



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE
NÚCLEO DE GESTÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

JOYCE SILVA BATISTA

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: análise do funcionamento das Unidades de
Pronto Atendimento de Pernambuco**

Caruaru
2024

JOYCE SILVA BATISTA

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: análise do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento de Pernambuco

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Administração, do Campus Agreste da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, na modalidade de monografia, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Administração.

Área de concentração: Administração Geral e Organizações.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Menelau

Caruaru
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Batista, Joyce Silva.

Política pública de saúde: análise do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento de Pernambuco / Joyce Silva Batista. - Caruaru, 2024.
77 : il., tab.

Orientador(a): Sueli Menelau

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico do Agreste, Administração, 2024.
Inclui referências.

1. Política Pública de Saúde. 2. Unidades de Pronto Atendimento. 3. SUS.
I. Menelau, Sueli. (Orientação). II. Título.

650 CDD (22.ed.)

JOYCE SILVA BATISTA

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: análise do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento de Pernambuco

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Administração, do Campus Agreste da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, na modalidade de monografia, como requisito parcial a obtenção do título de bacharel em Administração.

Aprovado em: 01/04/2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sueli Menelau (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. M.Sc. Naialy Patrícia Rodrigues (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Patrícia Lacerda de Carvalho (Examinadora Externa)
Universidade Federal da Paraíba

Dedico este trabalho ao meu filho Isaque, que ainda é tão pequeno, mas me traz uma força surreal para buscar realizar meus sonhos, por mim e por ele.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me permitido chegar até aqui através da sua infinita graça e misericórdia, as quais sinto me alcançarem todos os dias.

Aos meus pais, Roseli e Paulo, que sempre me ajudaram e lutaram para proporcionar tudo que estava ao alcance deles.

Ao pai do meu filho, Wellington, que esteve comigo durante toda a trajetória acadêmica na graduação. Agradeço por acreditar, apoiar, ouvir meus desabafos e ajudar nos momentos difíceis, sendo um grande apoiador e verdadeiro amigo.

Aos docentes que contribuíram com a minha formação, em especial a Profa. Dra. Sueli Menelau por não ter desistido de mim, pela paciência em me orientar, tirar dúvidas e pelo grande incentivo à conclusão deste trabalho, que cheguei até pensar em desistir. Agradeço pelos momentos de descontração e tranquilização quando fiquei temerosa e apreensiva. A sra. foi fantástica comigo, além disso, eu à admiro demais, professora!

Aos inesquecíveis amigos de turma que estiveram comigo durante os períodos do curso, por todas as trocas que tivemos, compartilhando momentos de alegrias, dificuldades, estudos e diversão, foi maravilhoso conhecê-los. Gostaria de citar todos que vivi momentos marcantes. Mas, pela impossibilidade decorrente da limitação deste texto, as menções em especial serão para Naialy, Fernanda e Daniele, as quais tive mais proximidade, fiz mais trabalhos em grupos e troquei mais experiências, muito obrigada por tudo meninas.

A outros que não mencionei neste texto, mas contribuíram direta ou indiretamente no meu processo de formação na graduação, minha sincera gratidão.

É necessário sempre acreditar que o sonho é possível
Que o céu é o limite e você, truta, é imbatível
[...]
O pensamento é a força criadora
O amanhã é ilusório
Porque ainda não existe
O hoje é real
É a realidade que você pode interferir
As oportunidades de mudança
Tá no presente
Não espere o futuro mudar sua vida
Porque o futuro será a consequência do presente
Parasita hoje, um coitado amanhã
Corrida hoje, vitória amanhã

Intérprete: Racionais MC's
Composição: Edi Rock

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo analisar o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento 24h de Pernambuco como parte da política pública de saúde do Sistema Único de Saúde. As políticas públicas surgem para enfrentar um problema público, e as Unidades de Pronto Atendimento foram implantadas estrategicamente com o intuito de compensar a insuficiência da atenção básica, mas principalmente aliviar a superlotação nas emergências hospitalares, sendo ainda configuradas para estabelecer a relação entre ambos. Neste estudo, as Unidades de Pronto Atendimento foram caracterizadas quanto ao Porte, Opção de Funcionamento, Modalidade e conformação Regional de Saúde no estado. Além disso, em relação aos métodos, adotou desenho de estudo longitudinal, utilizou-se de abordagem quantitativa e delineamentos descritivo e exploratório para analisar o comportamento dos atendimentos ambulatoriais realizados nas unidades no período dos anos de 2018 a 2022. Através da análise estatística dos atendimentos ambulatoriais foi possível inferir que as Unidades de Pronto Atendimento seguiram um fluxo positivo de atendimentos pré pandemia (anos de 2018 e 2019). No entanto, o período pandêmico (mais especificamente o ano de 2020), apontou um despreparo no sistema de saúde quanto a capacidade de realizar plenamente suas funções e suprir de maneira significativa a assistência à saúde da população. Sendo assim, voltou a readaptar-se a partir do ano de 2021, progredindo em crescimento no ano de 2022, mas sem alcançar o patamar de atendimentos encontrados antes da pandemia.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde; Unidades de Pronto Atendimento; SUS.

ABSTRACT

The present research aim was to analyse the functioning of the 24-hour Emergency Care Units in Pernambuco as part of the public health policy of the Unified Health System. Public policies emerge to tackle a public problem, and the Emergency Care Units were strategically implemented with the aim of compensating for the insufficiency of primary care, but mainly to alleviate overcrowding in hospital emergency departments, and were also set up to establish a relationship between the two. In this study, the Emergency Care Units were characterised in terms of their Size, Operation Option, Modality and Health Regional conformation in the state. In addition, in relation to the methods, it adopted a longitudinal study design, used a quantitative approach and descriptive and exploratory designs to analyse the behaviour of outpatient care provided at the units from 2018 to 2022. Through the statistical analysis of outpatient care, it was possible to infer that the Emergency Care Units followed a positive flow of pre-pandemic care (2018 and 2019). However, the pandemic period (more specifically 2020) showed that the health system was unprepared in terms of its ability to fully fulfil its functions and provide significant health care to the population. So, it readapted again from 2021 onwards, growing in 2022, but without reaching the level of care found before the pandemic.

Keywords: Public Health Policy; Emergency Care Units; SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição das macrorregiões de Saúde de PE e suas sedes	17
Figura 2 -	Conceitos sobre políticas públicas	24
Figura 3 -	Problema público	25
Figura 4 -	Tipos de políticas públicas conforme os objetivos	26
Figura 5 -	Períodos de desenvolvimento da política federal de atenção às urgências	27
Figura 6 -	Objetivos da PNAU	28
Figura 7 -	Conceitos: Urgência x Emergência	29
Figura 8 -	Componentes da RAU	31
Figura 9 -	Fluxo de habilitação da UPA	32
Figura 10 -	Modalidades das UPAs 24h	34
Figura 11 -	Modelo estruturante da pesquisa	38
Figura 12 -	Mapa da I Região de Saúde e Microrregiões de Saúde	45
Figura 13 -	Mapa da IV Região de Saúde e Microrregiões de Saúde	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução das médias gerais de atendimentos realizados nas UPAs 24h de PE	64
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Tipologia de Lowi (1964)	26
Quadro 2 -	Diretrizes da RAU	30
Quadro 3 -	Definição dos Portes aplicáveis às UPAs 24h	35
Quadro 4 -	Classificação das UPAs 24h por Opção de Funcionamento	36
Quadro 5 -	UPAs 24h de PE que foram analisadas	40
Quadro 6 -	Características das UPAs 24h de PE	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Olinda	47
Tabela 2 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Igarassu	49
Tabela 3 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Paulista	50
Tabela 4 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Imbiribeira	51
Tabela 5 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Caxangá	53
Tabela 6 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa São Lourenço da Mata	54
Tabela 7 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Torrões	55
Tabela 8 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Curado	56
Tabela 9 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Barra de Jangada .	57
Tabela 10 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Engenho Velho	58
Tabela 11 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Caruaru	59
Tabela 12 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Cabo de Santo Agostinho	60
Tabela 13 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Nova Descoberta ..	61
Tabela 14 -	Medidas estatísticas dos atendimentos da Upa Ibura	63
Tabela 15 -	UPAs 24h com maiores e menores médias de atendimentos (2018 a 2022)	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<i>et al.</i>	E outros
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NEU	Núcleos de Educação em Urgência
PAR	Plano de Ação Regional
PE	Pernambuco
PNADC	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
QUALISUS	Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave - coronavírus 2
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAE	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	19
1.2	OBJETIVOS	21
1.3	JUSTIFICATIVA	21
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS	23
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	27
2.2.1	Unidades de Pronto Atendimento	31
3	METODOLOGIA	37
3.1	TIPIFICAÇÃO DA PESQUISA	37
3.1.1	Trajetória metodológica	38
3.2	DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA	39
3.3	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS ...	40
3.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	41
3.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	42
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
4.1	CARACTERÍSTICAS DAS UPAS DE PE	43
4.2	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DAS UPAS DE PE	47
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	70

1 INTRODUÇÃO

A organização do sistema de saúde brasileiro é marcada por um extenso período de lutas e desafios em tentativas de melhorias na qualidade da assistência à saúde da população (Rocha, 2005). Mesmo assim, a realidade nos prontos-socorros dos hospitais públicos de todo o país é diferente, refletida com longas filas nas portas, corredores lotados, faltas de leitos e descaso no atendimento, citados a título de exemplos (Pinto; Stocker; Lima, 2019).

Conforme O'Dwyer (2010), a proposta da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) no Brasil está vinculada à acentuada insatisfação nas emergências hospitalares, surgindo no intuito de reorganização e regulação desses serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNAU visa ampliar o acesso de atendimentos à população reduzindo as desigualdades, garantindo o direito à saúde, e tendo a integração dos níveis de atenção à saúde como forma de organização nas urgências e emergências (Uchimura, 2014).

Realizando atendimentos fora do âmbito hospitalar, o objetivo da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, componente pré-hospitalar fixo da PNAU e objeto de estudo deste trabalho, é reduzir a superlotação de prontos socorros, evitando que os casos de menores complexidades sejam enviados às emergências hospitalares (Minayo; Deslandes, 2008; Pinto; Stocker; Lima, 2019). Funcionando como uma porta de entrada aos serviços de saúde de urgência e emergência, dependendo da necessidade do atendimento do paciente a UPA pode resolver o caso, encaminhá-lo para internação hospitalar, ou redirecioná-lo à atenção básica (Brasil, 2011a; Silva *et al.*, 2012).

Conforme o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) (IEPS, 2021), o surgimento das UPAs impactou na redução de pressão por atendimento demandada aos prontos socorros dos hospitais, melhorando indicadores de mortalidade e diminuindo internações por causa sensíveis à atenção primária. No entanto, não houve alteração significativa na mortalidade total dos municípios, sugerindo que há espaço para aprimoramento na integração dos níveis de atenção à saúde, através de fluxos de informações mais eficientes na rede e no fortalecimento de uma atenção primária resolutiva (IEPS, 2021).

De acordo com Pinto *et al.* (2019), a UPA é o tipo de estabelecimento de saúde que se enquadra no nível de atenção secundária do SUS, que contempla a oferta de

serviços definidos como especializados de média e alta complexidade desenvolvidos em um ambiente ambulatorial (Ministério da Saúde [MS], 2023). O nível de média e alta complexidade é a caracterização do grau de intrincamento tecnológico na produção do serviço de saúde (Pinto *et al.*, 2019).

Diante disso, vale observar que segundo o Portal da Transparência da Controladoria Geral da União no ano de 2022 foram gastos mais de 136 bilhões de reais na área de atuação Saúde. Desse valor avultoso, cerca de 23 bilhões de reais foram alocados nas subfunções associadas à função saúde e destes, 45,59% foram destinados exclusivamente à assistência hospitalar e ambulatorial (Portal da Transparência, 2023).

Mesmo sendo uma das pastas que recebe maior proeminência na agenda política de saúde, ainda assim os serviços de média e alta complexidade constituem-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do SUS (Silva *et al.*, 2017; Solla; Chioro, 2012). Em Pernambuco (PE) as UPAs foram estabelecidas em janeiro de 2010 como iniciativa do governo do estado a fim de preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS (PE, 2023).

Em 2012 existiam 15 UPAs instaladas em PE estando, do ponto de vista administrativo, inseridas no estado dentro do modelo (copiado das experiências dos estados de São Paulo e Bahia) de ‘contratos de gestão’ em parcerias com organizações sociais (Mello; Ribeiro, 2015). Até o final do ano de 2022 existiam 36 UPAs em PE conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do sítio DATASUS (CNES, 2023).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização de PE, no que se refere à Saúde o estado apresenta dois níveis de divisões administrativas do território, cujo objetivo é organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ofertar seus serviços aos pernambucanos. O primeiro nível é composto pelas 12 regiões de saúde (Geres) e o segundo nível pelas quatro macrorregiões de saúde.

A Figura 1, apresentada em sequência, delimita essas macrorregiões e aponta suas sedes nos municípios de maior proeminência nos contextos territoriais do estado.

Figura 1 - Distribuição das macrorregiões de Saúde de PE e suas sedes



Fonte: PE (2011, p. 12).

Quanto a Figura 1, destaca-se que as macrorregiões de saúde são organizações territoriais delimitadas para estabelecer entre si ações e serviços de Saúde de média e alta complexidade, cujos procedimentos (ou ações) requerem uma tecnologia mais robusta e que perpassa a capacidade de apenas uma região (PE, 2011; PE, 2021a). Com isso em vista, a macrorregião considera também os critérios de acessibilidade entre as localidades agregadas (PE, 2011).

A I Região de Saúde (situada na I Macrorregião) caracteriza-se como a mais populosa de PE, com 4.284.248 habitantes que corresponde a 44,2% da população geral do estado. No ano de 2021, segundo a última divulgação realizada pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de PE, a população da I Região estava distribuída em 3.721,2 Km² de extensão territorial (aproximadamente 3,80% do estado), sendo, portanto, uma região pequena com densidade populacional considerável (PE, 2021).

Destaca-se que no Censo demográfico de 2010, feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 80,17% dos habitantes pernambucanos residiam em área urbana, com população geral de 8.796.448 (IBGE, 2023). Já no censo de 2022, PE tem 9.058.155 de habitantes, representando 4,46% do total da população brasileira (IBGE, 2023). A taxa de crescimento geométrico de 2010 até 2022 foi de 0,24% ao ano (Diário de Pernambuco, 2023).

PE ainda registrou uma taxa de envelhecimento populacional de 7,37% no censo de 2010 e em 2021, conforme a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), a taxa alcançou 8,66% (diminuição de 0,89 pontos percentuais desde 2020) (Atlas Brasil, 2023). Essa queda pode ser atribuída ao período de crise sanitária recente vivido no Brasil, causado pela Síndrome Respiratória Aguda Grave - coronavírus 2 (SARS-CoV-2), ou COVID 19, que vitimou entre os anos de 2020 e 2021 mais de 600 mil mortos no país (IBGE, 2022).

No tocante à expectativa de vida ao nascer da população pernambucana, no Censo de 2010 era de 71,1 anos, enquanto no ano de 2021, de acordo com a PNADC, aumentou para 72,83 anos (Atlas Brasil, 2023; IBGE, 2023). Quanto a expectativa de vida feminina, em PE passou de 75,5 para 76,93, referente aos anos de 2010 e 2021 respectivamente, enquanto para os homens a ascensão foi de 66,8, em 2010, para 68,65, em 2021 (Atlas Brasil, 2023; IBGE, 2023).

Vale salientar que PE acompanha a tendência observada no Brasil quanto ao perfil de mortalidade, no qual as transições epidemiológica, demográfica e nutricional ocorrem de forma acelerada (PE, 2016). Fatores como a redução das causas de morte por desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, materno-infantil, além do envelhecimento populacional e o crescimento acelerado das mortes por doenças crônicas e causas externas, caracterizam um novo cenário no estado para a atuação de políticas públicas de Saúde (Brasil, 2014; PE, 2016).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por exemplo, são apresentadas como um problema de Saúde pública, principalmente, por serem responsáveis por 70% dos óbitos no mundo e 73% das mortes no Brasil (PE, 2019; Ribeiro; Barata, 2012). Em PE entre as principais DCNT, as doenças crônicas do aparelho respiratório têm apresentado destaque devido ao crescimento no percentual de mortalidade, antes mesmo da epidemia do COVID 19 (PE, 2019).

Essas doenças tiveram um aumento considerável em 10 anos no estado, com sua taxa percentual passando de 37,5% (em 2006) para 54,2% (em 2016), superando a taxa da doença diabetes mellitus a partir de 2011 (PE, 2019). Com isso, as doenças do aparelho circulatório, juntamente com o câncer, são as primeiras causas de óbitos em PE (PE, 2019).

Nesse sentido, Ribeiro e Barata (2012) apontaram que as condições de vida da população brasileira não eram satisfatórias, pautada por muitos e antigos desafios. Portanto, o sistema deve buscar melhorar as condições de Saúde da coletividade

através da redução da mortalidade e do controle da incidência das principais doenças, por meio do aprimoramento da qualidade dos serviços e redução das desigualdades sociais (Ribeiro; Barata, 2012).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A Saúde no Brasil tem se mantido o principal problema enfrentado pela sua população em seu cotidiano (Brasil, 2015; Ribeiro; Barata, 2012). Nesse panorama, o SUS protagoniza a política pública de Saúde e como tal, por natureza está relacionado ao interesse público (Fahel, 2007; Procopiuck, 2013). Diante disso, com o SUS sendo parte do ambiente sociopolítico, surge a necessidade de conhecer como suas políticas são formadas, orçadas, implementadas e avaliadas (Procopiuck, 2013).

