida foi inferior à da APS, em torno de 60%: ainda bem distante da ideal. Enquanto a APS completou 30 anos de existência, o componente UPA foi efetivamente criado apenas em 2009, o

que pode significar ainda uma imaturidade desse tipo de estrutura no contexto da Rede.

Diferentemente do que foi evidenciado na APS, nas UPAs, a grande fragilidade não está na sua estrutura, mas, sim, no que se refere à gestão, planejamento, organização dos processos de trabalho e articulação com a rede, o que precisa ser enfrentado. A dimensão relativa à segurança assistencial nas UPAs também apresentou baixa avaliação. Diante desse cenário, a profissionalização da gestão das UPAs é imperativa.

De igual importância é rever os processos de formação e capacitação de recursos humanos para trabalhar nessas unidades. Dada a complexidade da função da UPA, e ainda os desafios decorrentes de assumir funções, para muito além daquelas inicialmente estabelecidas, é fundamental que as equipes sejam devidamente capacitadas, para o atendimento às urgências e emergências. A formação e experiência profissional na área devem ser extremamente valorizadas, sendo necessário investimento maciço na formação e na educação continuada de médicos e enfermeiros emergencistas, inclusive como política de governo, nos moldes que ocorreu na formação dos médicos de família e comunidade para atuar na APS, tão bem sucedida. O mesmo vale para incentivo à fixação dos profissionais nas UPAs, a fim de modificar a realidade atual de grande rotatividade. A expansão das Residências de Medicina de Emergência no país representa um importante avanço, assim como o desenvolvimento do Projeto Lean nas Emergências, executado por meio do PROADI-SUS, iniciado em 2017.

Dentre os componentes fixos da RUE, as UPAs, por serem estabelecimentos intermediários entre a APS e o componente hospitalar, são as mais sensíveis a qualquer problema, nos demais pontos da rede: a APS tem a UPA, como retaguarda, para casos que não consegue absorver e/ou resolver, e é também na UPA que se repercute a insuficiência de leitos hospitalares de retaguarda, onde pacientes que necessitam internação, muitos deles graves, ficam “retidos”. Nos últimos anos, a diminuição de leitos hospitalares agravou mais a situação, tornando ainda mais necessária a adoção de ferramentas de gestão que auxiliem no aumento da eficiência do uso do leito hospitalar.

A metodologia de análise de *cluster* se mostrou muito positiva para identificação do comportamento dos padrões de qualidade dos componentes da RUE, pois conseguiu evidenciar tanto avanços quanto problemas, além de identificar

iniquidades. Mostrou que 1/3 das macrorregiões estudadas alcançou certo padrão de qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da RUE; conseguiu também identificar as Macrorregiões de Saúde que apresentam maiores problemas; qual o tipo de serviço menos qualificado (APS ou UPA) e em qual dimensão. A análise de *clusters* descortinou uma realidade de substancial iniquidade entre Macrorregiões de Saúde, e uma relação inversa entre vulnerabilidade social e qualidade dos componentes estudados, grave situação que vai contra os princípios do SUS e precisa ser equacionada. Os resultados alcançados permitem identificar as macrorregiões mais frágeis nos componentes pré-hospitalares fixos da RUE e fornecem importantes dados, que podem ser utilizados, pelos que coordenam as redes de atenção, para o planejamento de ações que tenham como foco a melhoria da qualidade em uma dimensão de equidade nacional. A necessidade agora é que o SUS tenha, como pauta norteadora para futuras ações, a estruturação das Regiões de Saúde.

Por fim, faz-se necessário ressaltar a importância da realização de programas sistemáticos de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde. O Ministério da Saúde contava com importantes programas, como o PMAQ-AB e o PNASS, que produziram uma infinidade de dados relevantes, muitos explorados, e outros tantos aguardando por análises que certamente ajudarão o planejamento de ações de melhoria do SUS. Infelizmente, o PMAQ-AB foi oficialmente descontinuado, perdendo a rede pública um grande banco de dados, que permitiu o monitoramento das ações de APS no país. A estruturação de banco de dados que possam ser articulados para a avaliação do processo de estruturação de redes assistenciais é de suma importância para a estruturação das regiões de saúde no país.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Daisy Maria Xavier de *et al.* Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 67-80, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500067&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Mar. 2021.
- AGRESTI, A. ; KATERI, M. **Categorical Data Analysis**. Gainesville, Florida: John Wiley, 2013.
- AKERMAN, M. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015
- AKERMAN, Marco; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, dez. 1992. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 ago. 2019.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P.; FUSARO, E. R.; IOZZI, F. L. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401055&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.
- ALMEIDA, A.; VALES, J. The impact of primary health care reform on hospital emergency department overcrowding: Evidence from the Portuguese reform. **International Journal of Health Planning and Management**, EUA, v. 35, p. 368– 377, 2019.
- AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 424-434, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200424&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.
- BRASIL. **Projeto Lean nas emergências**: redução das superlotações hospitalares. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/projeto-lean-nas-emergencias>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BRASIL. [LEI (1990)]. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. [Portaria (2002)]. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis-gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. [Portaria (2010)]. **Portaria n.º 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis-gm/2010/prt4279-_30_12_2010.html. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. [Resolução (2011)]. **Resolução n.º 1, de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2019.

