

# CAPACIDADE FÍSICA INSTALADA DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS/SUS DE SALVADOR - BA: UMA ANÁLISE DA REALIDADE DO COMPONENTE UPA

## INSTALLED PHYSICAL CAPACITY OF THE URGENCY AND EMERGENCY NETWORK / SUS DE SALVADOR - BA: AN ANALYSIS OF THE REALITY OF THE UPA COMPONENT

Adriana Cristian Mota Venas Lima<sup>1</sup>

### Resumo

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h é um dos componentes da Rede de Urgências e Emergências. Atualmente, a Portaria nº 10/2017/GM determina suas diretrizes. Trata-se de estudo documental e exploratório que objetivou analisar a capacidade física instalada deste componente na rede de urgências e emergências/SUS de Salvador-BA, a luz das normatizações ministeriais. Os dados foram coletados de publicações científicas, manuais e documentos legais do Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde e bases de dados do IBGE e DATASUS/MS, em um intervalo compreendido entre os anos de 2000 a 2018. Os resultados apontaram discordância entre a portaria e a capacidade física instalada das UPA's, uma vez que cinco distritos sanitários não possuem UPA em seus territórios, representando 30,8% da população descoberta. Dentre os setes distritos que possuem o componente, observou-se que 01 com indicação para 01 UPA porte III e 01 porte II, possui 02 unidades porte III e 02 outros distritos, com indicação para 01 UPA porte III em cada um, possuem 02 e 03 unidades respectivamente com esse porte. Geograficamente há concentração de UPA's em determinadas regiões formadas por distritos limites, sugerindo uma oferta desigual de serviços de urgência e emergência. Concluiu-se portanto, que embora o avanço legal tenha flexibilizado critérios para a adequação da rede municipal de urgência e incentivos federais garantidos em portarias, o município de Salvador ainda caminha em discordância com a legislação. Contudo, há uma perspectiva de avanço, já que ações preconizadas pela portaria de 2017 podem estar em processo de implementação.

**Palavras-chave:** Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

---

<sup>1</sup> Pós-graduanda do curso de Urgências e Emergências da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.  
E-mail: [adriana.venas@hotmail.com](mailto:adriana.venas@hotmail.com).

## **Abstrat**

Emergency Care Unit - UPA 24h is one of the components of the Emergency and Emergency Network. Currently, Ordinance No. 10/2017 / GM determines its guidelines. This documentary and exploratory study aimed to analyze the installed physical capacity of this component in the Salvador-BA emergency and emergency network, in light of ministerial regulations. Data were collected from scientific publications, manuals and legal documents of the Ministry of Health, state and municipal health secretariats and databases of IBGE and DATASUS / MS, in an interval between the years 2000 to 2018. The results indicated a disagreement between the ordinance and the installed physical capacity of the UPAs, since five health districts do not have UPA in their territories, representing 30.8% of the population discovered. Among the seven districts that have the component, it was observed that 01 with indication for 01 UPA porte II and 01 porte II, has 02 units porte II and 02 other districts, with indication for 01 UPA porte III in each, have 02 and 03 units with this size. Geographically there is concentration of UPAs in certain regions formed by boundary districts, suggesting an unequal supply of emergency and emergency services. It was concluded, therefore, that although the legal advance has relaxed criteria for the adaptation of the municipal emergency network and federal incentives guaranteed in ordinances, the municipality of Salvador still walks in disagreement with the legislation. However, there is a prospect of progress, since actions advocated by the 2017 decree may be in the process of implementation.

**Keywords:** Emergency Care Unit (UPA). Mobile Emergency Care Service (SAMU).

## **1 Introdução**

A Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), foi instituída em 2011 pela Portaria nº 1600/GM como uma das redes temáticas prioritárias da Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU) para tentar transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, que tem se mostrado insuficiente diante do atual quadro epidemiológico, que mostra uma acelerada progressão de mortes por violência e trauma e por doenças do aparelho circulatório, demandando uma nova conformação do sistema para o enfrentamento das situações de urgências e emergências e de suas causas (BRASIL, 2011).

Diante dessa realidade, o que se desenha para o futuro é uma população longeva com conseqüente aumento da expectativa de vida e controle da natalidade. Tais agravos, além de trazer sofrimento às pessoas e suas famílias, demandam um alto custo socioeconômico e sobrecarga dos serviços de emergência, justificando uma rede de atenção organizada e efetiva (BRASIL, 2011).