Uma política pública está atrelada a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante (Secchi, 2019). Seguindo esse sentido, o Estado pode intervir e agir através das políticas públicas, buscando o interesse público (Dias; Matos, 2012). No caso da política de Saúde, esta é também considerada um processo composto por uma sequência de tomada de decisões sobre como enfrentar um problema identificado como prioritário na agenda pública (Fleury; Ouverney, 2012).

O SUS caracterizado como uma política social, foi instituído na Constituição Federal de 1988, e no artigo n. 196 é estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (Brasil, 2018, p. 82). A universalização da assistência à saúde em todos os níveis de acesso é um dos princípios do SUS, assim como a igualdade, equidade e integralidade, e seus serviços devem ser prestados à população brasileira de forma gratuita (Brasil, 2015).

Seguindo essa perspectiva, os serviços de urgência e emergência, direcionados pelos princípios e direito à saúde, devem atender a todas as pessoas, sendo ou não cidadãs brasileiras, conforme suas necessidades individuais (Uchimura, 2014). Entretanto, ainda que busque estabelecer um planejamento adequado e seguir os princípios da universalidade, igualdade e integralidade, o que se observa ao longo dos anos é a falta de gestão e realidades que desrespeitam a Constituição de 1988 (Negri Filho, 2013; Uchimura, 2014).

Os serviços de urgência e emergência possuem um histórico de serem onerosos para o SUS, e o descompasso entre as necessidades da população e a forma de oferta de serviços geram frequentemente conflito entre usuários e

profissionais de saúde em suas portas (Rocha, 2005). No âmbito da atenção às urgências, a procura pelo serviço de pronto atendimento é significativamente superior à capacidade de oferta, e devido à baixa cobertura é insuficiente à resolução dos serviços nas unidades básicas (Negri Filho, 2013; Rocha, 2005).

Com isso, emergem deficiências quanto a organização do sistema, a integração entre os níveis de atenção no SUS e a responsabilidades de cada nível (Negri Filho, 2013; Rocha, 2005). Salienta-se que a estruturação da rede de serviços e de mecanismos de regulação do acesso às urgências em nível regional, e o aprimoramento da assistência primária, é de responsabilidade dos gestores (Ibañez, 2015).

Tomando como base os princípios, a organização dos fluxos do SUS busca garantir o acesso à saúde aos acometidos por agravos de urgência (Ibañez, 2015). Pelos fundamentos normativos do SUS, a atenção às urgências deve estar organizada em redes, dentro das RAS que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas (Brasil, 2010).

Conforme a Portaria n. 4.279, as RAS são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, e buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). Contudo, a análise das normas que regulamentam a PNAU evidencia que em contexto de aumento da demanda o que é sobrecarregado são os atendimentos nas portas hospitalares (Negri Filho, 2013; Viana, 2017).

O aumento se dá em decorrência do acréscimo na quantidade de acidentes, violências e doenças crônicas, expondo a insuficiência da rede básica, pois a atenção às urgências no Brasil foi centrada na atenção hospitalar (Negri Filho, 2013; Viana, 2017). A partir da segunda metade da década de 1990 o foco se deu na implantação das Centrais da Regulação Médica de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nas grandes capitais, funcionando como linha auxiliar da porta hospitalar (Ibañez, 2015; Negri Filho, 2013).

Posteriormente, a implantação das UPAs induz as urgências a serem inseridas em uma estrutura de atenção sintonizada na política nacional de conformação de redes regionais (Ibañez, 2015). Dentro do sistema de Saúde brasileiro, a discussão quanto a importância, utilização e funcionamento das UPAs ocorre há anos, visto que os serviços oferecidos por essas unidades se tornaram uma válvula de escape no atendimento às urgências e emergências da população (Rocha, 2005).

Diante do contexto exposto foi definido como problema condutor desta pesquisa a seguinte indagação: como se deu o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento de Pernambuco como parte da política pública do Sistema Único de Saúde?

1.2 OBJETIVOS

Com o propósito de aprofundar as pesquisas sobre políticas públicas de Saúde em PE, foram construídos os objetivos que seguem nesta subseção. O objetivo geral da pesquisa foi: **analisar o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento de Pernambuco como parte da política pública do Sistema Único de Saúde.**

Para auxiliar em seu alcance, foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- ✚ discorrer acerca das políticas públicas de Saúde quanto ao desenvolvimento da atenção às urgências no Brasil;
- ✚ delimitar o porte e a opção de funcionamento das UPAs de PE;
- ✚ verificar a modalidade das UPAs de PE;
- ✚ mapear a distribuição espacial das UPAs de PE nas regiões e macrorregiões de Saúde; e
- ✚ examinar o comportamento dos atendimentos ambulatoriais fornecidos pelas UPAs de PE.

1.3 JUSTIFICATIVA

Como posto, o objetivo das UPAs é concentrar os atendimentos de média complexidade no SUS. Visando a melhoria do acesso à população, estas unidades oferecem estrutura simplificada composta, via de regra, por: raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação (MS, 2023).

Havendo necessidade o paciente é encaminhado para um hospital da rede de Saúde para realização de procedimento de alta complexidade (MS, 2023). Diante disto, garantir o cuidado integral e resolutivo de saúde para cada usuário nas várias especialidades, com articulação dos serviços em uma rede, evidencia a importância de pesquisar acerca da atuação das UPAs em PE.

Com esse cenário em vista, busca-se nesse trabalho demonstrar o quão valioso é o SUS à população pernambucana (PE, 2021c), fazendo-se assim a justificativa

empírica desta pesquisa. Como justificativa teórica, no caso do *lócus* analisado neste trabalho (as UPAS de PE), observou-se escassez de publicações de produções acadêmicas-científicas.

Essa constatação foi obtida quando pesquisados, no período de agosto de 2023 a fevereiro de 2024, os termos ‘unidades de pronto atendimento’ e ‘Pernambuco’ nas plataformas de produção acadêmica Capes, Scielo e Google Scholar. Os poucos trabalhos encontrados, como o de Silva *et al.* (2012) e Viana (2017), analisam as UPAs em PE ou algumas delas em aspectos, perspectivas e teorias diferentes das abordadas nesta pesquisa.

Logo, torna-se relevante analisar os funcionamentos dessas unidades como parte do SUS no estado, e assim contribuir para o debate sobre desempenho das políticas públicas de Saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo é apresentado o embasamento teórico para esta pesquisa. E para o entendimento do objetivo deste estudo foi abordada a conceituação sobre políticas públicas e algumas de suas características. Em sequência, traz-se a trajetória das políticas públicas de Saúde quanto ao seu desenvolvimento na atenção às urgências e emergências, desde as iniciativas de regulamentação até o surgimento das UPAs.

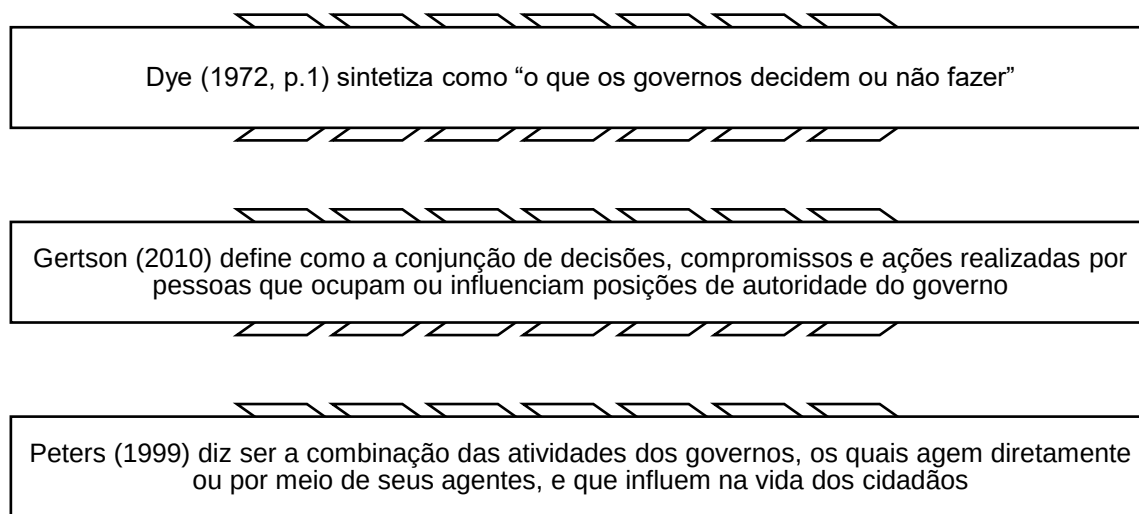
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

A área de políticas públicas, segundo Souza (2007), surgiu como âmbito do conhecimento e disciplina acadêmica nos Estados Unidos sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado. Nesse contexto, a ênfase dada aos estudos se deu sobre a ação dos governos (produtor de políticas públicas), enquanto na Europa emerge como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma de suas mais importantes instituições, que é o governo (Souza, 2007).

A palavra política é definida como um conceito amplo, tendo relação com o poder de forma genérica, enquanto políticas públicas dizem respeito a soluções específicas de como tratar assuntos públicos (Dias; Matos, 2012). Já no idioma inglês foram adotados dois termos distintos: o *politics*, que diz respeito ao conjunto de ações no qual os atores definem estratégias para alcançar certos objetivos; e o *policy*, entendido como as ações do governo, ou ações produzidas no sistema político e social (Dias; Matos, 2012; Secchi, 2019).

Esse último termo foi adotado pela língua portuguesa como ‘políticas públicas’ e refere-se as atividades decorrentes da ação do governo (Dias; Matos, 2012; Secchi, 2019). Conforme Souza (2007), não existe única nem melhor definição sobre a política pública, assim, a Figura 2 traz três conceitos seminais.

Figura 2 – Conceitos sobre políticas públicas



Fonte: elaborada a partir de Dye (1972), Gertson (2010) e Peters (1999).

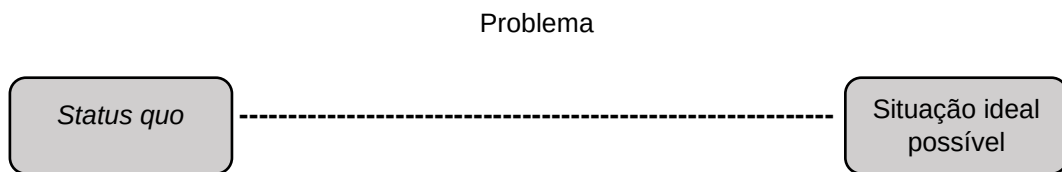
Em relação as definições expostas na Figura 2, observa-se a evidência aos termos ação e decisão realizadas pelo governo, como elementos comuns presentes em cada conceito. Mesmo que não enfocada nos conceitos exibidos, chama atenção a importância da participação da população na confecção das políticas, cuja influência no processo decisório dependerá das características que regem o Estado (Viana; Baptista, 2012).

Diante disso, a depender da configuração, as instituições de governo permitirão maior ou menor abertura, determinando processos políticos mais ou menos democráticos (Viana; Baptista, 2012). Ademais, Dias e Matos (2012) destacam que o conceito de políticas públicas inclui tanto temas do governo quanto do Estado, sendo este último políticas de mais de um governo, lhe conferindo uma particularidade política.

Em consonância com Dias e Matos (2012), Secchi (2019) delimita a política pública como o campo do conhecimento voltado para o enfrentamento de problemas públicos. A política se situa na esfera pública, e envolve decisões políticas designadas a encarar problemas que afetam as pessoas coletivamente em comunidade (Procopiuck, 2013).

Diante disso, Secchi (2019) diz que um problema público existe quando o *status quo* é considerado inadequado e há expectativa de alcance de uma situação mais próxima do ideal à realidade pública (Figura 3):

Figura 3 – Problema público



Fonte: Secchi (2019, p. 14).

Acrescendo ao exposto na Figura 3, as políticas públicas também envolvem diferentes atores e níveis de decisão, os quais agem em quadros institucionais e em contextos geográficos e políticos específicos. Nesse sentido, o intuito é o de solucionar problemas públicos, mas também a distribuição de poder e de recursos entre os atores (Araújo; Rodrigues, 2017).

Uma via oposta ao que foi até então desenvolvido, é a que críticos apontam que muitas definições enfocam o papel das políticas públicas na solução de problemas (Souza, 2007). E por enfatizarem o papel dos governos, reduzem o aspecto conflituoso (essência da política pública), os limites que cercam as decisões do governo, e as possibilidades de cooperação entre este último e outras instituições (Souza, 2007).

No entanto, as definições guiam a visão para onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, portanto, os governos (Souza, 2007). Com isso, no processo de solução dos problemas públicos, a depender da sua abrangência e complexidade, pode haver a mobilização de grande quantidade de recursos públicos, privados e da sociedade civil organizada (Procopiuck, 2013).

Em relação ao campo de análise das políticas públicas, existem tipologias e modelos que permitem explicar e pensar as políticas públicas de forma a compreender os modos e as regras gerais de funcionamento da ação pública, assim como analisar suas continuidades e rupturas (Araújo; Rodrigues, 2017). No que se refere a tipologia dos objetivos, as políticas públicas podem ser divididas em quatro (Figura 4).

Figura 4 – Tipos de políticas públicas conforme os objetivos

Social	Macroeconômica	Administrativa	Específica ou setorial
•saúde, educação, habitação, previdência social	•fiscal, monetária, cambial, industrial	•democracia, descentralização, participação social	•meio ambiente, cultura, agrária, direitos humanos etc.

Fonte: elaborada a partir de Dias e Matos (2012).

Sobre a Figura 4, destaca-se que estudos acerca de políticas sociais se expandiram rapidamente, tendo recebido mais atenção acadêmica no Brasil, assim como também foram os mais disseminados (Souza, 2007). E ainda centrando o foco nas políticas de Saúde, Fleury e Ouverney (2012) apontam que ao serem abordadas como política social (voltada aos indivíduos e as coletividades), estão sujeitas a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios.

Já quanto a natureza das políticas públicas, esta pode ser agrupada conforme: as arenas de decisão (local de ‘discussão’ da política), a finalidade e o alcance das ações (Dias; Matos, 2012). Assim, destaca-se a tipologia clássica de Lowi (1964), na qual a política pública pode assumir quatro formatos (Quadro 1):

Quadro 1 – Tipologia de Lowi (1964)

Tipo	Descrição
Distributiva	É estabelecida quando busca distribuir recursos. O tipo de política que proporciona benefícios a determinados grupos sociais ou regiões atendendo as necessidades individualizadas
Regulatória	Institui padrões de comportamento a indivíduos ou a grupos, distinguindo entre beneficiados e desfavorecidos com a implementação. O conflito torna a relação entre os atores envolvidos menos estável que nas políticas distributiva e redistributiva
Redistributiva	Com o objetivo de mudar o grau de concentração dos recursos financeiros, confere benefícios entre os grupos sociais. É caracterizada por conflitos, pois representa um jogo de soma zero (para que uns ganhem, outros perdem)
Constitutiva	Determina regras pelas quais outras políticas públicas são implementadas. Esse tipo de política estrutura as condições para um problema ser tratado sistematicamente

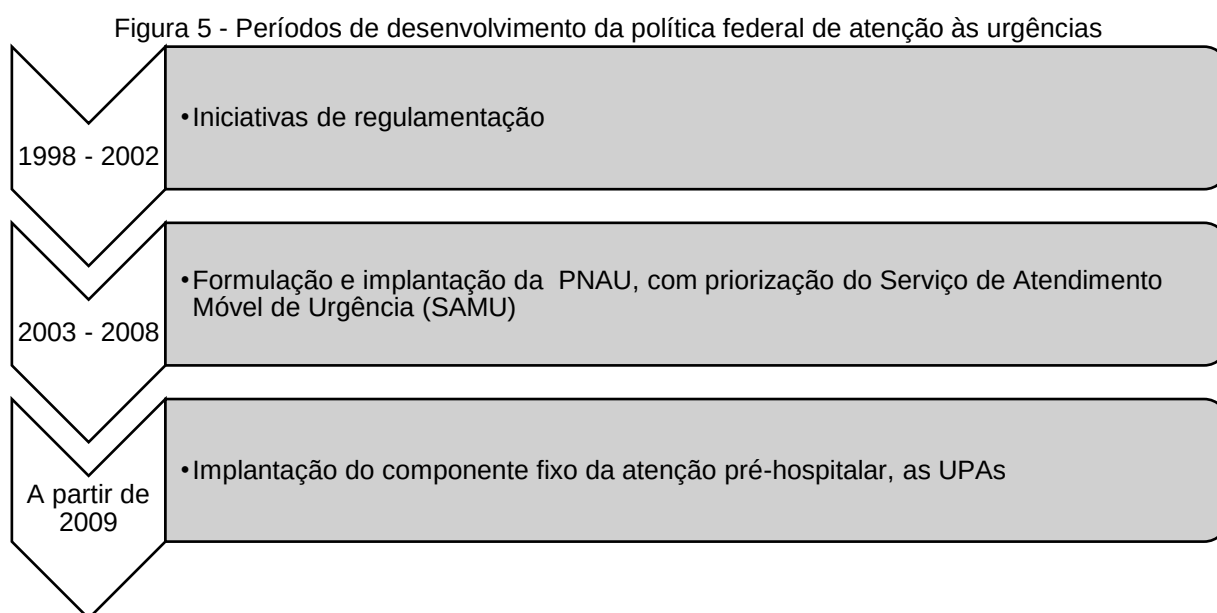
Fonte: elaborado a partir de Dias e Matos (2012) e Procopiuck (2013).