BRASIL. [Decreto (2011)]. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **A regionalização na saúde e os mecanismos de governança sistêmica do SUS**: Os espaços de governança interestaduais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/21/NT2107.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 06 fev 2021.

BRASIL. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015a.

BRASIL. **Pnass**: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. [Portaria (2015)]. **Portaria n.º 28, de 8 de janeiro de 2015**. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/-2015/prt0028_08_01_2015.html. Acesso em: 09 nov. 2019.

BRASIL. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015e.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde 2016-2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_3003_2015_final.pdf. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. [Portaria (2017)]. **Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017**. Trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. [Portaria (2017)]. **Portaria n.º 10, de 3 de janeiro de 2017**. Redefiniu 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 08 nov. 2019.

BRASIL. **Manual Instrutivo Para as Equipes de Atenção Básica e Nasf – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 09 nov. 2019.

BRASIL. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade -Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – terceiro ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf

BRASIL. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- B) – Terceiro ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. [Portaria (2019)]. **Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019**. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%c2%ba-874-de-10-de-maio-de-2019-108883717>.

BRASIL. **Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. [Portaria (2020)]. **Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020**. Dispõe sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. [Portaria (2017)]. **Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. **Relatório Sistêmico de Fiscalização – Saúde**. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2014.

BRASIL. **Relatório de auditoria operacional nas unidades de pronto atendimento/** TC nº 013.247/2012-3 Fiscalis nº: 572/2012. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2012.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

BUTUN, Ahmet; HEMINGWAY, Pippa. A qualitative systematic review of the reasons for parental attendance at the emergency department with children presenting with minor illness. **International Emergency Nursing**, Amsterdã, v. 36, p. 56-62, 2018.

CARRET, Maria Laura Vidal; FASSA, Ana Claudia Gastal; DOMINGUES, Marlos Rodrigues. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

CASANOVA, Angela Oliveira *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1209-1224, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

CASSETTARI, S. S. R.; MELLO, A. L. S. F. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000100308&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2019.

CASTRO, Dayanna Mary de *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001105009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 987-998, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al . A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

CHAN, Stewart *et al.* Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. **Hong Kong medical journal**, Hong Kong, v. 21, n. 4, p. 345-52, 2015.

CHAVES, Lenir Aparecida et al . Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. [Resolução (2014)]. **Resolução CFM nº 2.079/2014**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf>

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Regionalização da saúde: posicionamentos e orientações**. Brasília: CONASEMS, 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-1.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DAUMAS, Regina Paiva *et al.* . **O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000600503&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2021.

D'AVOLIO, D. A., Strumpf, N. E., Feldman, J., Mitchell, P., & Rebholz, C. M (2013). Barriers to Primary Care: Perceptions of Older Adults Utilizing the ED for Nonurgent Visits. **Clinical Nursing Research**, EUA, v. 22, n. 4, p. 416-431, 2013.

DISERENS L, E. L *et al.* Emergency department visits for non-life-threatening conditions: evolution over 13 years in a Swiss urban teaching hospital. **Swiss Med Wkly**, Suíça, v. 9, n. 14123, 2015.

FISHMAN, J.; MCLAFFERTY, S.; GALANTER, W. Does Spatial Access to Primary Care Affect Emergency Department Utilization for Nonemergent Conditions? **Health Serv Res**, EUA, v. 53, n. 1, p. 489-508, 2018.

FLORES, Gabriela Mendes da Silva et al . Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100237&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

GRABOIS, V.; BITTENCOURT, R. J. Superlotação dos serviços de emergência. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019, p. 315-334.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 30-37, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042018000500244&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 nov. 2019.

GOMIDE, M.F.S.; PINTO I.C.; FIGUEIREDO L. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário, **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 19-25, 2012.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al . User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200387&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman. 2009.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 ago. 2019.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. **Nonparametric Statistical Methods**. New York: John Wiley & Sons, 1999.

JORGE, A. O.; COUTINHO, A. A. P.; CAVALCANTI, A. P. S. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 125-45, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12-/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 879-892, dez. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832016000400879&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2019.

KONDER, MARIANA; O'DWYER, GISELE. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200601&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Aug. 2020.

LIMA, A. C. M. G.; NICHATA, L. Y. I.; BONFIM, D. Perfil dos atendimentos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Rev. esc. enferm. USP** – São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342019000100406&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2019.

LIMA, L. D. *et al.* COELHO, A. P. S. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17-n11a04.pdf>. Acesso em: 08 set. 2019.

LIMA, Juliana Gagno *et al.* . Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 52-66, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2021.

LIPPI BRUNI, Matteo; MAMMI, Irene; UGOLINI, Cristina. Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services? **Journal of Health Economics**, Bolonha, v. 50, p. 144-155, 2016.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 14-29, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 36, n. 8, e00149720, jun. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 06 fev. 2021.

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

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

MERHY, E. E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 153-164, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica, c2019. Disponível em ><https://sage.saude.gov.br/>

MORLEY C. *et al.* Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. **PLoS ONE**, EUA, v. 13, n. 8, 2018.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 125, 2017.