A RUE é composta pelos componentes: promoção e prevenção, sala de estabilização, força nacional do SUS (FN/SUS), serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192), unidade de pronto atendimento (UPA 24 h), atenção hospitalar e atenção domiciliar, os quais devem atuar de forma coordenada com o objetivo de ampliar a oferta das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e garantir à população os princípios básicos regulamentados pela Lei Orgânica nº 8080 de 1990, dentre os quais a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção devem estar presentes em todas a rede de urgência e emergência (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013).

O reordenamento da atenção às urgências dispõe de um amplo arcabouço legal que estabelece definições, princípios, responsabilidades e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, e envolve temas como a elaboração dos planos de atendimento às urgências, regulação médica, atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter hospitalar e a criação de núcleos de educação em urgências (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013).

Com essa base, estados e municípios traçam seus planos que se configuram como instrumentos de gestão com a intenção de melhorar os níveis de saúde da população através do levantamento de problemas e necessidades da situação de saúde e propostas de soluções. Dessa forma, a elaboração desses

planos deve considerar a capacidade instalada, a situação dos serviços de atenção às urgências e emergências, a realidade demográfica e epidemiológica da região de saúde bem como a demanda e a oferta dos serviços de urgência e emergência existentes (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013).

Nesse contexto, vale ressaltar que a partir da Constituição de 1988, o federalismo brasileiro oficializou o processo de descentralização, conferindo aos municípios responsabilidades sobre a gestão dos seus serviços. No entanto, boa parte deles tem apresentado uma baixa capacidade de gerenciamento, tanto na gestão dos serviços quanto na capacidade de financiamento. Os serviços oferecidos apresentam ineficiência e dificultam a garantia dos direitos previstos constitucionalmente (FARIAS et. al., 2017; PAIM et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013).

Nesse sentido, a descentralização da gestão à saúde inaugurada pela Constituição cidadã é um marco na história da assistência à saúde no Brasil. Gestão municipal significa estar mais próximo do lócus, da realidade epidemiológica de uma população. A autonomia municipal oferece aos gestores e demais atores envolvidos a capacidade de diagnosticar, intervir e fiscalizar os problemas e ações em saúde. No entanto, a descentralização preconizada não tem suficiência *per si* em controlar os entraves que se apresentam para a concretização de uma municipalização efetiva.

Mesmo com o avanço legal no sentido de flexibilizar critérios para a adequação da rede municipal de urgência e incentivos federais garantidos em portarias, o município de Salvador ainda caminha em discordância com a legislação, uma vez que não apresenta cobertura de UPA em todos os distritos sanitários, bem como ainda necessita readequar os pronto atendimentos para que possam fazer parte da rede de urgências e emergências. O perfil epidemiológico nas grandes capitais se modifica de forma muito acelerada, sendo necessário

considerar estudos em saúde atualizados e a dinâmica socioeconômica para que os serviços prestados sejam capazes de atender às necessidades.

Apesar do extenso aparato legal e técnico para subsidiar diagnósticos e decisões nas ações em saúde, percebe-se fragilidades na prestação dos serviços. Machado, Salvador e O'Dwyer (2011), observaram que o atendimento às urgências e emergências no Brasil apresenta deficiências, como dificuldade de acesso, insuficiência de leitos especializados e insipiência nos mecanismos de referência, principalmente na esfera municipal.

Sendo assim, a rede tem se mostrado organizada como preconizado, porém as unidades de urgência estão sobrecarregadas em suas atividades. São deficientes e não conseguem atender a demanda com qualidade contradizendo a proposta de universalidade na qual toda a população deve ter acesso aos serviços de saúde (FARIAS et. al., 2017; (PAIM et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013).

Diante do exposto, esse estudo objetivou analisar a capacidade física instalada do componente UPA, da rede de urgências e emergências/SUS de Salvador-BA, a luz das normatizações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

## **2 Metodologia**

Estudo documental e exploratório que analisou a capacidade física instalada do componente UPA na cidade de Salvador, no ano de 2018, com as normatizações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Foram selecionadas publicações científicas na base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), CAPES, manuais e documentos legais do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais e municipais de saúde, consultas nas bases

de dados do IBGE e DATASUS (MS), em um intervalo compreendido entre os anos de 2000 a 2018.