Acerca das políticas abordadas no Quadro 1, Secchi (2019) alerta que os limites que as separam não são fáceis de visualizar, sendo que algumas políticas agregam dois ou mais tipos, geralmente. Acrescenta-se que nas políticas distributivas e redistributivas, os ‘Estados de Bem-Estar Social’ (designação dos grandes sistemas de proteção social) incluem em sua construção histórica a intervenção do Estado e a criação de mecanismos redistributivos por meio de políticas sociais (Fleury; Ouverney, 2012).

A essência dos ‘Estados de Bem-Estar Social’ consiste na responsabilidade pela seguridade e pela igualdade, realizada por meio de políticas distributivas (Fleury; Ouverney, 2012).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

O atendimento as urgências médicas têm sido alvo de investigação em diversos países por causa do seu impacto na atenção à Saúde e aos seus indicadores de morbimortalidade (Konder; O’Dwyer, 2015). No Brasil, a construção da política federal de atenção as urgências envolveu três principais momentos, que são ilustrados na Figura 5 mostrada a seguir:



Fonte: elaborada a partir de Machado, Salvador e O’Dwyer (2011).

Em 2001 o Estado brasileiro implantou a PNAU através das portarias norteadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOAS, n. 01/2001 e n. 01/2002), e pela organização de sistemas regionalizados (Ibañez; Granja; Viana, 2015). A principal delas, a Portaria n. 2.048/2002, aponta os esforços do poder público para normatizar a atenção às urgências mediante a aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Ibañez; Granja; Viana, 2015; Silva *et al.*, 2012).

Esse regulamento foi o documento precursor da PNAU, e o Sistema Estadual de Urgência e Emergência deveria estruturar-se a partir das necessidades sociais em

saúde e sob as primordiais necessidades humanas nas urgências (Brasil, 2002). O diagnóstico dessas necessidades deveria ser realizado através da observação e avaliação dos territórios sociais (com seus diferentes grupos), utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis, e da observação de doenças emergentes (Brasil, 2002; Ibañez; Granja; Viana, 2015).

Assim, o confronto das necessidades com as ofertas permitiria visualizar as deficiências do sistema de Saúde e projetar suas correções, sustentadas por políticas públicas orientadas pela equidade (Brasil, 2002). Com esse intuito, a PNAU, formulada em 2003, deu atenção especial a assistência pré-hospitalar no país, caracterizada como a assistência realizada direta ou indiretamente fora do âmbito hospitalar utilizando os recursos disponíveis (Viana, 2017; Brasil, 2003).

Essa política também enfatizou o entendimento de que a atenção às urgências não era restrita aos hospitais (Konder, 2013). A PNAU foi instituída através da Portaria n. 1.863/2003, e teve dentre objetivos (Figura 6):

Figura 6 – Objetivos da PNAU

Objetivos da PNAU	Suprimento das necessidades de implantação e implementação do processo de regulação de atenção às urgências
	Estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências
	Garantia da adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção

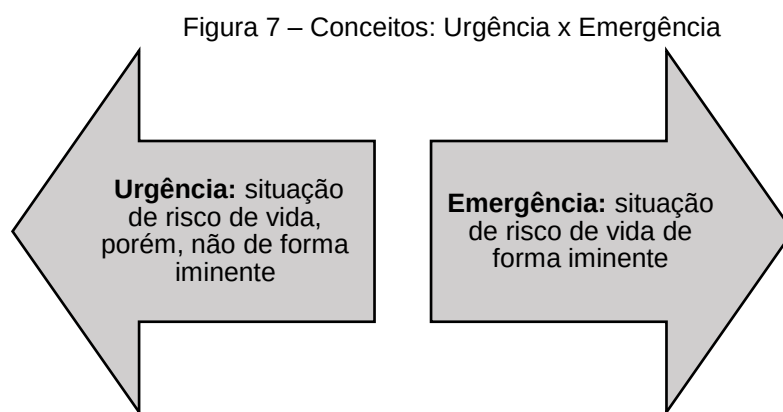
Fonte: elaborada a partir de Brasil (2003).

O primeiro componente da PNAU implementado no Brasil foi o pré-hospitalar móvel (o SAMU), suas Centrais de Regulação (Central Samu 192) e seus Núcleos de Educação em Urgência (NEUs) (Konder, 2013). O serviço do SAMU é a porta de entrada no SUS, e através dele abrem-se perspectivas de estruturação da relação entre vários serviços ofertados pelo sistema de Saúde (O'Dwyer, 2010).

No SAMU é realizada a qualificação de fluxos dos pacientes mediante a avaliação e estratificação dos pedidos de socorro recebidos no sistema de atenção às urgências (O'Dwyer, 2010). A escolha do SAMU como primeiro componente a ser implantado no processo de desenvolvimento da política de atenção às urgências foi estratégica devido a disponibilização de um novo serviço que propunha a regulação

do sistema, a qualificação dos profissionais de saúde, e ainda ser um observatório da rede (O'Dwyer, 2010).

Relaciona-se como marcos da PNAU o financiamento federal, a regionalização e a capacitação dos profissionais (Konder; O'Dwyer, 2015). A PNAU também se apresentou como uma regulação para oferecer integralidade de assistência¹ na atenção as urgências (Brasil, 2003; O'Dwyer, 2010). Ademais, com a PNAU houve a diferenciação entre atendimentos de urgência e emergência (Figura 7).



Ressalta-se que a Figura 7 ilustra os conceitos que não são caracterizados de forma objetiva, que é a abordagem utilizada pela literatura médica (Rocha, 2005). Aponta-se ainda que essa dicotomia vem sendo superada e substituída pelo termo 'urgência' em níveis crescentes de gravidade (Brasil, 2003; Konder; O'Dwyer, 2015).

Com o intuito de reforçar o caráter sistêmico e a pretensão de integralidade presentes na PNAU foi instituído o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (QUALISUS) através da Portaria n. 3125/2006 (Konder, 2013). Esse programa buscou estruturar a atenção à saúde nas urgências, enfatizando dispositivos como classificação de risco e acolhimento (Uchimura, 2014).

Além disso, o documento traz a necessidade de serem instituídos comitês gestores e complexos reguladores², a fim de garantir integração, articulação e

¹ A integralidade no SUS é uma concepção difusa e complexa, requerendo várias formas de operacionalização no cotidiano das práticas (Mattos, 2007). A luz desses argumentos, na Lei n. 8.080/1990 a integralidade de assistência à saúde é entendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990).

² O complexo regulador consiste na organização do conjunto de ações da regulação do acesso à assistência de forma articulada e integrada, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores para adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades dos usuários do SUS (CONASS, 2023; Brasil, 2010a).

pactuação de responsabilidades (Brasil, 2006). O QUALISUS ainda enfatiza espaços acolhedores como fundamentais para o processo de trabalho, reforçando a temática da educação permanente e qualificação dos trabalhadores nos NEUs e centros formadores (Brasil, 2006; Konder, 2013).

Na portaria n. 2922/2008 foram definidas as diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências (Brasil, 2008). Nela, atribuições e pré-requisitos foram definidos para implementação das UPAs e Salas de Estabilização em locais e/ou unidades estratégicas para configuração dessas redes (Uchimura, 2014).

Dessa forma, iniciou-se um processo de priorização da implantação do componente pré-hospitalar fixo para organização das redes de atenção às urgências, em conformidade com a PNAU (Brasil, 2008; Uchimura, 2014). Em continuidade ao desenvolvimento da política de urgências, o MS, por meio da Portaria n. 1.600/2011, reformulou a PNAU e instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) com a finalidade de articular e integrar os serviços de saúde (Brasil, 2011; Ibañez; Granja; Viana, 2015; Uchimura, 2014).

No fim do ano de 2010, são pactuadas³ na instância gestora tripartites⁴ do SUS as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde; entre essas diretrizes estava a RAU (Ibañez; Granja; Viana, 2015). O Quadro 2 traz diretrizes da RAU:

Quadro 2 – Diretrizes da RAU

Diretriz
Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos
Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde
Atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e redes de atenção a partir das necessidades de saúde das populações, e de seus riscos e vulnerabilidades específicas
Regulação articulada entre os componentes da RAU com garantia de equidade e integralidade

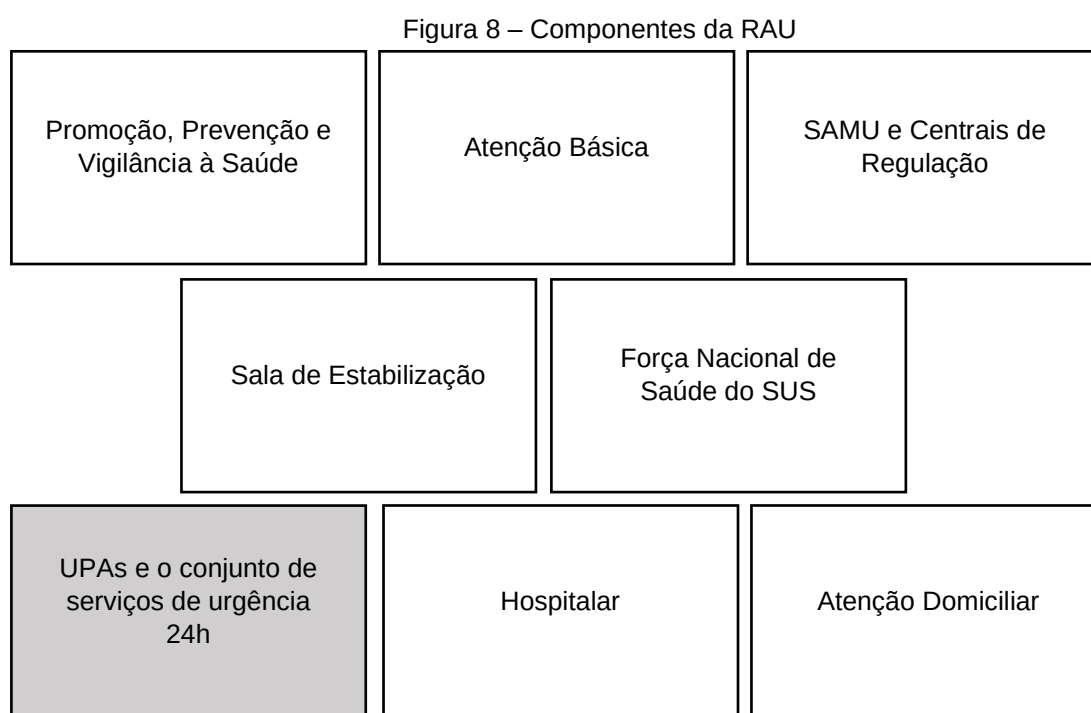
Fonte: elaborado a partir de Brasil (2011).

³ A pactuação é um fundamento da organização do SUS, sendo a conta deste sistema repartida entre os três entes da federação (CONASS, 2022). A seu turno, a responsabilidade pela execução da assistência à saúde é exercida majoritariamente por estados e municípios, por isso as decisões sobre as políticas nacionais devem ser pactuadas (CONASS, 2022).

⁴ É nos espaços das comissões intergestoras bipartite e tripartite (caracterizados por organizações intergovernamentais, políticos e técnicos) que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública, através de decisões tomadas por consenso, estimulando o debate e a negociação entre as partes (Biblioteca Virtual em Saúde, 2023).

Complementando as informações do Quadro 2, a RAU trata-se de uma rede complexa que atende a diferentes condições de saúde das pessoas (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental etc.) (Brasil, 2011). A RAU é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a contemplar diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência, sendo essencial que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica (Brasil, 2013a).

A RAU está entre uma das políticas prioritárias do MS, considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços do SUS (Konder; O'Dwyer, 2015). A RAU é constituída por sete componentes mostrados na Figura 8:



Fonte: elaborada a partir de Brasil (2011).

Dentre os componentes da RAU destacam-se as UPAs e o conjunto de serviços de urgência 24h, os quais devem prestar atendimento resolutivo e qualificado (Viana, 2017).

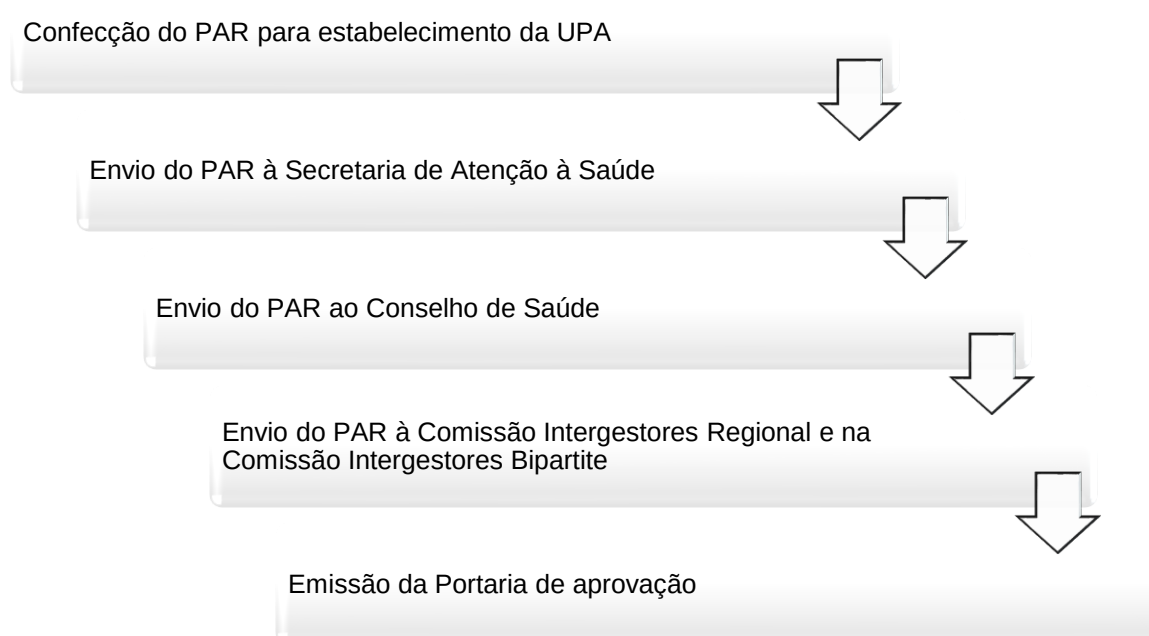
2.2.1 Unidades de Pronto Atendimento

As UPAs são configuradas como unidades de saúde não hospitalares com complexidade intermediária, visando estabelecer a relação das unidades básicas de saúde e da estratégia de saúde da família com a rede hospitalar (Brasil, 2011a; Silva

et al., 2012). As UPAs precisam estabilizar os pacientes e realizar a investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (Brasil, 2011).

No processo de regionalização, a integração ao SAMU e a atenção básica diferencia a UPA dos demais serviços de pronto atendimento (Silva *et al.*, 2012). Para construção e financiamento de uma UPA, estados, municípios e Distrito Federal devem elaborar o Plano de Ação Regional (PAR) da RAU (Brasil, 2011a; Pinto; Stocker; Lima, 2019) e seguir o fluxo de habilitação (Figura 9).

Figura 9 - Fluxo de habilitação da UPA



Fonte: elaborada a partir de Brasil (2011a, 2013a) e Pinto, Stocker e Lima (2019).

No PAR da RAU devem conter as definições físicas, financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação da rede na região de saúde visada (Brasil, 2013a). Em seguida, o PAR é encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde do MS para avaliação e aprovação, utilizando o Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo (Brasil, 2011a).

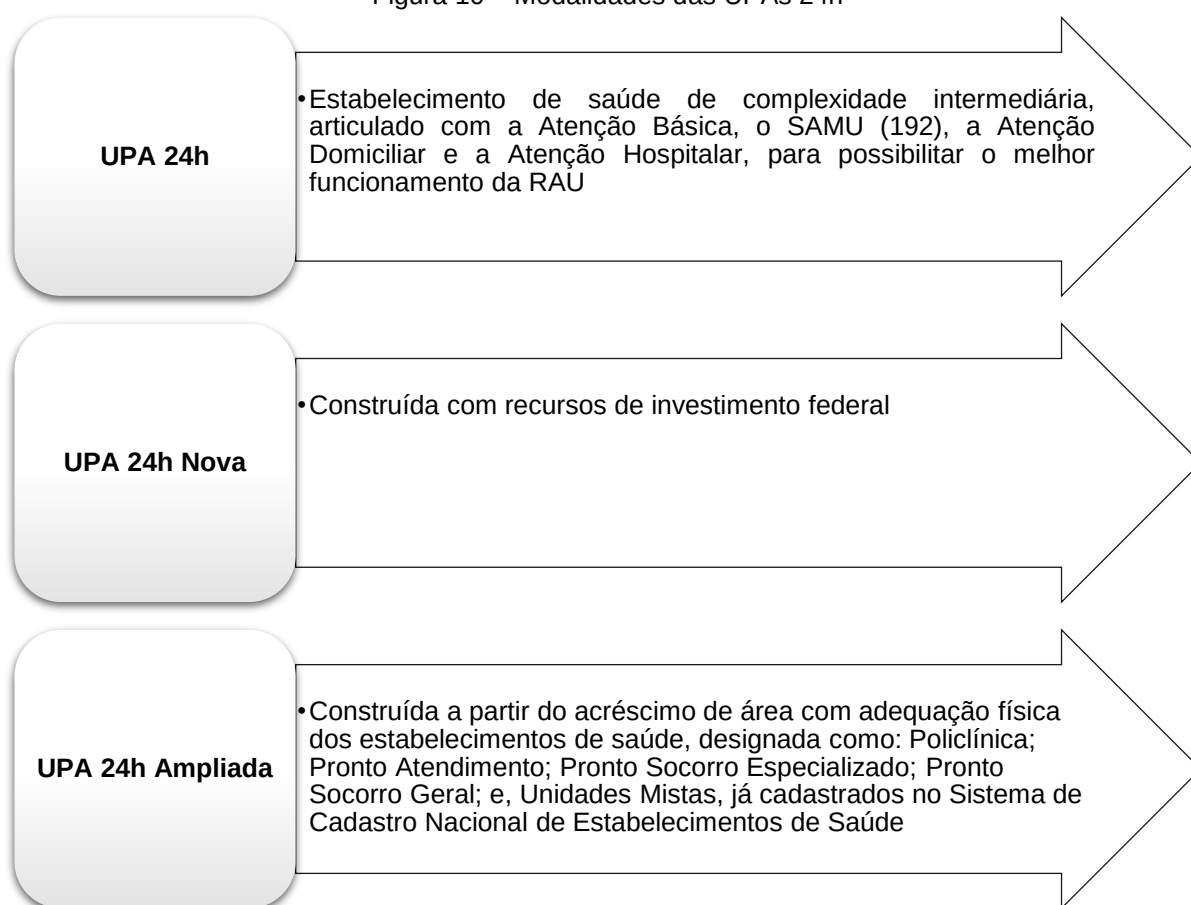
Depois, este Plano precisa ser entregue ao Conselho de Saúde do município sede da UPA para análise e aprovação, e em sequência deve ser pactuado na Comissão Intergestores Regional e na Comissão Intergestores Bipartite (Brasil, 2011a). Por fim, uma vez que o PAR é aprovado pelo MS, deverá ser emitida uma portaria específica de habilitação (Brasil, 2011a; Pinto; Stocker; Lima, 2019).