O'KEEFFE, C., Mason, S., Jacques, R., & Nicholl, J (2018). Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. **PLoS ONE**, EUA, v. 13, n. 2, 2018.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**. São Luís: UFMA, 2016.

OLIVEIRA, N. R (Org.). **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UFMA, 2016.

OLIVEIRA, S. N. *et al.* Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 238-244, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100238&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2021.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600358&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2019.

PIOLA, S.F.; NUNES, J.R.M. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10402015>. Acesso em: 12 abr. 2021.

REGIÃO E REDES. Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil. Banco de Indicadores Regionais e Tipologias, c2020. [acessado 2020 set]. Disponível em: <https://indicadores.resbr.net.br/view/indicadores.php> Acesso em 12 set. 2020.

REIS, A. T.; OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 2, ago. 2012. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/543>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000600014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 ago. 2019.

SILVA, S. F. Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Revista Divulgação em Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, out. 2014.

SOARES, S. S.; LIMA, L. D. DE; CASTRO, A. L. B. DE. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 170-177, 17 jul. 2014.

UCHIMURA, L. Y. T.; VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P.; IBAÑEZ, N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000400972&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2019.

VAN DEN BERG, Michael; VAN LOENEN, Tessa; WESTERT, Gert (2015). Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. **Family Practice**, Reino Unido, v. 33, n. 1, p. 42-50, fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmv082>. Acesso em: 12 abr. 2021.

VIANA, A.L.A.; FERREIRA, M.P.; CUTRIM, M.A.B; FUSARO, E.R.; SOUZA, M.R.; MOURÃO, L.; CHANCHARULO, A.P.; MOTA, P.H.S. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. **Novos Caminhos**, n.15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Brasil: Regiões e Redes, 2017.

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601791&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; PEREIRA, A. P. C. M.; UCHIMURA, L. Y. T.; ALBUQUERQUE, M. V.; MOTA, P. H. S.; DEMARZO, M. M. P.; FERREIRA, M. P. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000200413&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 ago. 2019.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.

YARMOHAMMADIAN, M. H. *et al.* Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. **Journal of Research in Medical Sciences**, Irã, v. 22, n. 23, 2017.

THE NHS Constitution. **Transforming urgent and emergency care services in England Urgent and Emergency Care Review End of Phase 1 Report High quality care for all, now and for future generations**. Reino Unido: The NHS Constitution, 2013. Disponível em: <https://www.nhs.uk/nhsengland/keogh-review/documents/uecr.ph1report.fv.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

ANEXOS

ANEXO A – Itens do PNASS avaliados nas UPAs

Quadro 2 – Itens do PNASS avaliados nas UPAS

Continua p. 89-92

Bloco	Critério	Item	Relevância*
I – GESTÃO ORGANIZACIONAL	1. Gestão de contratos	1. Possui instrumento de contratualização formal com o SUS.	I
		2. O estabelecimento possui contratos vigentes com seus prestadores de serviços.	I
		3. O estabelecimento cumpriu acima de 70% das metas estabelecidas no contrato com o SUS nos últimos dois anos.	N
		4. Existem instrumentos de acompanhamento dos contratos com os prestadores de serviços terceirizados.	N
		5. O estabelecimento acompanha o instrumento de contratualização com o SUS por meio de indicadores qualitativos.	R
		6. O estabelecimento possui comissão interna de acompanhamento do instrumento de contratualização com o SUS.	R
	2. Planejamento e organização	7. Houve planejamento institucional em relação a objetivos, à missão e às diretrizes nos últimos quatro anos.	I
		8. Possui Programação Orçamentária para o ano do exercício atual.	I
		9. Possui estudos de custos implantados.	N
		10. Há revisão periódica do processo de planejamento institucional quanto as suas prioridades e metas, com monitoramento dos resultados.	N
		11. Há contratualização interna das equipes com metas e resultados.	R
		12. Trabalha com gestão a vista para os trabalhadores/usuários.	R
	3. Gestão da informação	13. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde está atualizado.	I
		14. Há prontuário único com registros sistemáticos e regulares dos atendimentos, das evoluções e das intercorrências no prontuário dos pacientes.	I
		15. O estabelecimento responsabiliza-se pela guarda e acesso do prontuário do paciente.	N
		16. Existe Comissão de Revisão de prontuários formalmente instituída.	N
		17. O estabelecimento utiliza as informações e indicadores de gestão e da assistência para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais.	R
		18. Divulga a informação e os indicadores de gestão e da assistência com o objetivo de coletivizá-los de forma transparente.	R
	4. Gestão de pessoas	19. A política de recursos humanos preconiza a Educação Permanente.	I
		20. Os trabalhadores possuem vínculos protegidos, cujo contrato de trabalho assegure seus direitos trabalhistas.	I
		21. Existe programa de atenção integral à saúde do trabalhador.	N
		22. O estabelecimento possui espaço formal e permanente de negociação que envolva trabalhadores e gestores.	N