Foram realizados levantamentos bibliográficos e análise dos documentos normativos e legais fornecidos pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias estadual e municipal de saúde e posterior análise dos dados fornecidos pelo Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES).

### **3 Resultados e Discussão**

#### **3.1 UPA**

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h é um dos componentes da RUE e constitui-se como uma estrutura intermediária entre as unidades básicas de saúde e as emergências hospitalares, com funcionamento 24h por dia, sete dias por semana e com uma estrutura física que deve ser capaz de resolver 97% das urgências e emergências que nela adentram (SESAB, 2018).

Este componente foi instituído em 2008 pela Portaria nº 2922/GM com o objetivo de fortalecer as redes de atenção às urgências. Atualmente, a Portaria nº 10/2017/GM determina as diretrizes para a UPA através da redefinição do modelo assistencial e do financiamento e traz em seu texto aspectos relacionados aos portes, cobertura populacional e número de leitos, incluindo os leitos da sala de urgência, mais conhecida nas UPAs como “sala vermelha” (BRASIL,2017).

Com esta base, estados e municípios traçam seus planos como um importante instrumento de gestão capaz de organizar e direcionar as ações em saúde. Através de análise situacional, os entes apresentam as intenções e os

resultados a serem alcançados em uma parceria com a sociedade (SALVADOR, 2018.I).

A especificação do número de leitos para a sala de estabilização é uma inovação que esta portaria apresenta, já que normas anteriores não trouxeram essa pauta. Ao explicitar especificamente como estas salas precisam estar instaladas, o MS demonstra preocupação crescente com a garantia de uma assistência de alta qualidade e resolubilidade ao paciente grave que demanda atendimento da UPA.

Ao analisar a legislação que estabelece diretrizes para as UPA's, Konder e O'Dwyer (2015), concluíram que essas portarias corroboram para um olhar cuidadoso sobre as UPA's, que devem ser instaladas de forma estratégica para a configuração das redes de atenção às urgências. A tabela 1 apresenta a classificação das UPA's.

**Tabela 1** - Classificação das UPA's 24h por porte e população de abrangência

<b>Portes aplicáveis</b>	<b>População para a área de abrangência</b>	<b>Mínimo de leitos observação</b>	<b>Mínimo de leitos sala de urgência</b>
Porte I	50.000 A 100.000 habitantes	7 leitos	2 leitos
Porte II	100.001 A 200.000 habitantes	11 leitos	3 leitos
Porte III	200.001 A 300.000	15 leitos	4 leitos

	habitantes		
--	------------	--	--

Fonte: Brasil, 2017

Segundo o Sistema de Informação do SUS (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b), há atualmente em Salvador 12 UPA's PORTE III em funcionamento, 03 delas estaduais. Verificou-se durante a análise dos dados que, para fins de organização dos serviços e ações em saúde, as UPA's de Salvador estão distribuídas por distritos sanitários, conforme apresentado na tabela 2.

A delimitação e organização das localidades de Salvador por Distritos Sanitários iniciou-se na década de 80, no contexto da descentralização da gestão do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no estado da Bahia e está prevista no capítulo da Saúde da Lei Orgânica Municipal (SALVADOR, 2018.II).

Segundo Paim (2014), Distrito Sanitário é o agrupamento de localidades ou bairros que formam uma unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde seguindo um modelo epidemiológico, cujos objetivos são a otimização dos recursos públicos e privados de saúde com acesso da sociedade a estes e a promoção de mudanças das práticas sanitárias com a participação da sociedade. Tal territorialização segue critérios populacionais, geográficos, administrativos e políticos.

**Tabela 2** – Distribuição de UPA's 24h em Salvador por porte e por Distrito Sanitário, 2018

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>UPA 24h por distrito sanitário</b>	<b>Porte das UPAs</b>
Barra/Rio Vermelho	UPA Vale dos Barris	III
Centro Histórico	-----	-----



Boca do Rio	-----	-----
Brotas	UPA Brotas	III
Cabula/Beiru	UPA Cabula*	III
	UPA Roberto Santos*	III
Cajazeiras	-----	-----
Itapagipe	UPA Roma*	III
Itapuã	UPA Hélio Machado	III
	UPA Parque São Cristovão	III
Liberdade	-----	-----
Pau da Lima	-----	-----
São Caetano/Valéria	UPA Valéria	III
	UPA San Martin	III
	UPA Pirajá/Sto Inácio	III
Subúrbio Ferroviário	UPA Periperi	III
	UPA Paripe	III

Fonte: Salvador, 2018.II/BRASIL, 2018a/BRASIL, 2018b

Nota: \*UPA's estaduais

Observou-se discordância entre a determinação da portaria e a capacidade física instalada em Salvador, uma vez que 05 distritos sanitários não possuem UPA em seus territórios, o que demonstra uma grande lacuna assistencial, uma vez que estes distritos somam 825.448 habitantes, ou seja, 30,8% da população. Todos eles apresentam critério populacional para ter no mínimo 01 UPA porte I (SALVADOR, 2018.II).