Quanto as despesas de custeio das UPAs, essas são de responsabilidade compartilhada na forma tripartite, entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios (Brasil, 2011a). Todas as transferências financeiras, ou seja, os recursos para implantação das unidades e os recursos de custeio, são repassadas de fundo a fundo por meio do Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

Caso haja interesse e adequação, a UPA pode vir a ser uma UPA 24h Ampliada. Para isso há um processo no qual uma unidade já habilitada (UPA 24h ou UPA 24h Nova) pode submeter-se (com comprovação documental de uma lista de exigências e visita técnica), alcançando incentivos financeiros de investimento e de custeio mensal quando é aprovada (Brasil, 2012; Brasil, 2013).

Caso não consiga, a UPA segue recebendo recursos de menor montante apenas pelo processo de habilitação ou comprovação de funcionamento (Brasil, 2011a; Konder; O'Dwyer, 2015). Acerca das UPA 24h, UPA Nova e UPA Ampliada, a Figura 10 esclarece as definições:

Figura 10 – Modalidades das UPAs 24h



Fonte: elaborada a partir de Brasil (2017).

A UPA (em qualquer uma dessas modalidades) sendo habilitada ou qualificada para recebimento de recursos de custeio, deverá ser monitorada e avaliada conforme critérios estabelecidos (por exemplo, quantidade mínima de atendimentos a serem realizados) (Brasil, 2017). Periodicamente, o MS poderá redefinir os valores a serem repassados para o incentivo financeiro de investimento para UPA 24h Ampliada, bem como os critérios de seleção de propostas e os requisitos mínimos a serem cumpridos (Brasil, 2013a).

Por sua vez, os municípios interessados na implantação das UPAs devem atender aos requisitos necessários, a saber: estar em processo de aprovação do projeto, possuir população igual ou superior a 50.000 habitantes, cobertura da atenção básica de no mínimo 50% da população, adesão ao Pacto pela Saúde ou processo em curso, e ter a comprovação da cobertura do SAMU (Brasil, 2011a; Pinto; Stocker; Lima, 2019).

Conforme suas atribuições, as UPAs devem funcionar de modo ininterrupto (24 horas em todos os dias da semana), incluídos feriados e pontos facultativos, e possuir

equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte (Brasil, 2011a; Brasil, 2013a). As UPAs ainda têm como encargos realizar: o processo de acolhimento com classificação de risco, prestando atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por casos agudos ou agudizados de natureza clínica; e o primeiro atendimento aos casos cirúrgicos e de trauma (Brasil, 2011a; Pinto; Stocker; Lima, 2019; MS, 2023).

Acerca da implantação de uma UPA, segundo a Portaria n. 10/2017, as que foram habilitadas em investimento até 31 de dezembro de 2014 mantêm a classificação em Portes I, II e III (Quadro 3), estabelecida na Portaria n. 1.601/2011, para o fim específico de conclusão do financiamento, quanto ao investimento aprovado, sem prejuízo da concessão do custeio.

Quadro 3 – Definição dos portes aplicáveis às UPAs 24h

Portes aplicáveis às UPAs 24h	Habitantes da área de abrangência	Área física mínima	Quantidade média de atendimentos médicos em 24h	Quantidade de médicos por plantão	Quantidade mínima de leitos de observação
I	50.000 a 100.000	700m ²	150 pacientes	2	7
II	100.001 a 200.000	1.000m ²	250 pacientes	4	11
III	200.001 a 300.000	1.300m ²	350 pacientes	6	15

Fonte: adaptado de Brasil (2011).

Em relação ao Quadro 3, no caso de o município não alcançar a população exigida de acordo com o porte, é permitido que a UPA seja regionalizada, desde que os outros municípios pactuados não façam parte de nenhuma abrangência de outra UPA (Viana, 2017). Depois da Portaria n. 10, publicada em 3 de janeiro de 2017, as UPAs passaram também a estarem classificadas em oito modalidades de funcionamento (Quadro 4):

Quadro 4 – Classificação das UPAs 24h por opção de funcionamento

OPÇÕES	QUANTIDADE		VALOR DO INCENTIVO FINANCEIRO		
	Mínima de médicos	Atendimentos médicos/mês	Custeio de UPA 24h Nova (R\$)	Qualificação de UPA 24h Nova (R\$)	Custeio de UPA 24h Ampliada (R\$)
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	2.250	50.000,00	35.000,00	50.000,00
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	3.375	75.000,00	52.500,00	75.000,00
III	4 (2 diurnos e noturnos)	4.500	100.000,00	70.000,00	100.000,00
IV	5 (3 diurnos e 3 noturnos)	5.625	137.000,00	98.000,00	137.000,00
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	6.750	175.000,00	125.000,00	175.000,00
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	7.875	183.500,00	183.500,00	233.000,00
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	9.000	216.500,00	216.500,00	267.000,00
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	10.125	250.000,00	250.000,00	300.000,00

Fonte: adaptado de MS (2023).

No que se refere a essa classificação o MS repassa o valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade (Brasil, 2017). E a proporção de médicos por turno poderá ser adequada de acordo com a necessidade do gestor (Brasil, 2017).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentados os métodos e as técnicas usados para estruturação desta pesquisa, com vistas a lhe proporcionar confiabilidade e validade.

3.1 TIPIFICAÇÃO DA PESQUISA

O objeto de estudo do presente trabalho é a análise da política pública na atenção às urgências e emergências do SUS, assim, a pesquisa fica classificada no método dedutivo. A partir de uma teoria para observação na prática, o método dedutivo emprega premissas dadas e sua conclusão deve concordar com o mundo real, ou ser verdadeira, dessa forma, uma dedução ser certa, verdadeira e válida (Cooper; Schindler, 2003).

A abordagem usada na pesquisa foi a quantitativa, a qual emprega o uso de técnicas ou métodos estatísticos como base do processo de análise de um problema (Richardson, 1999). Prodanov e Freitas (2013) apontam que na pesquisa quantitativa a classificação da relação entre as variáveis é usada para garantir a precisão dos resultados.

O desenho do estudo é o longitudinal, pois seus dados descrevem eventos ao longo do tempo, sendo coletados nas mesmas unidades de amostra em diversos pontos temporais (Hair Junior *et al.*, 2005). Em relação as estratégias utilizadas na pesquisa, estas foram bibliográfica e documental.

A maioria das pesquisas acadêmicas requer em algum momento a realização da pesquisa bibliográfica, e a que emprega o método dedutivo é produzida a partir de material já publicado (como livros, trabalhos acadêmicos, jornais, *internet* etc.) (Gil, 2010). Neste tipo de pesquisa deve-se verificar as condições em que os dados foram obtidos, a fim de observar possíveis incoerências ou contradições, e utilizar diferentes fontes, analisando-as com cuidado (Gil, 2010; Prodanov; Freitas, 2013).

Já na estratégia documental os dados adquiridos são advindos de documentos que não tiveram tratamento analítico, com o intuito de extrair as informações neles contidas e investigar determinado fenômeno ou situação (Kripka; Scheller; Bonotto, 2015). Ainda vale mencionar subgrupos de classificação documental quanto a natureza da coleta de dados, divididos em dados primários e secundários.

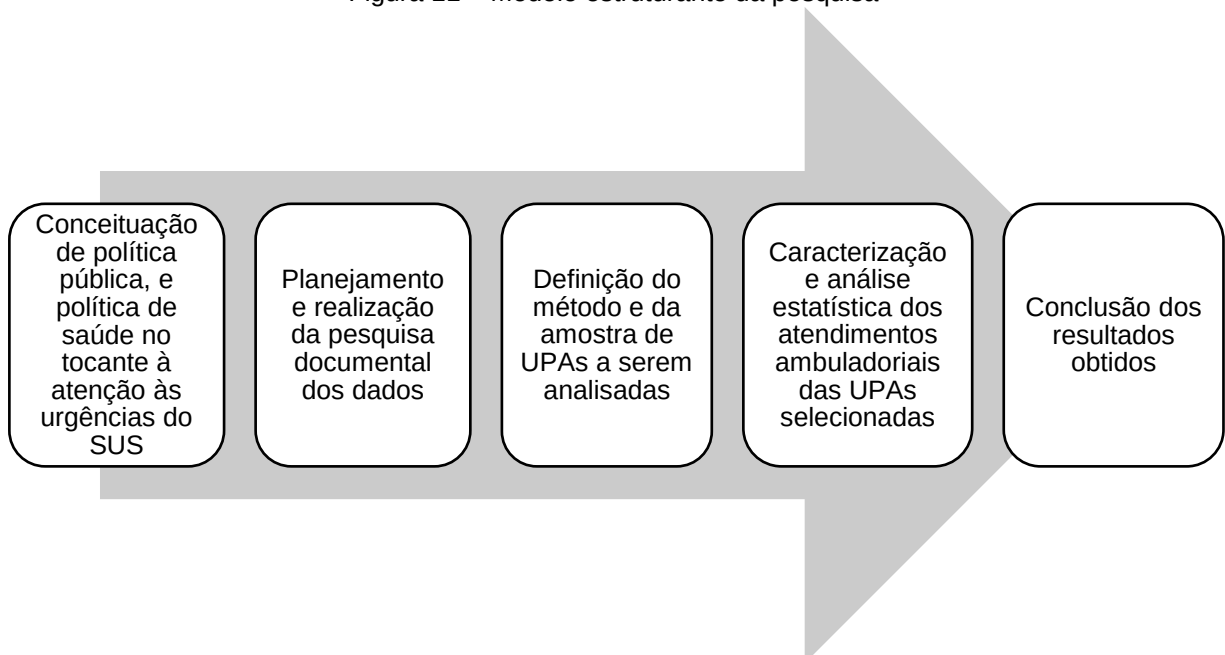
Nesse sentido, este estudo é pautado na coleta de dados primários, pois traz informações de primeira mão, configurando dados originais a partir dos quais se tem uma relação direta da pesquisadora com os fatos analisados, conforme Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009). Essa estratégia pode ser usada com objetivo descritivo, retratando o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada (Prodanov; Freitas, 2013).

Quanto ao delineamento, esta pesquisa ficou caracterizada como descritiva e exploratória. Estudos exploratórios são utilizados quando há poucas informações sobre determinado tema, visando aprofundar o nível de conhecimento do fenômeno (Hair Junior *et al.*, 2005; Richardson, 1999). Já estudos descritivos buscam descrever as peculiaridades de um fenômeno, sendo os dados coletados registrados e descritos sem a intervenção do pesquisador (Prodanov; Freitas, 2013).

3.1.1 Trajetória metodológica

Com o intuito de simplificar o entendimento do processo desta pesquisa foi elaborada uma representação figurativa para expor as etapas percorridas com vistas ao alcance do objetivo proposto. A trajetória metodológica do estudo pode ser vista na Figura 11.

Figura 11 – Modelo estruturante da pesquisa



Fonte: A autora (2024).

Vale destacar sobre a Figura 11 que para o alcance do objetivo proposto neste estudo foi necessário, à princípio, conceituar as políticas públicas e a trajetória de sua criação, articulação e organização. Também se escrutinou o arcabouço jurídico que se insere as UPAs nacionalmente.

3.2 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

As UPAs participantes da pesquisa são as situadas em PE, que representam a população. Para Richardson (1999), cada unidade de uma população caracteriza-se de ‘elemento’ que apresenta, ao menos, uma característica em comum, e quando tomado determinado número de elementos para verificação de algo sobre a população de que fazem parte, denomina-se ‘amostra’.

Para analisar o funcionamento das UPAs de PE, inicialmente foi feito um levantamento sobre a quantidade desses estabelecimentos no estado. Com isso foi constatado a primeira unidade instalada em 2010, indicada no *site* da SES em PE, até a última atualização realizada no *site* do CNES no final do ano de 2022, que apontava a existência de 36 UPAs em PE.

Dessa população 14 UPAs foram selecionadas como amostra para investigação. A fim de trazer padronização aos dados, os critérios de seleção de composição da amostra foram estabelecidos considerando: a unidade estar sob gestão estadual; a UPA ser habilitada como UPA 24h pelo MS; e a disponibilidade dos dados. As 22 UPAs excluídas da amostra são de gestão municipal.

15 unidades excluídas são habilitadas como UPAs 24h pelo MS, a saber: (6855881) UPA Vassoural; (7227094) UPA 24 horas; (7345259) UPA Eduardo Campos; (7407203) UPA 24 horas Timbaúba PE; (7764480) UPA Municipal de Santa Cruz do Capibaribi; (9039031) UPA Municipal do Ipojuca; (9070168) UPA Dr. Gentil Augusto de Miranda; (9070427) UPA Boa Vista Dr. Amorim; (9070419) UPA Rendeiras Dr. Jose Barreto; (9453318) UPA Trindade/ UPA Sebastião Jose de Barros; (9551476) UPA 24h Laura Bandeira de Melo; (163260) UPA 24h Pesqueira; (190764) UPA 24h; (190675) UPA 24 horas de Bezerros; (842931) UPA 24h de Gravatá.

Sete unidades não são habilitadas como UPAs 24h pelo MS. São elas: (6656595) UPA Serrambi Jonas Pereira de Lira; (7360339) UPA Porto de Galinhas Enfermeiro João Jose de Lima; (7809557) UPA Mestre Camarão; (7819587) UPA do Salgado; (9012842) UPA Dr. Jose Cavalcanti Alves/ Hospital de Campanha Covid 19;

(113360) UPA Deputado Osvaldo Rabelo; (686018) UPA 24h Governador Eduardo Campos.

Por fim, dentre essas 22 UPAs excluídas desta análise, oito foram inauguradas entre os anos de 2018 e 2021. Destas, seis estão habilitadas como UPA 24h pelo MS e duas não estão. Entretanto, os dados de todos os anos determinados para avaliação deste trabalho não estavam disponíveis. Neste sentido, ressalta-se que a amostra da pesquisa foi intencional.

Conforme Prodanov e Freitas (2013), a amostra intencional é uma amostragem não probabilística e trata-se de selecionar um grupo representativo da população com base nas informações disponíveis. Seguindo com o exposto, as UPAs 24h que compõe a amostra deste estudo estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 – UPAs 24h de PE que foram analisadas

CNES	Nome da UPA	Data de Cadastro no CNES	
6443397	UPA Olinda	06/02	2010
6443370	UPA Igarassu	20/02	
6443419	UPA Paulista	06/02	
6481876	UPA Imbiribeira	07/04	
6488315	UPA Caxangá	17/04	
6507557	UPA São Lourenço da Mata	14/05	
6530389	UPA Torrões	15/06	
6558992	UPA Curado	04/08	
6562205	UPA Barra de Jangada	16/07	
6618464	UPA Engenho Velho	06/10	
6631819	UPA Caruaru	15/10	2011
6690742	UPA Cabo de Santo Agostinho	12/02	
6703437	UPA Nova Descoberta	03/03	
6726852	UPA Ibura	31/03	

Fonte: elaborado a partir de CNES (2024).

Acerca das UPAs selecionadas, o *site* da SES aponta que existe em PE 15 unidades, mas no *site* do CNES constam 14 unidades. Deste modo, optou-se por excluir da análise a unidade que causou a inconsistência, a UPA Petrolina. Além dessa ausência de dados sobre essa UPA no *site* do CNES, ela funciona também como uma Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), diferindo das demais que funcionam apenas como UPA 24h.

3.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A respeito da coleta de dados, Prodanov e Freitas (2013) esclarecem que é a fase do método da pesquisa cujo intuito é obter informações da realidade, definindo

onde e como será realizada à pesquisa. O leitor deve ser informado sobre como o pesquisador obteve os dados de que precisou para responder ao problema (Prodanov; Freitas, 2013). Com isso em vista, seguem as informações dessa pesquisa.

Em relação ao instrumento de coleta decidiu-se pela elaboração de um protocolo em uma planilha no *software* Excel. No protocolo foram compilados os seguintes dados da amostra selecionada: Nome da Unidade; Data de Cadastro no CNES; Tipo de Gestão; Tipo de Porte; Classificação da Opção de Funcionamento; Tipo de Modalidade; e Quantidades de Atendimentos Realizados.