Bloco	Critério	Item	Relevância*	
		23. O estabelecimento conta com plano de cargo ou carreiras estruturado ou em estruturação, que estimule a fixação dos trabalhadores.	R	
		24. Existe programa de incentivo financeiro ou premiação individual e/ou coletivo, atrelado ao atingimento de metas e resultados esperados, como parte de um processo de Avaliação de Desempenho.	R	
	5. Modelo organizacional	25. O estabelecimento conta com direção e responsáveis técnicos ou coordenadores/gerentes com atribuições formalmente definidas.	I	
		26. Conta com colegiados gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, com agenda de funcionamento regular.	I	
		27. Os diretores administrativos e técnicos possuem formação/qualificação na gestão de serviço de saúde.	N	
		28. O estabelecimento desenvolve periodicamente mecanismos de análise de resultados.	N	
		29. Há conselhos gestores de unidade ou outros fóruns de controle social vinculados ao estabelecimento de saúde.	R	
		30. Conta com ouvidoria ou outros tipos de serviços de escuta voltados para usuários.	R	
	II-APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO	6. Gerenciamento de risco e segurança do paciente.	31. Há programa de controle de infecção que realiza análise sistemática do seu perfil epidemiológico e disponibiliza os indicadores de infecção relacionados à assistência para o corpo clínico e direção.	I
			32. Conta com Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de maneira geral, e por serviços específicos.	I
			33. Trabalha com mecanismos de notificação e apuração de eventos adversos (hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância e os relacionados à assistência).	N
34. Possui núcleo de segurança do paciente constituído.			N	
35. Desenvolve ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente.			R	
36. Faz acompanhamento sistemático de medicamentos utilizados no estabelecimento considerados potencialmente perigosos de acordo com a lista do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP).			R	
7. Gestão da infraestrutura e ambiência		37. Possui condições físicas, de fluxo e de limpeza adequadas.	I	
		38. Garante a continuidade da assistência em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica.	I	
		39. Realiza manutenção predial corretiva e preventiva.	N	
		40. Garante ambiente acolhedor, incluindo sinalização, climatização e iluminação, entre outros.	N	
		41. Garante acessibilidade a usuários e trabalhadores.	R	
		42. Existe programa de segurança que atenda as normas de prevenção, combate e segurança contra incêndios.	R	
			43. Os equipamentos necessários estão em condições de uso para o exercício de suas atividades.	I

Bloco	Critério	Item	Relevância*
III- GESTÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE E DO CUIDADO	8. Gestão de equipamentos e materiais	44. Disponibiliza materiais e insumos adequados e em quantidade suficiente para exercício de suas atividades.	I
		45. Realiza manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposição de peças.	N
		46. Possui sistema/mecanismos de controle de estoque, reposição, padronização e qualidade dos materiais e insumos disponibilizados.	N
		47. Materiais, insumos e equipamentos são armazenados/acondicionados de forma adequada.	R
		48. Tem Comissão de Padronização de Materiais que avalia sistematicamente a inclusão/exclusão de itens, na instituição.	R
	10. Assistência farmacêutica	55. O estabelecimento dispõe de uma relação de medicamentos padronizados.	I
		56. O estabelecimento realiza controle de estoque.	I
		57. Há procedimentos gerenciais para definição de necessidades e aquisições, incluindo metodologia de aquisição de medicamentos não padronizados.	N
		58. Os medicamentos sujeitos a controle especial possuem controle de dispensação.	N
		59. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.	R
		60. A equipe de saúde do estabelecimento tem acesso a alguma fonte de informação sobre os medicamentos.	R
	11. Processamento de roupas e materiais	61. O estabelecimento possui um sistema de avaliação de fornecedores de produtos para higiene de roupas, no caso de serviços próprios ou fornecedores de roupas e materiais no caso de terceirizados.	I
		62. Os fluxos de processamento de roupas e materiais da instituição são aprovados pela CCIH ou setor da qualidade/avaliação de protocolos.	I
		63. Os materiais possuem mecanismo de rastreabilidade e controle definidos.	N
		64. A instituição realiza monitoramento e controle de estoque de roupas e materiais.	N
		65. Os profissionais recebem orientação do fluxo de processamento de roupas e materiais.	R
		66. Possui metodologia definida para utilização racional de roupas e materiais cirúrgicos.	R
	12. Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento	67. Garante acesso com fluxos estabelecidos de atendimento a serviços de apoio diagnóstico.	I
		68. Garante os serviços de apoio ao processo assistencial como higienização, segurança patrimonial e recepção de forma regular e sistemática.	I
		69. Possui acompanhamento de indicadores de qualidade dos serviços de apoio disponibilizados.	N
		70. Há protocolos e normativas acerca da utilização dos serviços de apoio, bem como rotinas atualizadas dos serviços disponibilizados.	N
		71. Possui documentação que comprove a necessidade dos serviços de apoio.	R
		72. Há integração dos serviços de apoio com os serviços/unidades, em relação às atividades finalísticas.	R
	III- GESTÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE E DO CUIDADO		73. O estabelecimento atua sob regulação do gestor do SUS no limite do complexo regulador.
74. Há observância pelo estabelecimento do que está pactuado no contrato com o gestor do SUS para a área de abrangência.			I