Em 2015, uma avaliação de implantação e de desempenho das UPA's revelou que a normatização para a sua implementação apresentava-se pouco flexível. A rigidez no atendimento as normativas legais, dificultou a adequação às particularidades locais, a viabilidade da implantação de novas unidades, bem como a capacidade de subsistir (CONASS, 2015).

Ao analisar a norma de 2017, percebeu-se maior flexibilidade de critérios, pois ofereceu oito opções de incentivo financeiro de custeio, segundo a capacidade operacional (quantitativo de profissionais médicos/24h), além de aumentar a margem de investimento para UPA's novas e ampliadas. Após publicação dessa normativa, houve uma tendência de crescimento do número de UPA's em Salvador, o que pode-se inferir, que a referida normativa viabilizou a implantação de mais UPA's na rede de urgência e emergência do SUS.

Diante desse contexto, umas das metas estabelecidas pelo governo do estado da Bahia até 2019 é a articulação dos 12 distritos sanitários de Salvador, com pontos de Atenção da Rede de Urgências e Emergências, com o objetivo de atingir a cobertura populacional preconizada (SESAB, 2016).

Com relação ao modelo de territorialização das UPA's, vale ressaltar que engloba também a distribuição populacional. Segundo o último censo, a população de Salvador é de 2.857.329 habitantes com uma perspectiva de 2.857.329 habitantes para o ano de 2018 (BRASIL, 2018c). Contudo, para esta análise será considerada a distribuição da população por distritos sanitários realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para a concretização do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, principal instrumento da gestão municipal do Sistema Único de Saúde, demonstrado na tabela 3 abaixo.

**Tabela 3** – Distribuição da população e dos bairros de Salvador por distrito sanitário, 2018

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Número de bairros por distrito sanitário</b>	<b>População por distrito sanitário</b>
Barra/Rio Vermelho	70	370.009 hab.
Centro Histórico	54	78.461 hab.
Boca do Rio	29	138.717 hab.

Brotas	36	223.239 hab.
Cabula/Beiru	72	421.246 hab.
Cajazeiras	19	173.614 hab.
Itapagipe	27	177.317 hab.
Itapuã	39	273.182 hab.
Liberdade	25	195.887 hab.
Pau da Lima	29	238.769 hab.
São Caetano/Valéria	35	281.082 hab.
Subúrbio Ferroviário	26	351.664 hab.

Fonte: Salvador, 2018.II

Segundo a portaria 10/2017, a necessidade de capacidade instalada de UPA para cada distrito sanitário é calculada a partir da população máxima a ser coberta (população por distrito sanitário/população a ser coberta por UPA segundo o porte), conforme apresentada na tabela 4 a seguir.

**Tabela 4** - Quantidade necessária de UPA em Salvador segundo distrito sanitário que não possui UPA

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Número necessário de UPA</b>
Centro Histórico	0,78 UPA porte I
Boca do Rio	0,69 UPA porte II
Cajazeiras	0,86 UPA porte II
Liberdade	0,97 UPA porte II
Pau da Lima	0,79 UPA porte III

Fonte: Elaborado pela própria autora.

A partir dos dados da tabela 4, foi possível observar que o distrito menos populoso (Centro Histórico) se enquadra nos critérios para alocar, no mínimo 01 UPA porte I, uma vez que possui população entre de 50 e 100.000 habitantes.

Em 2015, a mortalidade por causas externas neste distrito atingiu 94,31%. Segundo um relatório que resultou da Oficina de Priorização de Problemas realizado no ano de 2017 neste distrito, um dos problemas apontados foi a inexistência de rede de atenção às urgências e emergências na localidade (SALVADOR, 2018.II).