Determinou-se como corte temporal cinco anos, iniciando em 2018 e terminando em 2022. Os dados das 14 unidades foram referentes a mês a mês desse período, sendo distribuídos nos 12 meses dos anos de 2018 a 2022. A coleta foi realizada no período de 31 de julho de 2023 a 04 de setembro de 2023.

Esses dados foram coletados de duas formas, diretamente pela pesquisadora: (i) no *site* do CNES, do *sítio* DATASUS; e (ii) solicitados ao MS através da Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação (Fala.BR). Os dados foram cedidos pelo Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência, e pelo Departamento de Regulação Assistencial e Controle (ambos da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde).

Depois desses dados haverem sido coletados, a atenção da pesquisadora se direcionou para a análise, conforme indicam Cooper e Schindler (2003).

3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Antes que a análise em si fosse realizada, examinou-se o material e preparou-se os dados, etapa necessária a fim de certificar-se da sua validade (Hair Junior *et al.*, 2005). Os procedimentos de preparação dos dados asseguram sua acuidade e conversão de dados brutos para formas reduzidas e classificadas mais apropriadas para análise (Cooper; Schindler, 2003). A prática da pesquisa quantitativa é mediada pelo método estatístico.

Este trabalho empregou como técnica de pesquisa a estatística descritiva, a qual concerne na organização, resumo e descrição dos dados coletados (Lima, 2008). Tal como reportam Hair Junior *et al.* (2005), quase todos os conjuntos de dados precisam de um resumo de suas informações, ou seja, uma sintetização e descrição dos números que contêm. Assim, a estatística básica e a análise descritiva, através

de suas abordagens foram desenvolvidas para esse propósito (Hair Junior *et al.*, 2005).

Para o processo de descrição, análise e exploração dos dados, é fornecido um conjunto de ferramentas com o objetivo de simplificar essa tarefa (Lima, 2008). Nesse sentido foram empregados recursos como modelos gráficos e numéricos de modo a permitir a sumarização e apresentação dos dados, assim como inferências para fornecer a previsibilidade do fenômeno em análise, ajudando a entender mais facilmente os dados (Hair Junior *et al.*, 2005; Lima, 2008).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A ética na pesquisa trata-se da conduta moralmente correta durante o processo de resposta a uma indagação, indicando que um estudo deve ser realizado de maneira a procurar de forma sistemática o conhecimento por observação, identificação, descrição, investigação experimental, produzindo resultados reprodutíveis (Prodanov; Freitas, 2013).

Esta pesquisa obteve dados por meio de informações disponíveis em sítios públicos e através de solicitação ao MS que assegurou o fornecimento com base na Lei de Acesso à Informação, sob n. 12.527/2011. Mesmo com o mencionado fator anterior, cuidados éticos foram tomados, visto que o objetivo é garantir que ninguém seja prejudicado, nem sofra consequências adversas por causa das atividades da pesquisa (Cooper; Schindler, 2003).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados as análises e os resultados decorrentes da coleta de dados. Assim, esta seção buscou expressar as informações pertinentes aos objetivos inicialmente formulados para este TCC. Primeiramente foi realizada a caracterização das UPAs de PE, apresentando como estão classificadas diante do modelo de funcionamento definido pelo MS.

Em seguida buscou-se avaliar estatisticamente o comportamento dos atendimentos ambulatoriais realizados pelas unidades durante o período de estudo estabelecido, em perspectiva pré (anos de 2018 e 2019), durante (anos de 2020 e 2021) e pós (ano de 2022) pandemia do COVID 19. O intuito desse corte foi analisar o impacto na quantidade de atendimentos ocasionados pela pandemia.

4.1 CARACTERÍSTICAS DAS UPAS DE PE

Conforme o *site* da SES em PE, as UPAs surgiram no estado para preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS (PE, 2023). Estas unidades foram implantadas como estratégia para compensar a insuficiência da atenção básica e, principalmente, a superlotação nas emergências hospitalares (O'Dwyer, 2010).

Essas conjunturas vão ao encontro da ideia exposta por Secchi (2019) quando afirma que toda política pública deve enfrentar um problema público, buscando alcançar uma situação ideal projetada para população afetada. Sobre as características das UPAs da amostra, todas são classificadas na Opção de Funcionamento VIII (classificação vista no Quadro 4 da subseção 2.2.1) e habilitadas na Modalidade Nova.

Portanto, as UPAs aqui em tela foram construídas com recursos do governo federal (conforme abordado na Figura 9 da subseção 2.2.1). Quanto ao Porte (definições apresentadas no Quadro 4 da subseção 2.2.1), as unidades da amostra apresentaram a distribuição conforme o Quadro 6, tendo sido organizadas de acordo com a data de sua inauguração.

Quadro 6 – Características das UPAs 24h de PE

Data de inauguração		Nome da UPA	Porte
2010	04/01	UPA Olinda	III
	11/01	UPA Igarassu	III
	27/01	UPA Paulista	III
	26/03	UPA Imbiribeira	III
	09/04	UPA Caxangá	III
	30/04	UPA São Lourenço da Mata	III
	28/05	UPA Torrões	II
	10/06	UPA Curado	III
	02/07	UPA Barra de Jangada	III
	10/09	UPA Engenho Velho	III
	27/09	UPA Caruaru	III
2011	04/02	UPA Cabo de Santo Agostinho	III
	15/02	UPA Nova Descoberta	III
	03/03	UPA Ibura	III

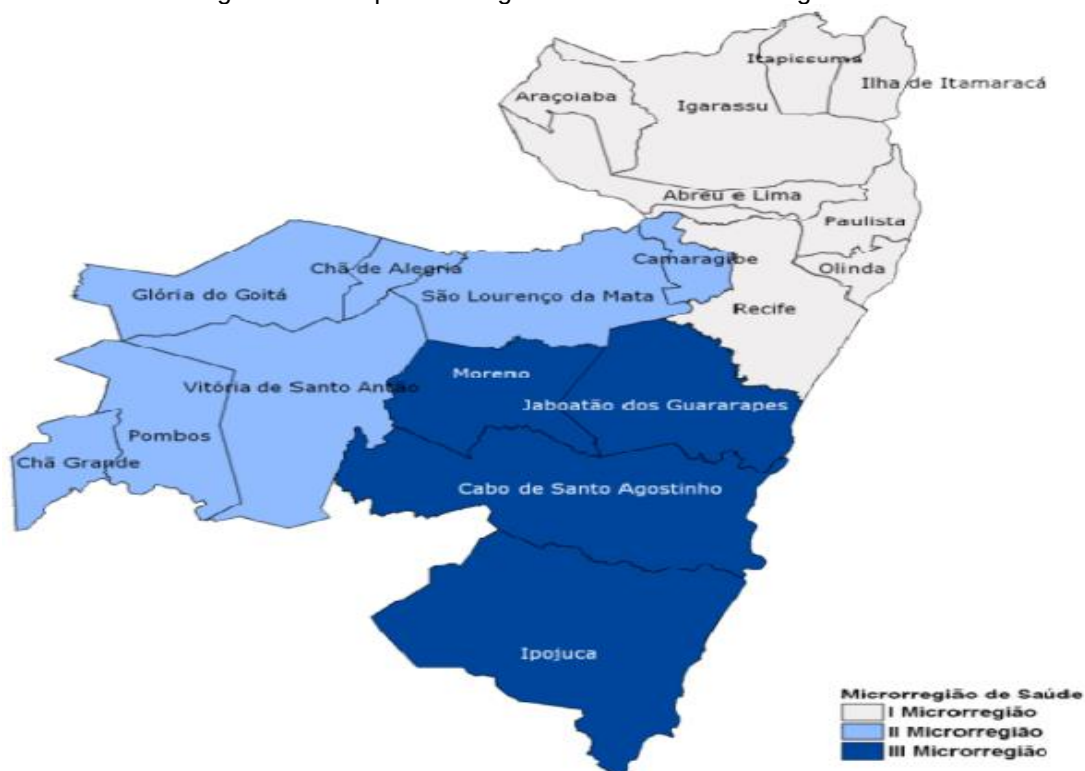
Fonte: elaborado a partir de MS (2023) e PE (2023).

Como exibido no Quadro 6 a única unidade da amostra que não é Porte II é a UPA Torrões, sendo de Porte II. Vale ressaltar que não houve alteração dos portes e opções de funcionamento das unidades no período dentre os anos de 2018 e 2022, conforme informado pelo MS.

Sobre as unidades da amostra, ainda cabe identificar onde estão situadas na conformação territorial da saúde em PE, dada a diretriz da regionalização na atenção às urgências, como abordado por Brasil (2011), na subseção 2.2. A Figura 12 mostra que a I Região de Saúde é composta por 19 municípios localizados na Região Metropolitana do Recife (cujas capitais do estado é a sede desta Região) e o distrito estadual de Fernando de Noronha (PE, 2011).

Os municípios da I Região de Saúde estão agrupados em três Microrregiões de Saúde, ilustradas na Figura 12.

Figura 12 – Mapa da I Região de Saúde e Microrregiões de Saúde*



Fonte: PE (2021a, p. 12).

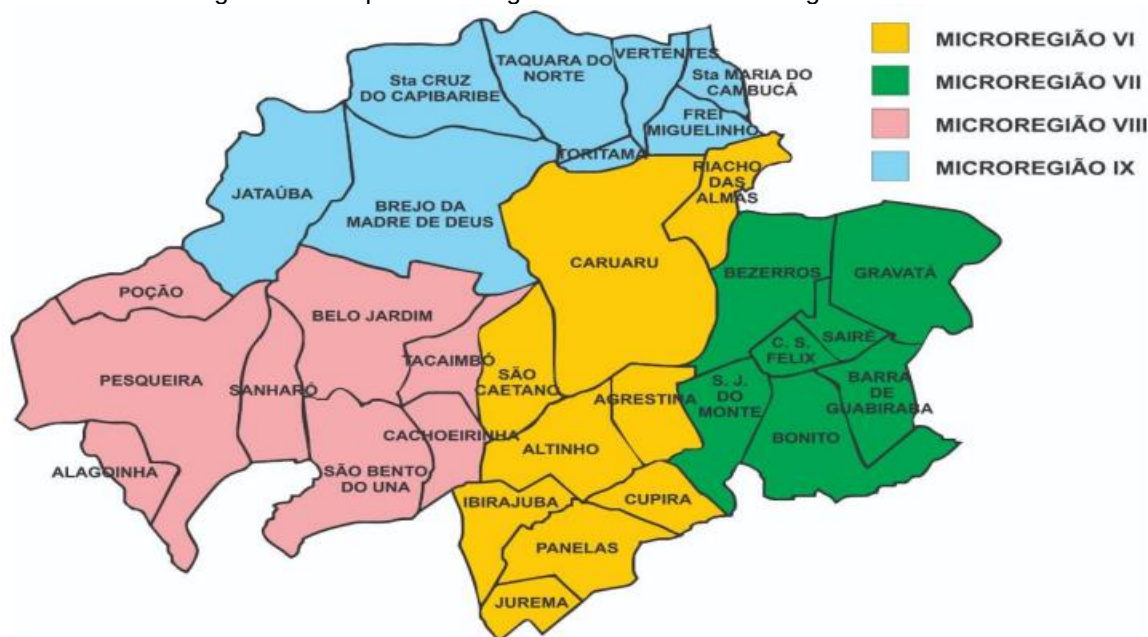
Nota*: Fernando de Noronha não aparece no mapa.

Diante dessa conformação foi identificado que 13 UPAs da amostra de 14 deste estudo estão localizadas na I Região de Saúde (parte da I Macrorregião de Saúde). Essas UPAs da I Região de Saúde estão distribuídas da seguinte forma:

- ✚ cinco unidades na cidade do Recife (UPAs: Imbiribeira, Caxangá, Torrões, Nova Descoberta e Ibura);
- ✚ três unidades no município de Jaboatão dos Guararapes (UPAs: Curado, Barra de Jangada e Engenho Velho);
- ✚ uma unidade no município de Olinda;
- ✚ uma unidade no município de Igarassu;
- ✚ uma unidade no município de Paulista;
- ✚ uma unidade no município de São Lourenço da Mata; e
- ✚ uma unidade no município do Cabo de Santo Agostinho.

A seguir a Figura 13 exibe a IV Região de Saúde, a qual é constituída por 32 municípios da região do Agreste pernambucano, agrupados em quatro Microrregiões de Saúde (PE, 2021b).

Figura 13 - Mapa da IV Região de Saúde e Microrregiões de Saúde



Fonte: PE (2021b, p. 8).

A sede da IV Região de Saúde (parte da II Macrorregião de Saúde) fica localizada no município de Caruaru, onde também está uma UPA da amostra desta pesquisa. Fica assim completa a amostra da pesquisa e a identificação territorial das 14 unidades.

Vale destacar que em PE no ano de 2018, de suas Macrorregiões de Saúde (Figura 1 da seção 1) as que possuíam maior percentual de população 'SUS-dependente' eram a III (97,9%) e a II (93,7%) Macrorregiões, seguidas da IV (91,1%) e da I Macrorregião com 80,5% da população (PE, 2021c).

É interessante mencionar que Mello e Ribeiro (2015) já haviam apontado que a oferta regional de serviços de saúde em PE era significativamente variável, com núcleos de concentração e vazios assistenciais. O que também foi constatado nesse estudo, como demonstram as Figuras 12 e 13, ou seja, permanecendo um cenário semelhante ao mencionado pelos autores supracitados em 2022.

Outra informação que emerge desses dados é sobre a concentração dos procedimentos de média e alta complexidade. Se esses procedimentos são espelhados pela distribuição de leitos de Unidade de Terapia Intensiva, em abril de 2019 essa repartição contava com a presença de 53,7% deles na I Região de Saúde, enquanto na IV Região estavam apenas 11,3% (PE, 2021c).

4.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DAS UPAS DE PE

Para analisar de forma descritiva e exploratória as quantidades de atendimentos ambulatoriais gerais realizados pelas UPAs em PE, foram construídas tabelas para cada uma das 14 unidades da amostra. Em cada tabela foi feito o agrupamento da média, mediana, desvio padrão, primeiro quartil, segundo quartil e terceiro quartil, os quais auxiliaram na verificação do desempenho desses atendimentos ano a ano, no período de 2018 a 2022 de cada unidade, conforme explicitado na metodologia da pesquisa.

Posteriormente realizou-se a análise do comportamento desses atendimentos entre todas as unidades. É importante salientar que os cálculos obtidos em relação ao agrupamento realizado para cada tabela, como mencionado no início dessa seção, também foram avaliados na perspectiva dos períodos pré (anos de 2018 e 2019), durante (anos de 2020 e 2021) e pós (ano de 2022) pandemia do COVID 19. Dessa forma, seguem os resultados obtidos para a UPA Olinda (Tabela 1)

Tabela 1 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Olinda

UPA OLINDA						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1° Quartil	2° Quartil	3° Quartil
2018	60514,2	59837,0	3586,1	57737,5	59837,0	63886,5
2019	63650,3	64245,0	5078,3	59125,5	64245,0	66242,0
2020	41056,1	43067,5	10052,7	35146,3	43067,5	46059,0
2021	41092,4	40723,5	3981,1	37849,0	40723,5	42717,3
2022	44453,6	44679,5	5462,6	39380,3	44679,5	49112,3

Fonte: A autora (2024).

Como observado, analisando os resultados em termos percentuais, no caso da UPA Olinda a média de atendimentos aumentou 5,2% comparando-se a do ano de 2018 para o ano de 2019. No ano de 2020, cenário de pandemia do COVID 19, a média diminuiu -35,5% quando comparada à do ano anterior.

Essa queda pode em parte ser justificada pelo colapso que o período pandêmico causou no SUS, revelando um cenário de desassistência com um volume de atendimentos que ficaram represados (FIOCRUZ, 2021). Por sua vez, no ano de 2021, ainda considerado período de pandemia, a média de atendimentos quase não aumentou, pois, a variação foi de apenas 0,1% em relação a do ano de 2020.

Já no ano de 2022, a variação aumentou de forma discreta, apresentando 8,2% superior em comparação a do ano anterior. Com um comportamento semelhante ao

das médias, as medianas dos atendimentos realizados na UPA Olinda, ou seja, os valores centrais das quantidades de atendimentos realizados a cada ano, aumentou 7,4% do ano de 2018 para o ano de 2019.

A variação desceu -33,0% no ano de 2020 quando comparada a mediana do ano de 2019, enquanto no ano de 2021, apesar do aumento na média, a mediana diminuiu -5,4%. Sobre o ano de 2022, a mediana voltou a ter acréscimo, com 9,7% em relação a do ano de 2021.

Quanto ao desvio padrão, o qual neste caso mede o grau de dispersão ou variação dos atendimentos realizados na UPA Olinda, no ano de 2019 apresentou variação superior de 41,6% quando comparado ao do ano de 2018. Sobre o ano de 2020, a dispersão nos atendimentos continuou a crescer com 98,0% em relação ao resultado do ano de 2019.

No período do ano de 2021 houve diminuição de -60,4% na dispersão dos atendimentos realizados. Todavia, no ano de 2022 a variação aumentou novamente, desta vez 37,2% comparado ao resultado do desvio padrão do ano de 2021. Em relação aos primeiro, segundo e terceiro quartis dos atendimentos realizados na UPA Olinda, no ano de 2019 apresentaram variações positivas de 2,4%, 7,4% e 3,7%, respectivamente, em relação aos resultados do ano de 2018.

Vale esclarecer que o valor do primeiro quartil é o percentil 25, representando os 25% menores valores das quantidades de atendimentos realizados no ano ao qual se refere (os atendimentos realizados estão distribuídos durante os doze meses do ano), o valor do segundo quartil representa a mediana, e o terceiro quartil que é o percentil 75, representa os 75% menores valores do conjunto em análise.