Bloco	Critério	Item	Relevância*
	13. Integração com a Rede de Atenção à Saúde	75. Há sistema/mecanismo de contrarreferência efetivo garantido mediante alta responsável e articulação com a equipe que dará continuidade ao cuidado.	N
		76. O estabelecimento possui mecanismo definido ou estrutura interna de regulação de acesso aos seus serviços.	N
		77. Desenvolve alguma atividade de educação permanente para os trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde.	R
		78. Organiza o seu processo de trabalho visando a sua inserção como componente/ponto de atenção na RAS conforme a pactuação.	R
		79. O estabelecimento possui protocolos e rotinas administrativas formalmente instituídas e acessíveis.	I
		80. O estabelecimento possui protocolos/diretrizes clínicos formalmente instituídos e acessíveis.	I
	14. Protocolos administrativos e clínicos	81. Possui estratégia de educação permanente e/ou relacionadas com a implantação dos protocolos administrativos e clínicos.	N
		82. Os protocolos, as rotinas e os procedimentos operacionais utilizados são validados e atualizados sistematicamente.	N
		83. Instituiu protocolos clínicos compatibilizados com a RAS de acordo com o modelo de atenção preconizado na rede de atenção à saúde.	R
		84. Os protocolos e rotinas são definidos com a participação dos trabalhadores obedecendo a especificidades técnicas e administrativas deles.	R
	15. Gestão do cuidado	85. Possui mecanismos de gestão da clínica instituídos.	I
		86. Há acolhimento e estratégias de atendimento às necessidades dos usuários, seguindo critérios de avaliação de risco/vulnerabilidade.	I
		87. Conta com equipes estruturadas na lógica de equipes multiprofissionais de referência atuando conforme as diretrizes da clínica ampliada.	N
		88. Possui plano terapêutico individualizado ou singular para o paciente de acordo com a condição patológica.	N
89. Possui dimensionamento de trabalho dos profissionais com garantia de horizontalidade em escala.		R	
90. Possui mecanismos de vínculo e responsabilização com o cuidado aos usuários por meio de metodologias específicas.		R	
IV- SERVIÇOS/ UNIDADES ESPECÍFICAS	17. Atenção imediata urgência e emergência	97. A unidade possui infraestrutura, equipamentos em condições de uso, insumos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.	I
		98. A unidade conta com acesso a serviços de apoio diagnóstico, minimamente análises clínicas, radiologia simples e eletrocardiógrafo.	I
		99. A equipe utiliza protocolos de urgência e emergência na sua prática diária.	N
		100. Existe equipe técnica de atuação exclusiva na unidade e em tempo integral, minimamente médico, enfermeiro e técnicos de Enfermagem.	N

Bloco	Critério	Item	Relevância*
		101. Existe articulação com a atenção básica de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde no seu território de atuação.	R
		102. Existe iniciativa de gestão clínica na unidade de emergência.	R

Fonte: adaptado pela autora, de PNASS, 2015.

Nota:

*Pontuação: I = 3 pontos; N = 2 pontos; R = 1 ponto

ANEXO B – Tipologia do Módulo I – Estrutura – PMAQ 3º Ciclo

Quadro 3 - Tipologia do Módulo I – Estrutura – PMAQ 3º Ciclo

Continua p. 94-99

Código da variável	Descrição	Categoria		Observação	
		Descrição	Tabulação		
I.4 – Acesso e Acessibilidade na Unidade de Saúde					
I.4.4	Há horário fixo de funcionamento da unidade?	Sim	1		Subdimensão Funcionamento
		Não	0		
Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?					
I.4.5.1	Segunda	Sim	1	De segunda a sexta feira (ou a domingo) = 1 3 a 4 dias = 0,5 ≤ 3 dias durante os dias de semana = 0	Subdimensão Funcionamento
		Não	0		
I.4.5.2	Terça	Sim	1		
		Não	0		
I.4.5.3	Quarta	Sim	1		
		Não	0		
I.4.5.4	Quinta	Sim	1		
		Não	0		
I.4.5.5	Sexta	Sim	1		
		Não	0		
I.4.5.6	Sábado	Sim	1		
		Não	0		
I.4.5.7	Domingo	Sim	1		
		Não	0		
I.4.6 – Estratégico	Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço?	Sim	1		
		Não	0		
I.6 – Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde					
I.6.1.1 – Geral	Sala exclusiva para recepção/espera	Sim	1		
		Não	0		
I.6.3.1 – Geral	Consultórios exclusivos para atendimento clínico sem computador	Quantidade		consultório clínico com computador conectado à internet = 1 consultório clínico com computador sem internet = 0,5 consultório clínico com sanitário anexo = 0,5	Subdimensão Estrutura
I.6.3.2 – Geral	Consultórios clínicos com computador sem internet	Quantidade			
I.6.3.3 – Geral	Consultórios clínicos com computador conectados à internet	Quantidade			