Este achado é semelhante ao encontrado por Faria et. al. (2017), quando conclui em seu estudo, que locais com maiores necessidades ficam desassistidos e a rede com a resolutividade limitada, o que confirma a ideia de que entraves para a concretização da PNAU se refletem em qualquer região do país.

Entre os demais distritos, 03 apresentam população equivalente a no mínimo 01 UPA porte II e um deles se enquadra nos critérios populacionais para 01 UPA porte III.

Chama a atenção o último distrito apresentado na tabela 4, Pau da Lima, que apresenta elevados números de casos de violência na população geral, em especial entre crianças e adolescentes. Segundo relatório que resultou da Oficina de Identificação de Problemas realizado em 2017, neste distrito, algumas das dificuldades apontadas foram: recusa de atendimento, quando procuram unidades de distritos vizinhos e fragilidade da rede de urgência e emergência (SAMU, UPA, portas hospitalares) aos casos de saúde mental, principalmente quando estão em crise (SALVADOR, 2018.II).

Uma das análises a serem feitas acerca do apoio assistencial à população desses distritos é que os mesmos estabelecem limites geográficos com distritos que possuem UPA e que estas UPA's acabem por abarcar uma população além da capacidade de seu porte, o que comprometeria o acolhimento aos casos mais graves, os processos de trabalho, a demanda de recursos materiais e equipamentos e a capacidade de recursos humanos.

Por outro lado, as portas hospitalares podem ter alta demanda de casos, que poderiam ser resolvidos nas UPA's, rompendo o ciclo regulatório que articula esses componentes. No entanto, há a necessidade de um estudo mais elaborado acerca das unidades que atendem a essa população e suas condições assistenciais.

Outra análise é sobre a existência de pronto-atendimentos em alguns distritos. É importante ressaltar que apesar de não compor a RUE, em Salvador esse equipamento ainda faz parte do atendimento às urgências e emergências, conhecidos popularmente como "P.A.", segundo apresentado na tabela 5 abaixo.

Os pronto-atendimentos são unidades que oferecem atendimento 24h por dia, porém sem equipamentos ou materiais adequados para a elucidação diagnóstica das urgências e sem articulação com os demais componentes da rede assistencial. Embora contribua para o escoamento da demanda reprimida da atenção básica, estes serviços oferecem assistência de baixa qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2002).

Silva, Santo e Oliveira (2017), corroboram para as análises realizadas uma vez que concluem em seu estudo que uma quantidade pequena de UPA implantada pode causar sobrecarga de trabalho e superlotação de atendimento nas unidades hospitalares e nos pronto-atendimentos.

**Tabela 5** - Unidades de pronto atendimento por gestão e distrito sanitário em Salvador, 2018

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Pronto atendimento</b>
	<b>Estadual</b>
Cajazeiras	P.A. Cajazeiras

Liberdade	P.A. Mãe Hilda Jitolu
São Caetano/Valéria	P.A. Gercino Coelho
	<b>Municipal</b>
Pau da Lima	P.A. São Marcos
Boca do Rio	P.A. Alfredo Boreau
Cabula/Beiru	P.A. Edson Teixeira P.A. Rodrigo Argolo
Liberdade	P.A. M <sup>a</sup> Conceição Santiago Imbassai
Barra/Rio Vermelho	P.A. psiquiátrico

Fonte: Brasil, 2018a

Salvador possui 03 unidades de pronto-atendimento estaduais e 06 municipais, onde 01 dos municipais é uma unidade psiquiátrica. Um dos cinco distritos que não tem UPA é desprovido também de P.A., enquanto há 01 em cada um dos demais.

Os pronto-atendimentos devem dar espaço a implementação de novas unidades. A portaria 10/17 considera como preocupante a proliferação dos pronto-atendimentos e garante recursos de investimento para que suas estruturas sejam ampliadas e readequadas para que se caracterizem como UPA's 24h habilitadas a compor a RUE e prestar assistência de qualidade.

Todavia, a subsistência desse componente depende da coparticipação de estados e municípios gerando receita para os mesmos, o que pode explicar ainda a não adequação dos pronto-atendimentos.

Em 2015, o governo federal lançou o desafio de implantar 1.000 UPA's em todo o país - nesta ocasião com 384 em funcionamento - contando para isso com a parceria de estados e municípios através de uma estrutura de informação, financiamento, retaguarda de leitos e organização de processos de trabalho, pois entende que "...a atenção à urgência e emergência em tempo oportuno e de forma qualificada reveste-se de grande importância por salvar vidas, evitar sequelas e reduzir o sofrimento das pessoas..." (CONASS, 2015).