No ano de 2020 houve uma variação negativa em todos os quartis como consequência da queda nos atendimentos, sendo eles de -40,6%, -33,0% e -30,5% para os primeiro, segundo e terceiro quartis na devida ordem. Enquanto no ano de 2021 a variação no primeiro quartil foi positiva, porém as do segundo e terceiros quartis ficaram negativas, sendo eles 7,7%, -5,4% e -7,3%.

Por fim, no ano de 2022 as variações aumentaram 4,0%, 9,7% e 15,0% quando comparados aos resultados dos quartis do ano de 2021. A efetivação dos atendimentos ocorridos em cada unidade analisada no decorrer deste texto corrobora a ideia exposta por Konder (2013), quando salientou o intuito da PNAU com o foco na assistência pré-hospitalar.

Neste caso, atendimentos de urgências prestados através das UPAs 24h, quando estes eram restritos aos hospitais. Seguindo com as análises, a Tabela 2 apresenta os resultados das medidas estatísticas referentes aos atendimentos realizados na UPA Igarassu.

Tabela 2 – Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Igarassu

UPA IGARASSU						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	41971,4	42192,5	2020,6	40998,0	42192,5	42804,8
2019	51537,6	51398,5	4935,3	47750,3	51398,5	54213,3
2020	31729,8	32355,0	9122,8	25509,3	32355,0	36945,5
2021	33433,3	32460,0	4014,8	31232,3	32460,0	36565,0
2022	39882,9	41172,0	5417,6	37352,8	41172,0	43874,5

Fonte: A autora (2024).

Observa-se que a média de atendimentos realizados na UPA Igarassu aumentou no ano de 2019 quando comparada a do ano de 2018, cerca de 22,8%. Porém no ano de 2020, o qual começa a pandemia ocasionada no Brasil pelo COVID 19, a média de atendimentos cai -38,4%.

No ano de 2021, mesmo ainda sendo considerado período pandêmico, a média de atendimentos subiu em comparação a do ano anterior, com variação de 5,4%. Ainda não voltando ao patamar de antes da pandemia, a média continuou a crescer no ano de 2022 com 19,3% em relação a do ano anterior.

Quanto as medianas dos atendimentos ambulatoriais realizados na UPA Igarassu, houve aumento no ano de 2019 de 21,8% quando comparada a do ano de 2018. Assim, seguindo o fluxo da média, dado o contexto de pandemia do COVID 19, a mediana desceu -37,1% no ano de 2020.

Todavia, no ano de 2021 a mediana voltou a subir gradualmente, apresentando uma pequena variação de 0,3%, enquanto no ano de 2022 o acréscimo foi de 26,8% em relação a do ano anterior. Sobre os desvios padrões dos atendimentos da UPA Igarassu, obtidos para os respectivos anos já mencionados, ocorreu crescimento no ano de 2019, apontando uma variação significativa de 144,3% quando comparado ao do ano de 2018.

No tocante ao ano de 2020, a dispersão dos atendimentos continuou a subir e a variação foi de 84,8% em relação ao resultado do ano de 2019. No ano de 2021 o desvio padrão diminuiu, apresentando -56,0% de dispersão. Por último, no ano de 2022 a dispersão no período aumentou 34,9% em relação ao desvio padrão do ano anterior.

Já em relação aos primeiro, segundo e terceiro quartis obtidos quanto aos atendimentos realizados na UPA Igarassu, no ano de 2019 apresentaram variações positivas de 16,5%, 21,8% e 26,7%, respectivamente, em relação aos do ano de 2018. Continuando com os anos subsequentes, em 2020 houve quedas em todos os quartis mencionados nesse ano, sendo as variações de -46,6%, -37,1% e -31,9%.

No ano de 2021, os primeiro e segundo quartis aumentaram 22,4% e 0,3%, porém o terceiro quartil diminuiu -1,0% em relação aos do ano de 2020. No ano de 2022 houve acréscimos em todos os quartis, sendo de 19,6%, 26,8% e 20,0% quando comparados aos resultados do ano de 2021.

Cabe esclarecer que apesar da atenção às urgências ser incumbida de estruturar-se a partir das necessidades sociais em Saúde e sob as primordiais necessidades humanas nas urgências, conforme trazido por Brasil (2002), o período pandêmico do COVID 19 mostrou que o sistema público de saúde no Brasil e em PE estava despreparado.

Através das observações constatadas nas quedas de atendimentos no primeiro ano da pandemia, infere-se que uma significativa parcela da população ficou desassistida durante o período, até para casos de doenças além do COVID 19, que já eram comumente assistidas por essas unidades.

Em continuação, a Tabela 3 traz os resultados dos cálculos estatísticos realizados para os atendimentos da UPA Paulista.

Tabela 3 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Paulista

UPA PAULISTA						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	59421,0	59419,0	4488,2	55613,8	59419,0	62917,3
2019	61488,3	62522,0	5184,2	57027,8	62522,0	65629,0
2020	41650,3	40779,0	10318,7	36667,5	40779,0	45274,5
2021	37339,7	36318,0	8473,3	30168,8	36318,0	42517,3
2022	44405,1	45506,5	8693,9	41051,3	45506,5	49748,8

Fonte: A autora (2024).

Conforme a Tabela 3, a média de atendimentos na UPA Paulista aumentou 3,5% no ano de 2019 em relação a de 2018. Seguindo com a análise, no ano de 2020 a média de atendimentos caiu -32,3%, dado o contexto de pandemia. No ano de 2021, diferente das UPAs Olinda e Igarassu avaliadas anteriormente, nas quais as médias dos atendimentos voltaram a subir (ainda que minimamente), na UPA Paulista não ocorreu o mesmo, e continuou a diminuir.

Assim, para o ano de 2021 a variação foi de -10,35% em relação à média de 2020. Apenas em 2022 a média voltou a subir, com variação de 18,9% quando comparada a do ano de 2021. Os valores das medianas dos atendimentos realizados na UPA Paulista seguiram comportamento semelhante aos resultados da média, apresentando crescimento de 5,2% do ano de 2018 para 2019, porém em 2020 caiu -34,8%.

No ano de 2021 a mediana diminuiu -10,9% quando comparada a do ano de 2020. Apenas em 2022 a mediana voltou a subir, sendo a variação de 25,3% em relação a do ano anterior. Em relação aos desvios padrões obtidos para UPA Paulista, em 2019 houve variação de 15,5% a mais quando comparado ao do ano de 2018.

No ano de 2020 a variação atinge aumento de 99,0% em relação ao resultado de 2019, como mostra a Tabela 3. Já no ano de 2021 a dispersão entre os atendimentos realizados no período diminui -17,9%, enquanto em 2022 houve um leve aumento de dispersão nos atendimentos em 2,6% quando comparado ao resultado do desvio padrão do ano de 2021.

Para os primeiro, segundo e terceiro quartis calculados sobre os atendimentos na UPA Paulista, houve aumentos de 2,5%, 5,2% e 4,3% do ano de 2018 para o de 2019. No ano de 2020 essas variações foram negativas com -35,7%, -34,8% e -31,0%, em relação aos resultados de 2019.

Por sua vez, no ano de 2021 ainda houve quedas nas taxas percentuais dos quartis, o que pode ser atribuído a contínua diminuição nos atendimentos, sendo as variações de -17,7%, -10,9% e -6,1%, respectivamente.

Apenas em 2022 os quartis apresentaram aumentos de 36,1%, 25,3% e 17,0% quando comparados aos do ano de 2021. Adiante, a Tabela 4 expõe os resultados das medidas estatísticas calculadas quanto aos atendimentos realizados na UPA Imbiribeira.

Tabela 4 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Imbiribeira

UPA IMBIRIBEIRA						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1° Quartil	2° Quartil	3° Quartil
2018	64210,8	65330,0	4905,9	62554,0	65330,0	66462,3
2019	63339,9	63686,5	8628,6	58058,5	63686,5	68426,0
2020	41588,0	42245,0	12692,0	34641,8	42245,0	47320,0
2021	44421,6	41624,5	9049,4	39477,3	41624,5	48581,8
2022	55455,9	55500,5	3960,6	54017,8	55500,5	56706,5

Fonte: A autora (2024).

Como pode-se observar, a média de atendimentos realizados na UPA Imbiribeira, diferente das unidades analisadas anteriormente até então, onde houve aumentos no ano de 2019, neste caso diminuiu -1,36% quando comparada à do ano de 2018. No ano de 2020, começo da pandemia do COVID 19 a queda foi ainda maior, com uma variação de -34,3% em relação à média do ano de 2019. Por sua vez, no ano de 2021, a média voltou a subir com 6,8%, continuando assim no ano de 2022, com uma variação superior de 24,8% comparada ao resultado do ano de 2021.

Quanto as medianas dos atendimentos na UPA Imbiribeira, houve uma variação inferior de -2,53% no ano de 2019 em relação à do ano de 2018. No ano de 2020 a variação foi acentuada, com queda de -33,7%. No ano de 2021 a mediana de atendimentos ainda apresentou uma variação negativa com -1,5% em relação à do ano de 2020, apesar da média de atendimentos haver subido discretamente no ano de 2021 com visto anteriormente. Enquanto no ano de 2022, a mediana volta a subir com variação de 33,3% comparada à do ano de 2021.

Sobre os desvios padrões, a dispersão dos atendimentos na UPA Imbiribeira no ano de 2019 quando comparado ao ano de 2018, aumentou 75,9%. E quando chega no ano de 2020 cresce mais 47,1%, ou seja, além da queda na média de atendimentos da unidade no período, as quantidades distribuídas mês a mês apresentaram-se bem dispersas. A partir do ano de 2021 a dispersão foi diminuindo, primeiro em -28,7% em relação ao resultado do ano de 2020, e depois caiu -56,2% no ano de 2022 em relação ao do ano de 2021.

No tocante aos primeiro, segundo e terceiro quartis obtidos para os atendimentos realizados na UPA Imbiribeira no ano de 2019 caem -7,2% e -2,5%, o primeiro e o segundo quartis, mas o terceiro quartil aumentou 3,0%, indicando que mesmo com a diminuição na quantidade de atendimentos desse ano, o percentil 75, ou os 75% menores valores ainda se apresentaram maiores quando comparados ao do ano de 2018. No ano de 2020 todos os quartis diminuíram significativamente com variações de -40,3%, -33,7% e -30,8% em relação aos resultados do ano de 2019.

Enquanto no ano de 2021, apesar do número de atendimentos aumentarem, refletidos na média, não foi de forma para haver variações positivas em todos os quartis, sendo o primeiro com acréscimo de 14,0%, o segundo negativo com -1,5% e o terceiro positivo 2,7% comparados aos do ano de 2020. Por fim, no ano de 2022, as variações foram positivas com 36,8%, 33,3% e 16,7% a mais em relação aos resultados do ano de 2021.

Por conseguinte, a Tabela 5 traz as medidas estatísticas dos cálculos realizados quanto os atendimentos realizados na UPA Caxangá.

Tabela 5 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Caxangá

UPA CAXANGÁ						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	68086,8	71410,0	10301,8	58385,3	71410,0	75465,5
2019	61515,5	61494,0	3845,5	57611,3	61494,0	64226,5
2020	41541,3	42471,5	12212,0	32301,0	42471,5	47963,8
2021	46226,8	47060,5	5540,7	41821,8	47060,5	50633,5
2022	52390,1	53231,5	4915,2	50161,8	53231,5	55298,0

Fonte: A autora (2024).

A Tabela 5 mostra as médias dos atendimentos realizados na UPA Caxangá. Assim como ocorreu diminuição na UPA Imbiribeira, aqui a média caiu -9,7% no ano de 2019 em relação à do ano de 2018. Dado o contexto pandêmico já mencionado, a média no ano de 2020 continuou a descer com variação de -32,5% em comparação à do ano de 2019. Já no ano de 2021 houve aumento de 11,3%, continuando a crescer no ano de 2022 com variação de 13,3% em relação a do ano de 2021.

No tocante as medianas dos atendimentos do período estudado para a UPA Caxangá, seguindo comportamento semelhante ao das médias, houve queda de -13,9% no ano de 2019 quando comparada à do ano de 2018. Para o ano de 2020, a diminuição foi de -30,9% em relação à mediana do ano de 2019. Já no ano de 2021 houve variação positiva de 10,8%. Continuando a subir no ano 2022, onde o acréscimo foi de 13,1% em relação a do ano anterior.

Sobre os desvios padrões encontrados para os atendimentos realizados na unidade em análise, no ano de 2019 houve uma diminuição de -62,7% da dispersão quando comparada à do ano de 2018. Porém, no ano de 2020 os atendimentos ficam mais dispersos mês a mês, atingindo uma variação de 217,6% a mais comparado ao do ano de 2019. No ano de 2021, a quantidade de atendimentos aumenta na UPA Caxangá, porém a dispersão entre eles diminuiu -54,6% quando comparado ao resultado do ano anterior. Seguindo esse fluxo, para o ano de 2022 a dispersão diminuiu -11,3% em relação ao do ano de 2021.

Quanto ao primeiro, segundo e terceiro quartis obtidos sobre os atendimentos da UPA Caxangá, em 2019 houve decréscimos nos quartis mencionados quando comparados aos do ano de 2018, sendo as variações de -1,3%, -13,9% e -14,9%, respectivamente. No ano de 2020 a diminuição foi ainda mais acentuada, chegando a -43,9%, -30,9% e -25,3% para o primeiro, segundo e terceiro quartis.

No ano de 2021 as taxas dos quartis voltaram a subir com variações de 29,5%, 10,8% e 5,6%. Por fim, no ano de 2022 os valores apresentaram acréscimos de 19,9%, 13,1% e 9,2% quando comparados aos do ano de 2021.

Seguindo com as avaliações das unidades estudadas, a Tabela 6 mostra cálculos estatísticos resultantes quanto aos atendimentos realizados na UPA São Lourenço da Mata.

Tabela 6 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA São Lourenço da Mata

UPA SÃO LOURENÇO DA MATA						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	59191,2	60912,0	6813,6	55397,0	60912,0	62413,0
2019	55891,7	55402,5	6517,5	52437,8	55402,5	59033,3
2020	29056,8	26784,0	11321,5	22462,8	26784,0	32676,8
2021	29754,1	28309,0	7564,1	23514,3	28309,0	34155,5
2022	31210,5	30872,0	5158,7	27550,8	30872,0	34929,8

Fonte: A autora (2024).

A média dos atendimentos da UPA São Lourenço da Mata no ano de 2019, diminuiu quando comparada à do ano de 2018, assim como ocorreu nas UPAs Imbiribeira e Caxangá, neste caso em -5,6%. No ano de 2020, contexto de pandemia do COVID 19, a média de atendimentos desceu ainda mais, atingindo -48,0% em relação à do ano anterior. Quanto ao ano de 2021, a média aumenta levemente 2,4%, e no ano de 2022 continua subindo, sendo o acréscimo de 4,9% em relação à do ano de 2021.

Sobre as medianas dos atendimentos realizados na UPA São Lourenço da Mata, seguiu um comportamento semelhante ao das médias, pois no ano de 2019 a mediana decresceu -9,0% quando comparada à do ano de 2018. No ano de 2020 a mediana caiu ainda mais com variação de -51,7%, mas no ano de 2021 voltou a subir, o acréscimo foi de 5,7%. Continuando a crescer no ano de 2022 com variação de 9,1% em relação à do ano de 2021.

O desvio padrão dos atendimentos realizados na unidade no ano de 2019 apresentou variação de -4,3% quando comparado ao do ano de 2018. Enquanto no ano de 2020 além da diminuição nos atendimentos a dispersão é notória em relação ao ano anterior, aumentando 73,7%. No ano de 2021 a variação diminuiu -33,2%, continuando a cair no ano de 2022 em -31,8% quando comparado ao resultado do desvio padrão do ano de 2021.

No tocante ao primeiro, segundo e terceiro quartis obtidos sobre os atendimentos da UPA São Lourenço da Mata, no ano de 2019 diminuiu -5,3%, -9,0%

e -5,4% quando comparados aos valores do ano de 2018. No ano de 2020 continuou a descer, sendo as variações de -57,2%, -51,7% e -44,6%. Enquanto no ano de 2021 voltou a subir, apresentando acréscimos de 4,7%, 5,7% e 4,5% em relação aos resultados do ano de 2020. Por fim, no ano de 2022 aumentaram 17,2%, 9,1% e 2,3% em relação aos do ano anterior.

Para a UPA Torrões, seguem os resultados das medidas estatísticas quanto aos atendimentos realizados (Tabela 7).

Tabela 7 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Torrões

UPA TORRÕES						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	44746,7	44835,0	2494,5	43922,0	44835,0	45683,5
2019	46555,4	47312,0	2881,1	43943,0	47312,0	47769,8
2020	30450,7	31430,0	8052,7	23850,3	31430,0	35863,8
2021	31291,4	31527,0	2037,2	30333,3	31527,0	32270,0
2022	31495,9	29960,5	13630,5	25149,3	29960,5	33872,8

Fonte: A autora (2024).

Conforme apresentado, a média dos atendimentos realizados na UPA Torrões aumentou no ano de 2019 em 4,0% quando comparada a do ano de 2018, assim como ocorreram acréscimos nesse período com as primeiras UPAs analisadas nesta subseção (Olinda, Igarassu e Paulista). No ano de 2020, com a pandemia do COVID 19, a média diminuiu -34,6% em relação a do ano de 2019, voltando a subir apenas no ano de 2021, com variação de 2,8%. No ano de 2022 o crescimento da média em relação ao ano anterior foi discreto, sendo apenas 0,7%.