Código da variável	Descrição	Categoria		Observação		
		Descrição	Tabulação			
	Consultórios clínicos com sanitário anexo	Quantidade		consultórios exclusivos para atendimento clínico sem computador = 0,5 nenhum consultório = 0		
I.6.3.5	Sala exclusiva para inalação/nebulização coletiva	Sim	1	maior ou igual a 3 = 1 1 ou 2 = 0,5 nenhum = 0		
		Não	0			
I.6.3.7	Sala exclusiva para curativo	Sim	1			
		Não	0			
I.6.3.8	Sala exclusiva para procedimentos	Sim	1			
		Não	0			
I.6.3.9	Sala exclusiva para observação (curta duração)	Sim	1			
		Não	0			
I.6.3.23	Área externa para embarque e desembarque de ambulância	Sim	1			
		Não	0			
I.7 – Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde						
I.7.9 – Geral	Existe acesso à internet nesta unidade?	Sim	1	Só considerar 1 se o item 1.7.9.2 for 1	Subdimensão Estrutura	
		Não	0			
I.7.9.2	A conexão de internet disponível é suficiente para a realização das atividades?	Funciona de maneira contínua	1			
		Funciona de maneira irregular	0			
		Nunca funciona	0			
I.7.10	Existe telefone funcionando na UBS?	Sim	1			
		Não	0			
I.8 – Equipamentos e Materiais						
I.8.2 – Essencial	Quantos aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0		Subdimensão Equipamentos
I.8.4 – Geral	Quantos aparelhos de pressão infantil em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0		
I.8.5 – Essencial	Quantos estetoscópios adulto em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0		
I.8.6 – Geral	Quantos estetoscópios infantil em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0		

Código da variável	Descrição	Categoria		Observação	
		Descrição	Tabulação		
I.8.7 – Geral	Quantos aparelhos de nebulização em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.8 – Geral	Quantas saídas de ar comprimido em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.9 – Essencial	Quantas balanças antropométricas de 150 kg em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.11 – Essencial	Quantas balanças infantis em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.12 – Geral	Quantas régua antropométricas adulto em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.13 – Essencial	Quantas régua antropométricas infantil em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.14 – Geral	Quantos focos de luz para exame ginecológico em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.15 – Geral	Quantas mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.16 – Geral	Quantas macas/mesa para exame clínico em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.17 – Geral	Quantos sonares/detector fetal em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.23 – Geral	Quantos suportes de soro em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.24 – Geral	Quantos aparelhos de eletrocardiograma em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.26 – Geral	Quantos glicosímetros em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.27 – Geral	Quantos termômetros clínicos em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.28 – Geral	Quantas lanternas Clínicas em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.29 – Geral	Quantos otoscópios em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.8.30 – Estratégico	Quantos oftalmoscópios em condições de uso?	Quantidade		Pelo menos 1 = 1 Nenhum = 0	
I.12 – Insumos para Atenção à Saúde					
I.12.6 – Geral	Tiras reagentes de medida de glicemia capilar sempre disponível	Sim	1		Subdimensão Materiais
		Não	0		
I.12.11 – Geral	Ataduras sempre disponível	Sim	1		
		Não	0		
I.12.20 – Geral		Sim	1		

Código da variável	Descrição	Categoria		Observação	
		Descrição	Tabulação		
	Abaixador de língua sempre disponível	Não	0		
I.14 – Insumos para Atendimento de Urgência e Emergência na Unidade					
I.14.0 – Geral	A unidade possui insumos para atendimento de urgência?	Sim	1	Se NÃO, as questões abaixo serão classificadas como "NÃO SE APLICA" e devem receber valor 0 (zero)	
		Não	0		
I.14.0.1 – Geral	Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos (ex: em uma sala na unidade para atendimento de urgência; em uma maleta)?	Sim	1		
		Não	0		
		Não se aplica	0		
I.14.1	Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml	Sim	1		Subdimensão Medicamento
		Não	0		
I.14.2	Equipos para soro simples	Sim	1		
		Não	0		
I.14.3	Conexões de duas vias	Sim	1		
		Não	0		
I.14.4	Garrote	Sim	1		
		Não	0		
I.14.5	Rolo de esparadrapo comum	Sim	1		
		Não	0		
I.14.6	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 24 g	Sim	1		
		Não	0		
I.14.7	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22 g	Sim	1		
		Não	0		
I.14.8	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20 g	Sim	1		Subdimensão Materiais
		Não	0		
I.14.9	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 18 g	Sim	1		
		Não	0		
I.14.10	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 16 g	Sim	1		
		Não	0		
I.14.11	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14 g	Sim	1		
		Não	0		
I.14.12	Seringas de 10 ml sem agulha	Sim	1		
		Não	0		
I.14.13	Agulhas 40 x 12	Sim	1		
		Não	0		
I.14.14	Seringas de 5 ml sem agulha	Sim	1		