Para os distritos que possuem UPA, foi realizado o cálculo da população adscrita por distrito sanitário, pela população máxima a ser coberta de acordo com a portaria 10/2017 (população por distrito sanitário/população a ser coberta por UPA segundo o porte), com o objetivo de ratificar a suficiência das unidades já existentes para a cobertura populacional estabelecida, conforme demonstrado na tabela 6 a seguir.

**Tabela 6** – Quantidade necessária de UPA em Salvador segundo distritos sanitários que possuem UPA

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Número necessário de UPA</b>
Barra/Rio Vermelho	1,0 UPA porte III e 0,7 UPA porte I
Brotas	0,74 UPA porte III
Cabula/Beiru	1,0 UPA porte III e 0,6 UPA porte II
Itapagipe	0,88 UPA porte II
Itapuã	0,91 UPA porte III
São Caetano/Valéria	0,93 UPA porte III
Subúrbio Ferroviário	1,0 UPA porte III e 0,51 UPA porte I

Fonte: Elaborado pela própria autora

O número mínimo de UPA necessário por população adscrita encontrado determinado pela portaria está em desacordo com a realidade. Observa-se que o distrito de Barra/Rio Vermelho com população acima de 300.000 habitantes deveria estar equipado com 01 unidade de porte III e 01 unidade de porte I. Os investimentos por parte da gestão, neste aspecto, podem não estar sendo aplicados de forma a contemplar o que preconiza a norma. Infere-se que o abismo assistencial seja ainda mais amplo quando considerados os aspectos de insuficiência de unidades para a população adscrita e a ausência de unidades em determinados distritos.

Em outro extremo, distritos com indicação para 01 UPA porte III e 01 UPA porte II (421.246 habitantes) possui 02 unidades de porte III e em outros com população até 300.000 habitantes e indicação para 01 UPA porte III (273.182 e 281.082 habitantes) há 02 e 03 respectivamente com esse porte. O distrito de Itapagipe com população até 200.000 caberia 01 UPA porte II, possuindo no entanto 01 porte III, já para o distrito de Subúrbio Ferroviário seriam necessárias 01 unidade porte III e 01 porte I, possuindo contudo, 02 de porte III. Esses distritos contabilizam números além do normatizado.

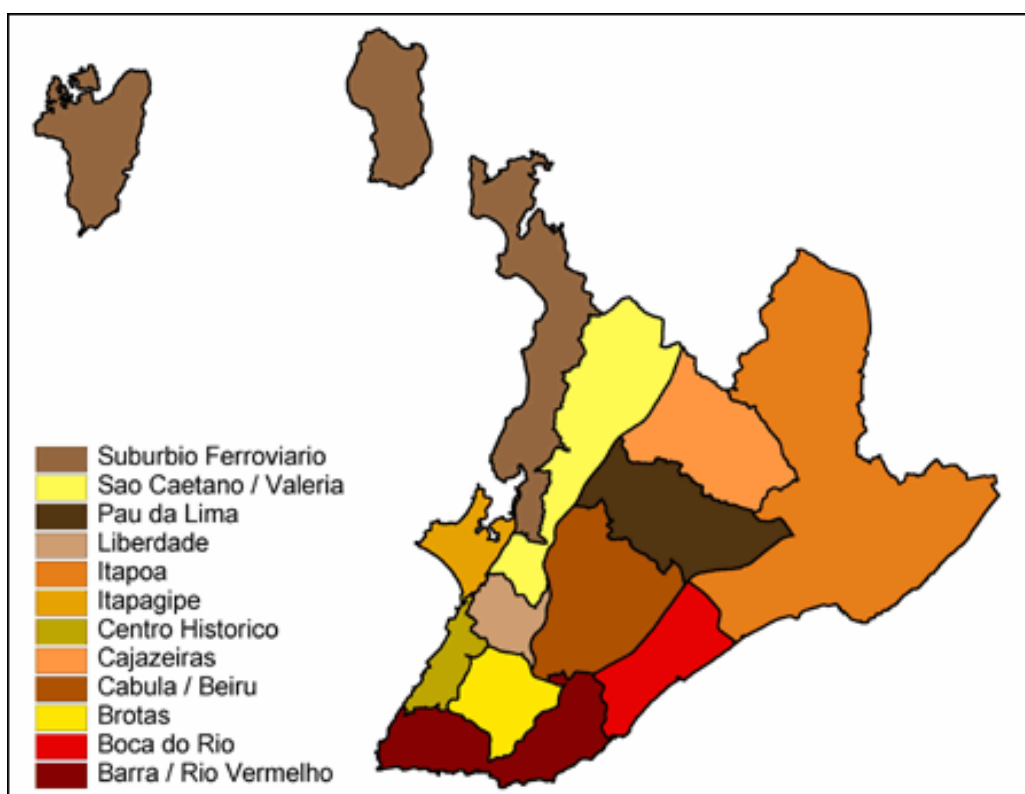
Nessas localidades observa-se concentração de investimentos. Este resultado sugere que a análise situacional para a implantação dessas unidades pode não ter considerado aspectos de cobertura populacional preconizados, porém se faz necessária a identificação das condições sócio- econômicas e epidemiológicas destes distritos que possam influenciar no processo de adoecimento e justificar essa desproporção. Outra possibilidade é o uso dessa desproporção como estratégia para dar suporte assistencial aos distritos desprovidos de UPA's ou com quantidades de unidades insuficientes para a população na tentativa de ocultar vazios assistenciais.