Quanto às medianas dos atendimentos na unidade em questão, no ano de 2019 subiu 5,5% quando comparada a do ano de 2018. Já no ano de 2020 a variação foi negativa de -33,6%. Por sua vez, no ano de 2021 a mediana voltou a aumentar discretamente 0,3% em relação ao ano de 2020. Enquanto no ano de 2022, apesar da média ter sido superior em relação ao ano de 2021, a mediana do período foi -5,0% quando comparada a do ano anterior.

Em relação aos desvios padrões dos atendimentos realizados na UPA Torrões no período estudado, no ano de 2019, a variação foi de 15,5% a mais em relação ao do ano de 2018. Quanto ao ano de 2020, a dispersão nos atendimentos é ainda maior, com acréscimo de 179,5% comparado ao resultado do ano anterior. Já no ano de 2021 houve diminuição de -74,7% em relação ao do ano de 2020, ou seja, atendimentos distribuídos mais uniformemente ao longo do ano. Enquanto no ano de

2022 houve um acréscimo significativo de 569,1% em relação ao desvio padrão do ano de 2021.

Sobre os primeiro, segundo e terceiro quartis dos atendimentos da UPA Torrões, estes apresentaram aumentos de 0,05%, 5,5% e 4,6% no ano de 2019 quando comparados aos do ano de 2018. No ano de 2020 houve quedas de -45,7%, -33,6% e -24,9% em relação aos resultados do ano anterior.

Enquanto no ano de 2021, apesar do leve aumento na média dos atendimentos, houve acréscimos apenas nos primeiro e segundo quartis (27,2% e 0,3%), mas o terceiro quartil diminuiu (-10,0%). No ano de 2022, houve aumento no número de atendimentos, porém os primeiro e segundo quartis diminuíram -17,1% e -5,0%, e só o terceiro quartil teve acréscimo de 5,0% em relação aos resultados do ano anterior.

Seguindo com as avaliações, a Tabela 8 expõe os resultados das medidas estatísticas calculadas quanto aos atendimentos na UPA Curado.

Tabela 8 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Curado

UPA CURADO						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	49456,7	48501,0	4096,6	46976,5	48501,0	52871,5
2019	51855,3	51087,5	3197,6	49653,8	51087,5	53472,3
2020	33004,0	32933,5	10400,5	27622,0	32933,5	36903,0
2021	36029,3	35749,0	2330,5	34398,3	35749,0	38099,8
2022	46338,8	50021,5	8476,4	37368,3	50021,5	52838,5

Fonte: A autora (2024).

Ao observar a Tabela 8 é possível identificar os resultados das médias de atendimentos realizados na UPA Curado, que no ano de 2019 aumentou 4,8% quando comparada a do ano de 2018. Sobre o ano de 2020 a média desceu, comportamento causado pela pandemia do COVID 19, sendo a variação de -36,4%. Quanto ao ano de 2021, a média voltou a subir, sendo o acréscimo de 9,17% em relação a do ano anterior. No ano de 2022, o aumento foi de 28,6 comparada à do ano de 2021.

Quanto as medianas dos atendimentos na unidade em análise, no ano de 2019 aumentou 5,3% quando comparada à do ano de 2018. No ano de 2020 houve queda de -35,5% em relação à do ano de 2019, voltando a aumentar apenas no ano de 2021, sendo a variação de 8,5%. Enquanto no ano de 2022, o acréscimo foi de 39,9% em relação ao resultado do ano de 2021.

Sobre os desvios padrões da UPA Curado, no ano de 2019 a variação foi de -21,9% quando comparado ao do ano de 2018, sugerindo que mesmo com o aumento da quantidade de atendimentos, esse índice esteve mais uniforme ao longo do ano.

Porém, no ano de 2020 a dispersão aumentou significativamente 225,3% quando comparado ao do ano de 2019. Já no ano de 2021 a variação diminuiu -77,6% em relação ao resultado do desvio padrão do ano anterior.

Em sequência, voltou a aumentar consideravelmente no ano de 2022, apresentando variação de 263,7% em relação ao desvio

padrão do ano de 2021. Acerca dos primeiro, segundo e terceiro quartis da UPA em análise, todos aumentaram no ano de 2019 quando comparados aos resultados do ano de 2018, sendo as variações de 5,7%, 5,3% e 1,1%, respectivamente.

No ano de 2020 os quartis diminuíram -44,4%, -35,5 e -31,0% em ordem, mas no ano de 2021 apresentaram acréscimos de 24,5%, 8,5% e 3,2% em relação ao ano anterior. Por último, no ano de 2022, os quartis mostraram variações positivas de 8,6%, 39,9% e 38,7% comparados aos resultados do ano de 2021.

Adiante, a Tabela 9 expõe os resultados dos cálculos estatísticos realizados quanto aos atendimentos ocorridos na UPA Barra de Jangada.

Tabela 9 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Barra de Jangada

UPA BARRA DE JANGADA						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	68837,8	68954,5	5902,8	66812,0	68954,5	74234,5
2019	70394,1	71563,5	10599,2	66711,5	71563,5	74594,8
2020	51546,3	49290,0	11551,4	45898,5	49290,0	56568,5
2021	53631,1	52481,0	5600,4	50280,0	52481,0	54631,8
2022	42326,3	42433,5	8593,0	37703,3	42433,5	44799,0

Fonte: A autora (2024).

Como nota-se na Tabela 9, a média de atendimentos realizados na UPA Barra de Jangada no ano de 2019 subiu 2,3% comparada ao resultado do ano de 2018. Enquanto no ano de 2020 a média diminuiu dado o contexto pandêmico, a variação foi de -26,8%. No ano de 2021 houve aumento de 4,0% quando comparada a média do ano anterior. Todavia, no ano de 2022, diferentemente de todas as unidades analisadas anteriormente até aqui, onde houve aumentos nas médias, neste caso, diminuiu -21,1% em relação ao ano de 2021.

No tocante as medianas dos atendimentos da UPA Barra de Jangada, a variação foi de 3,8% a mais no ano de 2019 quando comparada à do ano de 2018. Quanto ao ano de 2020, houve diminuição de -31,1%, mas no ano de 2021 a mediana aumentou 6,5% em relação à do ano de 2020. Por sua vez, no ano de 2022, a queda foi de -19,1% quando comparada ao resultado do ano anterior.

Quanto aos desvios padrões dos atendimentos realizados na UPA Barra de Jangada, no ano de 2019 a dispersão aumentou 79,6% quando comparado ao do ano de 2018. Seguindo com o ano de 2020, a variação subiu ainda mais, sendo de 9,0% em relação ao do ano anterior. Enquanto no ano de 2021 a dispersão diminuiu -51,5%. Porém, no ano de 2022 os atendimentos foram mais dispersos, com variação de 53,4% quando comparado ao resultado do desvio padrão do ano de 2021.

Sobre os primeiro, segundo e terceiro quartis, apresentaram no ano de 2019 diminuição apenas no primeiro quartil, ou percentil 25, sendo -0,5% em relação ao do ano de 2018, enquanto os segundo e terceiro quartis subiram 3,8% e 0,5%. No ano de 2020 os valores de todos os quartis caíram em -31,2%, -31,1% e -24,2%, respectivamente.

Por sua vez, no ano de 2021, apesar do número de atendimentos terem sido maiores, ao serem comparados aos resultados do ano anterior, os primeiro e segundo quartis apresentaram aumentos de 9,5% e 6,5%, mas o terceiro quartil diminuiu -3,4%. Por último, no ano de 2022 houve variações negativas de -25,0%, -19,1% e -18,0% dos quartis em relação aos do ano de 2021.

A Tabela 10 que segue traz os resultados das medidas estatísticas calculadas quanto aos atendimentos realizados na UPA Engenho Velho.

Tabela 10 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Engenho Velho

UPA ENGENHO VELHO						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	55387,6	55271,5	5335,1	51664,8	55271,5	58565,8
2019	56623,2	55965,5	3921,2	53677,0	55965,5	57690,5
2020	36062,8	36170,5	9732,4	28434,3	36170,5	41536,0
2021	37902,3	36167,0	5106,3	35070,3	36167,0	39347,8
2022	44822,5	49914,5	23523,3	38704,5	49914,5	60545,5

Fonte: A autora (2024).

Como exposto na Tabela 10, a média de atendimentos realizados na UPA Engenho Velho no ano de 2019 teve variação positiva de 2,2% em relação à do ano de 2018. Sobre o ano de 2020, com o contexto pandêmico, a média desceu -36,3%. No ano de 2021 voltou a subir, a variação foi de 5,1% comparada ao resultado do ano de 2020. Por sua vez, no ano de 2022 o acréscimo na média foi de 18,3% em relação à do ano de 2021.

A mediana dos atendimentos na UPA Engenho Velho apresentou acréscimo de 1,3% no ano de 2019 comparada à do ano de 2018. Quanto ao ano de 2020, houve queda de -35,4% em relação à mediana do ano anterior. Seguindo, mesmo que

mínima, a variação foi negativa de -0,01% no ano de 2021. No ano de 2022 a mediana teve acréscimo de 38,0% em relação ao resultado do ano de 2021.

Acerca dos desvios padrões da UPA em análise, no ano de 2019 a variação foi de -26,5% em relação ao do ano de 2018. No tocante ao ano de 2020, houve acréscimo de 148,2%, indicando atendimentos mais dispersos nesse período. No ano de 2021 a variação diminuiu em -47,53%, comparado ao resultado do ano de 2020. No entanto, em 2022 a dispersão atinge acréscimo significativo de 360,7% no desvio padrão em relação ao do ano de 2021.

Comparados aos resultados do ano de 2018 Os primeiro, segundo e terceiro quartis dos atendimentos na UPA Engenho Velho no ano de 2019 apresentaram variações positivas apenas nos primeiro e segundo quartis, de 3,9% e 1,3% respectivamente, enquanto no terceiro quartil foi de -1,5%. Já em 2020 houve decréscimos nos três quartis (-47,0%, -35,4% e -28,0%) em relação aos do ano de 2019.

Enquanto no ano de 2021, mesmo com o aumento na quantidade de atendimentos, apenas o primeiro quartil apresentou variação positiva de 23,34%, pois nos segundo e terceiro quartis as variações foram decrescentes (-0,01% e -5,27%). Em 2022 houve aumentos de 10,4%, 38,0% e 53,9%, em relação aos três quartis do ano anterior.

Em continuação, seguem na Tabela 11 as medidas estatísticas dos atendimentos realizados na UPA Caruaru.

Tabela 11 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Caruaru

UPA CARUARU						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1° Quartil	2° Quartil	3° Quartil
2018	58732,3	58481,5	3683,6	57625,5	58481,5	59542,3
2019	59006,6	58913,0	2788,2	57656,5	58913,0	60434,3
2020	38414,2	38671,5	9755,3	31154,3	38671,5	45618,0
2021	42548,5	42993,0	6193,9	37762,3	42993,0	47152,3
2022	49408,6	50382,5	5646,1	46914,0	50382,5	53451,5

Fonte: A autora (2024).

Sobre a Tabela 11, a média de atendimentos ocorridos na UPA Caruaru aumentou 0,5% no ano de 2019 quando comparada a do ano de 2018. Enquanto no ano de 2020, com a pandemia do COVID 19, a variação na média é negativa de -34,9% em relação à do ano anterior. Em 2021 a média apresentou acréscimo de 10,8%, e no ano de 2022 o aumento da média foi de 16,1% ao ser comparada ao resultado do ano de 2021.

Quanto as medianas dos atendimentos na unidade, no ano de 2019 aumentou 0,7% em relação à de 2018. No ano de 2020 a mediana diminuiu -34,4% quando comparada ao resultado de 2019. Sobre o ano de 2021 a mediana subiu, com variação de 11,2%. Continuando, em 2022 o acréscimo foi de 17,2% em relação à mediana do ano de 2021.

O desvio padrão da UPA Caruaru no ano de 2019 apresentou variação negativa de -24,3% comparado ao resultado do ano de 2018. No entanto, no ano de 2020, os atendimentos ficaram notoriamente mais dispersos, o acréscimo no desvio padrão foi de 249,9% em relação a 2019. Haja vista o ano de 2021, houve diminuição de -36,5% na dispersão quando comparado ao resultado de 2020. Por sua vez, em 2022 o desvio padrão continuou a cair com variação de -8,8% em relação ao resultado do ano de 2021.

No tocante ao primeiro, segundo e terceiro quartis, como visto na Tabela 11, no ano de 2019 houve acréscimos de 0,1%, 0,7% e 1,5%, respectivamente, comparados aos resultados de 2018. Porém, no ano de 2020 os quartis tiveram decréscimos de -46,0%, -34,4% e -24,5%, em ordem. Enquanto no ano de 2021, as variações dos quartis foram positivas (21,2%, 11,2% e 3,4%) em relação aos do ano anterior. Por último, no ano de 2022 continuaram a subir com 24,2%, 17,2% e 13,4% comparados aos de 2021.

Prosseguindo com a avaliação das unidades, a Tabela 12 mostra os resultados das medidas estatísticas referentes aos atendimentos realizados na UPA Cabo de Santo Agostinho.

Tabela 12 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Cabo de Santo Agostinho

UPA CABO DE SANTO AGOSTINHO						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	36580,7	35961,0	3462,0	34978,3	35961,0	38334,3
2019	39793,3	40003,5	2017,8	38402,0	40003,5	40863,8
2020	26014,8	25767,5	7680,6	20506,3	25767,5	28969,5
2021	26083,8	25909,5	3623,5	24086,8	25909,5	26619,8
2022	32837,6	33518,0	4474,6	30490,8	33518,0	36360,8

Fonte: A autora (2024).

Conforme apontado, sobre as médias dos atendimentos realizados na UPA Cabo de Santo Agostinho, do ano de 2018 para o ano de 2019 houve um aumento de 8,8%. Enquanto no ano de 2020 a média diminuiu -34,6% quando comparada à do ano de 2019, devido ao contexto pandêmico do COVID 19. No ano de 2021 houve um

ínfimo aumento de 0,3%, já no ano de 2022 o acréscimo na média foi mais notório com 25,9% em relação ao ano de 2021.

Em relação as medianas dos atendimentos da UPA Cabo de Santo Agostinho, no ano de 2019 o aumento foi de 11,2% quando comparada ao resultado do ano de 2018. Por sua vez, no ano de 2020 houve queda de -35,6% em relação a do ano anterior. No ano de 2021, a mediana volta a subir com uma leve variação de 0,6%, enquanto no ano de 2022 o aumento é de 29,4% comparada ao resultado do ano de 2021.

Quanto aos desvios padrões da unidade em análise, no ano de 2019, mesmo com o aumento nas quantidades de atendimentos, apresentou-se menos dispersos que no ano de 2018, a variação foi de -41,7%. Logo, no ano de 2020, além da considerável queda no número de atendimentos realizados, refletidos na diminuição da média como mencionado anteriormente, houve também acentuada irregularidade na distribuição desses atendimentos ao longo do ano mencionado. A variação no ano de 2020 foi de 280,6% a mais quando comparado ao desvio padrão do ano anterior. Já no ano de 2021, a dispersão diminuiu -52,8%, mas no ano de 2022 aumentou 23,5% em relação ao do ano de 2021.

Os primeiro, segundo e terceiro quartis no ano de 2019 aumentaram 9,8%, 11,2% e 6,6%, respectivamente, quando comparados aos do ano de 2018. Por outro lado, no ano de 2020 houve quedas de -46,6%, -35,6% e -29,1% para os quartis já mencionados. No ano de 2021 os primeiro e segundo quartis apresentaram aumentos de 17,5% e 0,6%, porém o terceiro quartil diminuiu -8,1% em relação aos resultados do ano de 2020. Por último, no ano de 2022, todos os quartis tiveram acréscimos, os quais foram de 26,6%, 29,4% e 36,6%.

Adiante, na Tabela 13 estão os valores obtidos para as medidas estatísticas calculadas quanto aos atendimentos realizados na UPA Nova Descoberta.

Tabela 13 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Nova Descoberta

UPA NOVA DESCOBERTA						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1° Quartil	2° Quartil	3° Quartil
2018	59607,3	57973,5	4784,6	56633,3	57973,5	62809,8
2019	58429,7	58185,0	4196,8	55426,0	58185,0	60932,3
2020	42882,2	34351,5	25407,6	30233,3	34351,5	39245,5
2021	41143,5	40750,5	5605,0	38773,5	40750,5	44595,8
2022	48146,7	49650,0	6800,3	45853,0	49650,0	51729,0

Fonte: A autora (2024).

Como observado na Tabela 13, no ano de 2019 houve diminuição da média de atendimentos em -2,0% quando comparada a do ano de 2018. A situação de diminuição entre os dois anos mencionados ocorreu apenas em três unidades analisadas anteriormente nesta subseção, sendo elas as UPAs: Imbiribeira, Caxangá e São Lourenço da Mata. No ano de 2020 a média caiu -26,6%, dado o contexto de pandemia do COVID 19.

Enquanto no ano de 2021 continuou a diminuir com variação de -4,1% (caso de diminuição ocorrido anteriormente neste ano apenas na UPA Paulista). Somente no ano de 2022, a média de atendimentos voltou a subir, o acréscimo foi de 17,0% em relação à média do ano de 2021.

No tocante as medianas da UPA Nova Descoberta, diferente da média dos atendimentos do ano de 2018 para o ano de 2019 a qual diminuiu, neste caso a mediana aumentou 0,4%. Enquanto no ano de 2020 a mediana desceu -41,0% quando comparada ao resultado do ano anterior. No ano de 2021 a situação foi semelhante a do ano de 2019, mesmo com diminuição na média, o valor da mediana cresceu, 18,6%. Por último, no ano de 2022 o acréscimo foi de 21,8% em relação ao resultado do ano de 2021.