Código da variável	Descrição	Categoria		Observação	
		Descrição	Tabulação		
		Não	0		
I.14.15	Ampolas de água destilada de 10 ml	Sim	1		Subdimensão Medicamento
		Não	0		
I.14.16	Pacotes de gases estéreis	Sim	1		Subdimensão Materiais
		Não	0		
I.14.17	Torpedo/cilindro de oxigênio de 1 m ³ , com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone	Sim	1		Subdimensão Medicamento
		Não	0		
I.14.18	Maleta ou mala ou equivalente para armazenar os insumos de urgência	Sim	1		Subdimensão Materiais
		Não	0		
I.14.19	Caixa organizadora para armazenar os insumos de urgência	Sim	1		
		Não	0		
I.14.20	Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal	Sim	1		
		Não	0		
I.14.21	Oxímetro de pulso	Sim	1		
		Não	0		
I.14.22	Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU)	Sim	1		Subdimensão Equipamentos
		Não	0		
I.14.23	Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU)	Sim	1		
		Não	0		
I.14.24	Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU)	Sim	1		
		Não	0		
I.14.25	Máscaras de nebulização adulta	Sim	1		
		Não	0		
I.14.26	Máscaras de nebulização pediátrica	Sim	1		
		Não	0		
I.14.27	Cateteres para oxigênio tipo óculos	Sim	1		
		Não	0		
I.14.28	Aparelho para nebulização	Sim	1		
		Não	0		
I.14.29	Medidores de pico de fluxo (Peak Flow) reutilizáveis	Sim	1		Subdimensão Equipamentos
		Não	0		
I.14.30	Colar cervical adulto	Sim	1		
		Não	0		
I.14.31	Colar cervical infantil	Sim	1		
		Não	0		
<i>Medicamentos que devem estar à disposição nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família/postos de saúde utilizados para o atendimento às urgências clínicas:</i>					

Código da variável	Descrição	Categoria		Observação	
		Descrição	Tabulação		
I.14.32	Ampolas de adrenalina/epinefrina	Sim	1		
		Não	0		
I.14.33	Ampolas de atropina	Sim	1		
		Não	0		
I.14.34	Frasco de hidrocortisona de 100 mg	Sim	1		
		Não	0		
I.14.35	Frasco de hidrocortisona de 500 mg	Sim	1		
		Não	0		
I.14.36	Ampolas de glicose 50%	Sim	1		
		Não	0		
I.14.37	Ampolas de soro fisiológico 0,9%	Sim	1		
		Não	0		
I.14.38	Frascos de soro fisiológico 0,9%	Sim	1		
		Não	0		
I.14.39	Frascos de soro glicosado 5%	Sim	1		
		Não	0		
I.14.40	Frascos/ampolas de prometazina	Sim	1		
		Não	0		
I.14.41	Ampolas de diazepam	Sim	1		
		Não	0		
I.14.42	Ampola de haloperidol	Sim	1		
		Não	0		
I.14.43	Frasco de ipratrópio	Sim	1		
		Não	0		
I.14.44	Cartela de dinitrato de isossorbida 5 mg, via sublingual ou injetável	Sim	1		
		Não	0		
I.14.45	Cartela de ácido acetilsalicílico	Sim	1		
		Não	0		
I.14.46	Comprimidos de tiamina	Sim	1		
		Não	0		
I.14.47	Medicamentos anti-hipertensivos	Sim	1		
		Não	0		
I.14.48	Medicamentos hipoglicemiantes	Sim	1		
		Não	0		
I.14.49	Medicamentos insulina	Sim	1		
		Não	0		
I.14.50	Antibióticos (para administrar a primeira dose na própria unidade nos casos de pneumonia em crianças)	Sim	1		
		Não	0		
I.14.51		Sim	1		

Subdimensão
Medicamento

Código da variável	Descrição	Categoria		Observação	
		Descrição	Tabulação		
	Analgésicos (enteral e/ou parenteral)	Não	0		
I.14.52	Antitérmicos (enteral e/ou parenteral)	Sim	1		
		Não	0		
I.14.53	Furosemida injetável	Sim	1		
		Não	0		
<i>Equipamento de proteção individual</i>					
I.14.54	Máscaras descartáveis	Sim	1		
		Não	0		
I.14.55	Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis	Sim	1		Subdimensão Equipamentos de Proteção Individual
		Não	0		
I.14.56	Óculos de proteção	Sim	1		
		Não	0		
I.14.57	Avental	Sim	1		
		Não	0		

Fonte: autora, adaptado de BRASIL, 2017d

ANEXO C – Tipologia do Módulo II

Quadro 4 – Tipologia do Módulo II – Equipe – PMAQ 3º Ciclo

Continua p. 101-102

Código de variável	Descrição			DESCRİÇÃO	Dimensão	
		Descrição	Tabulação			
II.10 – Acolhimento à Demanda Espontânea						
II.10.1 – Essencial	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim	1		Dimensão Acolhimento	
		Não	0			
II.10.2 – Em quais turnos é realizado o acolhimento?				Manhã, Tarde e Noite ou Manhã e Tarde = 1 Apenas um turno = 0		
II.10.2.1 – Essencial	Manhã	Sim	1			
		Não	0			
II.10.2.2 – Essencial	Tarde	Sim	1			
		Não	0			
II.10.2.3	Noite	Sim	1			
		Não	0			
II.10.3 – Quais dias da semana acontece?						
II.10.3.1 – Essencial	Segunda	Sim	1	Segunda a sexta-feira (ou a domingo) =1 3 a 4 vezes = 0,5 ≤ 3 = 0		
		Não	0			
II.10.3.2 – Essencial	Terça	Sim	1			
		Não	0			
II.10.3.3 – Essencial	Quarta	Sim	1			
		Não	0			
II.10.3.4 – Essencial	Quinta	Sim	1			
		Não	0			
II.10.3.5 – Essencial	Sexta	Sim	1			
		Não	0			
II.10.3.6	Sábado	Sim	1			
		Não	0			
II.10.3.7	Domingo	Sim	1			
		Não	0			
II.10.4 – Qual(is) é(são) o(s) principal(is) fluxo(s) para o acolhimento à demanda espontânea?						
II.10.4.3 – Geral	A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade	Sim	1			
		Não	0			
II.10.5 – No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza:						
II.10.5.1 – Estratégico	Atendimento de urgência	Sim	1			
		Não	0			
II.10.5.2 – Geral	Renovação de receitas de medicamentos	Sim	1			
		Não	0			
II.10.5.3 – Geral	Avaliação de risco e vulnerabilidade	Sim	1			
		Não	0			