Apenas o distrito sanitário de Brotas foi identificado como a localidade que contempla a determinação normativa, 01 UPA porte III.



A concentração de unidades além do estabelecido em determinadas localidades pode contribuir para uma apresentação geográfica desigual, demonstrando a concentração de UPA's em determinadas regiões formadas por distritos limites, de acordo com a figura 1 apresentada a seguir.

**Figura 1** – Distribuição geográfica dos distritos sanitários de Salvador, 2018



Fonte: Salvador, 2018

Os distritos de Cabula/Beiru, São Caetano/Valéria, Brotas e Barra/Rio Vermelho somam 7 unidades e os distritos de Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria e Itapagipe somam 6 unidades (SALVADOR, 2018.II).

Tal distribuição pode contribuir para uma oferta desigual de serviços de urgência e emergência, demonstrando que não só o número suficiente de UPA's é importante como também sua distribuição geográfica para que as necessidades de saúde da população sejam atendidas.

A pesquisa de Batista (2009) sobre a localização das unidades de atendimento de urgência e emergência em Salvador, encontrou resultados semelhantes. Segundo seu estudo a distribuição de UPA's no espaço geográfico e a cobertura populacional não são uniformes, o que permitia, já naquele momento, grandes vazios assistenciais nos distritos de Centro Histórico, Cajazeiras e Pau da Lima.

O levantamento dos dados apresentados é de ampla relevância para a análise de situações epidemiológicas uma vez que permite estabelecer relações entre as ações desenvolvidas por gestores e as normativas ministeriais. Instiga para o levantamento da seguinte questão: tais normativas estão adequadas à realidade vivida por cada população?

O resultado dessa reflexão pode subsidiar a revisão de planejamentos de ações em saúde e direcionar novos objetivos a serem alcançados. Relaciona-se também com investimentos em estrutura física, equipamentos, materiais e recursos humanos por parte dos gestores para que possam atingir toda a população nas suas necessidades de saúde, adequando-se às normas ou propondo justificativas para que as mesmas não sejam rigorosamente seguidas por particularidades epidemiológicas regionais. Leva também a refletir sobre os instrumentos e mecanismos de fiscalização que detectam o descumprimento das normas e dos compromissos firmados entre os entes.

#### **4 Conclusão**

Este estudo revelou que, embora as normas ministeriais explicitem os critérios e as orientações para a concretização do componente UPA na RUE, ainda há descumprimento evidenciado pela inadequação da quantidade de unidades e seus portes.

Nesse contexto, se faz urgente a cobertura de toda a população, contudo a situação se torna mais crítica nos distritos com altos índices de violência que ainda não dispõem do serviço. Quantidade de unidades insuficiente e inadequação dos portes bem como distribuição geográfica irregular são aspectos que podem agravar a lacuna assistencial uma vez que podem dificultar o acesso da população aos serviços essenciais em saúde.

A descentralização depende da parceria entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais que devem priorizar as ações e cumprir com metas e compromissos legalmente determinados. Essa análise permite apontar o não cumprimento das normas ministeriais para a instalação física do componente UPA, mas aponta também para uma perspectiva de avanço uma vez que ações preconizadas pela portaria de 2017 podem ainda estar em processo de implementação.

No entanto, para uma análise mais apurada, recomenda-se o levantamento de situações que possam justificar tais desajustes: entraves que possam interferir na adequação da quantidade de unidades construídas e realidades sócio-epidemiológicas relevantes que justifiquem a inadequação dos portes. Dessa forma, estudos posteriores são necessários para a verificação da situação assistencial das UPA's que absorvem a demanda dos distritos desassistidos e da distribuição geográfica irregular com o objetivo de subsidiar justificativas relevantes para a complementação da cobertura populacional através da adequação de todas os pronto-atendimentos bem como a construção de novas UPA's.

A literatura acerca do tema ainda é limitada, motivo pelo qual não foi possível concretizar uma análise robusta das questões que interferem na concretização das portarias que normatizam a UPA. Contudo, os dados obtidos são de grande relevância para uma análise inicial do panorama da realidade do componente UPA no município de Salvador enquanto elo da rede de urgências e emergências e para o levantamento de reflexões acerca do tema capazes de subsidiar não somente estudos posteriores como o redirecionamento das práticas de saúde.

Espera-se assim, que análises futuras reflitam a harmonia entre o que está posto e o que está preconizado como resultado do compromisso municipal para a consolidação da Rede de Urgências e Emergências.

## Referências

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado - SESAB. **Plano Estadual de Saúde: Gestão 2016-2019**. 2016. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: setembro de 2018.

BATISTA. Lucianne Fialho. Unidades de Atendimento de Urgência e Emergência em Salvador: estudo de localização. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura. Programa de pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. **Dissertação de Mestrado**. Salvador, 2009. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: julho de 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado - SESAB. **Upas e unidades de emergência**. 2018. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: agosto de 2018.

BRASIL. Portaria nº 8080/GM. **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: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em maio de 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. **Regulamenta o atendimento das Urgências e Emergências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em junho de 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1600/GM. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em junho de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às**

**Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [www.bvsmms.gov.br](http://www.bvsmms.gov.br). Acesso em maio de 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto-atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: julho de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. **Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2017. Disponível em: [www.bvsmms.gov.com.br](http://www.bvsmms.gov.com.br). Acesso em: agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. DATASUS/CNES. Base de dados do SUS/**Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2018a. Disponível em: [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br). Acesso em: setembro de 2018.

\_\_\_\_\_. SAGE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS**. 2018b. Disponível em: [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br). Acesso em: setembro de 2018.

\_\_\_\_\_. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2018c**. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em agosto de 2018.

FARIA, Tamara Lima Martins et al. A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. **Saúde Soc.**, Vol. 26, nº.3, São Paulo, 2017. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: junho de 2018.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Vol. 25, nº 2, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: agosto de 2018.

MACHADO, Cristiane Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, Vol.45, nº.3, São Paulo, 2011. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: maio de 2018.

OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Vol. 17, nº 1, p. 148-156, Minas Gerais, 2013. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: junho de 2018.

PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Vol. 1, nº 1, p.11-31, 2011. Disponível em: [www.bvsmms.gov.br](http://www.bvsmms.gov.br). Acesso em: maio de 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Análise de Situação de Saúde: O que são necessidades e problemas de saúde?** Capítulo 03. Páginas 29-40. IN: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. (ORGs).

Saúde Coletiva: Teoria e prática. 1ª Edição. Editora Medbook, Rio de Janeiro, 2014. 720p.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde. 2018-2021**. Vol. 1. Salvador: SMS, 2018.I. 18 p. Disponível em: [www.saude.salvador.ba.gov.br](http://www.saude.salvador.ba.gov.br). Acesso em: agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde. 2018-2021**. Salvador: SMS, 2018.II. 12 p. Vol. 2. Distritos Sanitários. Disponível em: [www.saude.salvador.ba.gov.br](http://www.saude.salvador.ba.gov.br). Acesso em: agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários. 2018. Disponível em: [www.salvador.ba.gov.br](http://www.salvador.ba.gov.br). Acesso em: agosto de 2018.

SILVA, Jéssica Silva da; SANTO, Eniel do Espírito; OLIVEIRA, Tarso de Almeida. Distribuição das Unidades de Pronto-atendimento (UPA) na Região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**. Vol.11, n.9, 2017. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: agosto de 2018.