Código de variável	Descrição			DESCRİÇÃO	Dimensão
		Descrição	Tabulação		
II.10.6 – Estratégico	A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?	Sim	1	só considerar SIM (=1) se o item II.10.6/1 for SIM	
		Não	0		
II.10.6/1 – Estratégico	Existe documento que comprove?	Sim	1		
		Não	0		
II.10.7	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim	1		
		Não	0		
II.10.8	O usuário pode ficar em observação até melhora do quadro agudo, quando necessário?	Sim	1		
		Não	0		
Geral – II.10.9 – A equipe oferece fácil acesso ao usuário para:					
II.10.9 – Geral	II.10.0.1 – Buscar e mostrar resultados de exames	Sim	1		
		Não	0		
	II.10.9.2 – Sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação	Sim	1		
		Não	0		
II.10.10	A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?	Sim	1		
		Não	0		
II.11 – Oferta de Serviços					
II.11.1	A equipe coleta exames na unidade?	Sim	1		
		Não	0		
II.11.2 – Quais exames são coletados/realizados na unidade?					
II.11.2.1 – Estratégico	Exames de sangue	Sim	1	três = 1 um a dois = 0,5 nenhum = 0	Dimensão Exames
		Não	0		
II.11.2.2 – Estratégico	Urina	Sim	1		
		Não	0		
II.11.2.4 – Estratégico	Eletrocardiograma	Sim	1		
		Não	0		
II.11.3 – Quais dos seguintes procedimentos sua equipe realiza?					
II.11.3.1 – Estratégico	Drenagem de abscesso	Sim	1	mais de cinco =1 três a quatro =0,5 menos de três =0	Dimensão Procedimentos
		Não	0		
II.11.3.2 – Estratégico	Sutura de ferimentos	Sim	1		
		Não	0		
II.11.3.3 – Essencial	Retirada de pontos	Sim	1		
		Não	0		
II.11.3.5 – Estratégico	Extração de unha	Sim	1		
		Não	0		
II.11.3.6 – Essencial	Nebulização/inalação	Sim	1		
		Não	0		
II.11.3.7 – Essencial	Curativos	Sim	1		
		Não	0		
II.11.3.8 – Essencial	Medicações injetáveis intramusculares	Sim	1		
		Não	0		
II.11.3.9 – Estratégico	Medicações injetáveis endovenosas	Sim	1		
		Não	0		

Código de variável	Descrição			DESCRIÇÃO	Dimensão
		Descrição	Tabulação		
II.12 – Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde					
II.12.6 – Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos:					
II.12.6.4	Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)	Sim	1		Dimensão Articulação com a Rede
		Não	0		
II.12.7 – Geral	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?	Sim	1		
		Não	0		

Fonte: adaptado pela autora de BRASIL, 2017d

ANEXO D – Variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais

Quadro 5 – Variáveis de caracterização sócio-demográficas-assistenciais

Variável de caracterização	Fonte
População - Censo 2010	IBGE: Censo Demográfico
Densidade demográfica - habitantes por km ² (2010)	IBGE: Censo Demográfico
Produto Interno Bruto per capita (R\$ 1,00) – 2013	IBGE: Sistema de Contas Nacionais
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)	IBGE: Censo Demográfico
Índice de Gini da Renda Domiciliar per Capita (2010)	IBGE: Censo Demográfico
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (2014)	Datasus: CNES; IBGE: Projeções Populacionais
% de população beneficiária de planos de saúde (Setembro/2015)	IBGE: Projeções Populacionais
Percentual de população beneficiária do Programa Bolsa Família (2014)	CAIXA, Folha de Pagamentos do Programa Bolsa Família (PBF) – disponível no Data Social da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) / MDS; IBGE: Projeções Populacionais
Total de leitos de internação por mil habitantes (Dezembro/2015)	Datasus: CNES; IBGE: Projeções Populacionais
Total de leitos de internação SUS por mil habitantes (Dezembro/2015)	Datasus: CNES; IBGE: Projeções Populacionais
Percentual de leitos SUS no total de leitos de internação (Dezembro/2015)	Datasus: CNES
Total de leitos em UTI por 1 milhão de habitantes (Dezembro/2015)	Datasus: CNES; IBGE: Projeções Populacionais

Fonte: elaborado pela autora com dados extraídos de REGIÃO E REDES (c2020)