Continuando, sobre os desvios padrões, os atendimentos na UPA Nova Descoberta apresentaram-se menos dispersos no ano de 2019 quando comparados ao desvio padrão do ano de 2018, a variação foi de -12,3%. Por sua vez, no ano de 2020 a dispersão foi substancialmente maior, com variação de 505,4% em relação ao do ano anterior. No ano de 2021 houve diminuição de -77,9% no desvio padrão, enquanto no ano de 2022 os atendimentos ficaram mais dispersos, o acréscimo foi de 21,3% em relação ao resultado de 2021.

Sobre os quartis, no ano de 2019, o primeiro teve diminuição de -2,1%, o segundo teve aumento de 0,4% e o terceiro diminuição de -3,0% em relação aos resultados do ano de 2018. No entanto, no ano de 2020 houve quedas nos primeiro, segundo e terceiro quartis, os quais foram -45,5%, -41,0% e -35,6%, respectivamente.

No ano de 2021 os quartis tiveram acréscimos (de 28,2%, 18,6% e 13,6%) quando comparados aos do ano de 2020. Por fim, no ano de 2022 os quartis apresentaram aumentos de 18,3%, 21,8% e 16,0%. Em sequência, na Tabela 14 seguem os resultados dos cálculos das medidas estatísticas quanto aos atendimentos realizados na última unidade da amostra estudada, a UPA Ibura.

Tabela 14 - Medidas estatísticas dos atendimentos da UPA Ibura

UPA IBURA						
Ano	Média	Mediana	Desvio Padrão	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil
2018	45353,3	45596,0	3175,1	44048,5	45596,0	47092,3
2019	50459,8	50373,0	5766,8	47466,3	50373,0	51962,8
2020	40244,4	42108,5	9313,5	34876,0	42108,5	46821,3
2021	41561,3	41665,0	8355,9	35363,0	41665,0	45187,5
2022	62239,2	62773,0	9190,6	57740,8	62773,0	69537,0

Fonte: A autora (2024).

A Tabela 14 indica que, como na maioria das unidades analisadas, nessa subseção, ou em dez das 14 da amostra, a média de atendimentos na UPA Ibura aumentou 11,3% no ano de 2019 quando comparada a de 2018. No ano de 2020, com a pandemia do COVID 19, a média desceu -20,2%. Enquanto no ano de 2021, voltou a subir, a variação foi de 3,3% quando comparada a do ano anterior. Já em 2022 a média de atendimentos continuou a aumentar, dessa vez com 49,8% em relação a do ano de 2021.

Sobre as medianas dos atendimentos realizados na UPA Ibura, no ano de 2019 aumentou 10,5% em relação a de 2018. Quando chegou no ano de 2020, a mediana desceu -16,4%. Porém, em 2021, mesmo com o acréscimo na média de atendimentos na unidade, a mediana caiu -1,1% em relação a do ano de 2020. No ano de 2022 a mediana aumentou 50,7% quando comparada a do ano anterior.

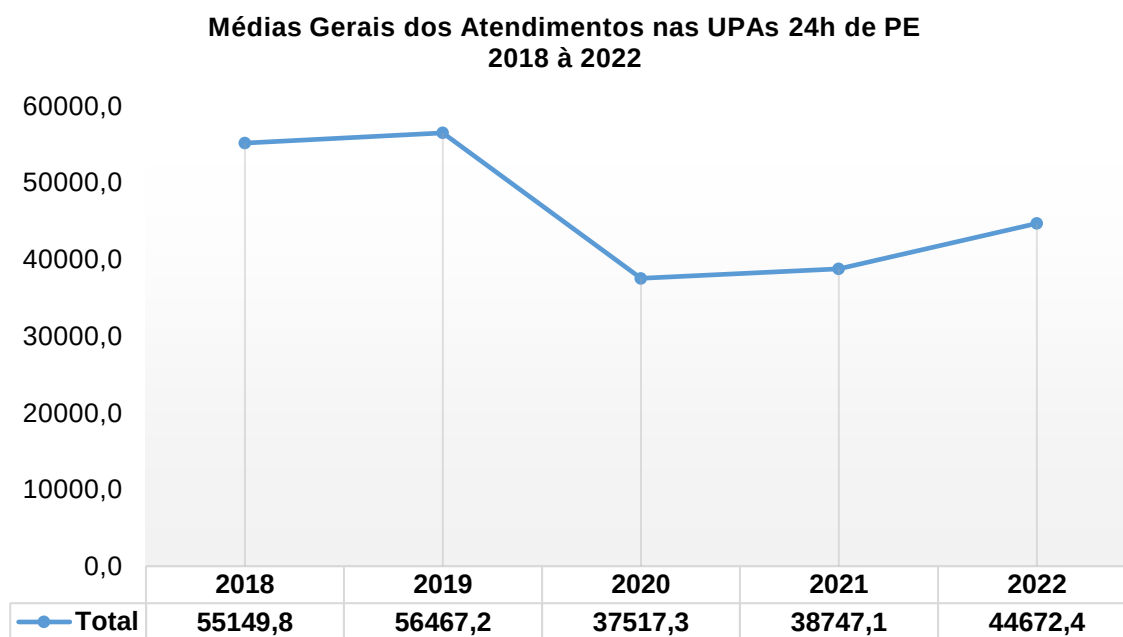
Quanto aos desvios padrões dos atendimentos da unidade em análise, no ano de 2019 a dispersão foi 81,6% maior quando comparado ao resultado de 2018. No ano de 2020 a dispersão continuou a subir, sendo 61,5% a mais em relação ao desvio padrão do ano anterior. Apesar de no ano de 2021 ter havido uma redução de -10,3% na dispersão, todavia, em 2022 a variação aumentou novamente em 10,0% com relação ao resultado do ano de 2021.

Acerca dos primeiro, segundo e terceiro quartis, em 2019 as variações foram de 7,8%, 10,5% e 10,3% a mais em relação aos do ano de 2018. Para o ano de 2020, houve diminuição em todos os quartis (-26,5%, -16,4% e -9,9%, respectivamente). Sobre o ano de 2021 o primeiro quartil aumentou 1,4%, enquanto os segundo e o terceiro quartis apresentaram variações negativas de -1,1% e -3,5% quando comparados aos do ano de 2020.

Por fim, quando comparados aos resultados do ano de 2021, em 2022 todos os quartis aumentaram, sendo as variações de 63,3%, 50,7% e 53,9% na devida ordem.

A seguir, o Gráfico 1 apresenta a evolução das médias gerais de atendimentos ambulatoriais realizados durante o período de estudo (anos de 2018 a 2022) das UPAs 24h de PE analisadas anteriormente.

Gráfico 1 – Evolução das médias gerais dos atendimentos realizados nas UPAs 24h de PE



Fonte: A autora (2024).

Como observado, a média de atendimentos ao longo dos anos de estudo apresentou crescimento de 2,4% no ano de 2019 quando comparado ao ano de 2018. Seguindo por uma significativa queda no ano de 2020 de -36,6% devido ao contexto de pandemia do COVID 19, o qual ocasionou represamento no número de atendimentos do SUS, situação já justificada ao longo deste texto.

No ano de 2021, mesmo ainda sendo considerado ano pandêmico, a média de atendimentos voltou a subir, com variação de 3,4% em relação ao ano anterior, o que sugere uma maior adaptação ao novo cenário em que ficou o Brasil. Sobre o ano de 2022, mesmo a média ainda não voltando ao patamar dos anos que precederam a pandemia, a medida continuou a aumentar, pois a variação foi de 15,3% em relação a 2021.

Ainda cabe apresentar que dentre as 14 UPAs 24h de PE analisadas no trabalho, a relação das unidades que mais realizaram atendimentos ambulatoriais e as que menos realizaram atendimentos com base na média, no período de estudo, se deu conforme se segue na Tabela 15.

Tabela 15 – UPAs 24h com maiores e menores médias de atendimentos (2018 a 2022)

Ano	Maiores Médias de Atendimentos		Menores Médias de Atendimentos	
	Média	Nome da UPA	Média	Nome da UPA
2018	68837,8	UPA Barra de Jangada	36580,7	UPA Cabo de Santo Agostinho
2019	70394,1	UPA Barra de Jangada	39793,3	UPA Cabo de Santo Agostinho
2020	51546,3	UPA Barra de Jangada	26014,8	UPA Cabo de Santo Agostinho
2021	53631,1	UPA Barra De Jangada	26083,8	UPA Cabo de Santo Agostinho
2022	62239,2	UPA IBURA	31210,5	UPA São Lourenço da Mata

Fonte: A autora (2024).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme proposto, o intuito desta pesquisa foi expandir o escopo de estudos sobre as políticas públicas de saúde quanto ao desenvolvimento da atenção às urgências no tocante ao atendimento pré-hospitalar, através das UPAs de PE. Além disso, objetivou-se contribuir na divulgação de resultados e panoramas que possam vir a auxiliar os tomadores de decisões. Também foi acrescentado o propósito de promover e disseminar o tema no âmbito acadêmico.

Ao longo dos anos, as políticas de saúde têm se dedicado à descentralização e regionalização dos serviços, visando ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e reestruturar as regiões de Saúde por meio de critérios de funcionamento e hierarquização dos fluxos assistenciais (Uchimura, 2014). Acrescendo, o estudo sobre as políticas públicas de saúde é crucial devido a relevância para população, uma vez que a CF/1988 estabelece legalmente a garantia de uma política de proteção social universalista e não excludente (Viana; Baptista, 2012).

Dessa maneira, a análise da política pública de saúde, no caso as UPAs de PE que visam ampliar o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde do estado, serviu de elemento principal para o aprofundamento do tema. Essa análise permite inferir não apenas alguns desafios enfrentados quanto ao funcionamento dessas unidades, como também os impactos e as possibilidades da melhoria dos atendimentos de urgência e emergência.

Desse modo acredita-se que a pesquisa contribui para o debate sobre políticas públicas de saúde e seu papel na promoção do bem-estar da população, especialmente a que reside em PE. Para atingimento do objetivo central desta pesquisa, inicialmente observou-se que as UPAs surgiram no estado para o enfrentamento de um problema público.

Por conseguinte, foi realizada a caracterização dessas unidades baseada nos modelos de implementação e funcionamento definidos na Portaria n.10/2017. Diante disso, verificou-se que todas as UPAs da amostra estavam habilitadas na Modalidade Nova e classificadas no Porte III (exceto uma unidade que apresentou Porte II) e Opção de Funcionamento XIII.

Em sequência foi avaliada a distribuição das unidades segundo a conformação territorial de saúde em PE, visto a diretriz da regionalização na atenção às urgências, abordados em Brasil (2003; 2011). As observações indicaram uma concentração da

oferta das UPAs na I Macrorregião, mais especificamente na I Região de Saúde, onde estão localizadas 13 unidades das 14 da amostra. Apenas uma unidade fica localizada na II Macrorregião, mais especificamente na IV Região de Saúde.

Essa constatação vai contra a proposta de regionalização da assistência à Saúde do Plano Diretor de Regionalização de PE, o qual pressupõe a oferta de serviços de saúde no estado de forma equânime em todo o seu território (PE, 2011). Esse território está dividido em 12 Regiões de Saúde e quatro Macrorregiões de Saúde e a regionalização é uma estratégia importante para promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde e para otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

Quanto ao comportamento dos atendimentos ambulatoriais realizados nas UPAs analisadas (nos anos de 2018 a 2022), foi constatado, de forma geral, concentrando-se na média, aumento na quantidade de atendimentos de 2018 para o ano de 2019 (variação de 2,4%). Já em 2020 a média de atendimentos diminuiu - 36,6%, o que pode ser justificado pela pandemia do COVID 19, a qual afetou o país, e provocou o represamento dos atendimentos em saúde no SUS (FIOCRUZ, 2021).

No ano de 2021, mesmo ainda sendo período pandêmico, a média de atendimentos voltou a aumentar gradativamente (com variação de 3,4%) e no ano de 2022 a média chegou a subir 15,3%, mas ainda não alcançando o patamar de atendimentos encontrados no período pré pandêmico. Apesar da constatação dos atendimentos ambulatoriais efetivamente realizados nestas unidades, o contexto pandêmico apontou um despreparo no sistema de saúde de PE quanto a sua capacidade de realizar plenamente suas funções no estado.

É evidente que a gravidade do cenário exigiu uma reorganização no fluxo da rede de atendimentos e redefinições de papéis para além das UPAs, abarcando todos os níveis de atenção do SUS (Daumas *et al.*, 2020), o que diante dos resultados observados pôde começar serem alcançados a partir do ano de 2021.

A escassez de equipamentos médicos, recursos humanos em saúde, equipamentos de proteção individual e respiradores foi uma questão crítica enfrentada pelo mundo durante a pandemia de COVID-19, e em outras situações de emergência de saúde pública (Boitrage *et al.*, 2021). Esses desafios evidenciam a necessidade de instrumentar decisões de gestão para otimizar recursos escassos (Boitrage *et al.*, 2021).

Os objetivos inicialmente listados foram atingidos, senão em totalidade, mas ao menos parcialmente. Vale salientar que as UPAs apresentaram quase que em todo o

conjunto similaridade na caracterização na forma de funcionamento definidos nas Portarias citadas, excetuando-se uma unidade.

Porém, quando verificadas as médias das que mais realizaram atendimentos durante o período de estudo e das que menos realizaram, houve, por exemplo, predominância da UPA Barra de Jangada com as maiores médias ao longo dos primeiros quatro anos do estudo (2018, 2019, 2020 e 2021), e da UPA Cabo de Santo Agostinho com as menores médias também nesse mesmo período.

Essa situação levanta pontos quanto ao contexto que cada unidade está inserida, tomando como base a pluralidade e heterogeneidade do estado e do país, assim como sua capacidade física e operacional, o *status* de integração das UPAs com a atenção básica e a rede hospitalar. Nesse sentido, a fim de um maior esclarecimento do porquê desses resultados, sugere-se um novo estudo que possa alcançar estas respostas, uma vez que seria uma complementariedade para a pesquisa aqui realizada.

Além disso, outra limitação do estudo é que o desempenho observado reflete, basicamente, a conformação das redes de saúde de PE. Portanto, uma nova pesquisa pode vir a ajudar a identificar os pontos de estrangulamentos e as ineficiências do sistema do estado, e até mesmo ampliar o escopo, fazendo da região Nordeste do Brasil ou mesmo do país.

Ainda se cita como limitação deste trabalho a instabilidade na plataforma do DATASUS, na qual foi realizado o primeiro levantamento das UPAs. Outra dificuldade diz respeito as informações passadas pelo MS. O órgão justificou que a ausência de dados, no caso dos atendimentos, se deve aos estabelecimentos em seus âmbitos locais, que informam mensalmente no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, o que pode acarretar a falta de informações na base de dados e não configurar exatamente o total de todos os atendimentos realizados pelas unidades.

Cabe aqui destacar que sendo os dados específicos e detalhados dos atendimentos disponibilizados nas próprias unidades localmente, a depender da definição que cada município/ estado lhes atribui, retomando que a gestão da unidade é descentralizada, esse é um elemento que também pode resultar em inconsistência.

Além das citadas, para pesquisas futuras sugere-se uma análise qualitativa da capacidade física e operacional de cada uma das unidades, em busca de esclarecer os comportamentos apresentados, com maiores ou menores médias de atendimentos ao longo dos anos, por exemplo. Além disso, uma maior exploração do perfil loco-

regional onde está inserida cada estrutura de Saúde, entendendo melhor as influências de demandas, também pode vir a ser um estudo que agregue conhecimento a o *locus* empírico dessa pesquisa

Por fim, acredita-se que trazendo luz a como o estado oportuniza a integração das UPAs com outros níveis de atenção à Saúde, essa pesquisa torna possível a identificação de deficiências com vistas a atingir a melhor assistência de Saúde possível à população pernambucana.

REFERÊNCIAS

Araújo, L.; Rodrigues, M. L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 83, p. 11-35, 2017.

Atlas Brasil. **Pernambuco, Nordeste**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/uf/26#sec-demografia>. Acesso em: 19 ago. 2023.

Biblioteca Virtual em Saúde. **Informações estratégicas**. SUS – comissões. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>. Acesso em: 25 jun. 2023.

Boitrigo, G. M. *et al.* Reestruturação dos serviços de emergência à COVID-19 no Brasil: uma análise espaço-temporal, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 30, v. 4, p. 1-14, 2021.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 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]: Planalto, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 jul. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002**. [Brasília, DF]: MS, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 7 jul. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [Brasília, DF]: MS, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 26 jun. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.125, de 07 de dezembro de 2006**. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. [Brasília, DF]: MS, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3125_07_12_2006.html#:~:text=Institui%20o%20Programa%20de%20Qualifica%C3%A7%C3%A3o,Programa%20QualiSUS%20e%20define%20compet%C3%Aancias. Acesso em: 16 jun. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008 (Revogada pela PRT GM/MS nº 1.020 de 13.05.2009 – Revogada pela PRT GM/MS nº 1.601 de 07.07.2011)**. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. [Brasília, DF]: MS, 2008. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2922_02_12_2008_comp.htm
l. Acesso em: 27 jun. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 18 dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para implantação de complexos reguladores.** 2. ed. Brasília: MS, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). [Brasília, DF]: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 19 jun. 2024. Acesso em: 23 jul. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em: 8 jun. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.171, de 5 de junho de 2012.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. [Brasília, DF]: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1171_05_06_2012.html. Acesso em: 9 jun. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 342, de 4 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal (redação dada pela portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014). [Brasília, DF]: MS, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em: 30 jun. 2023.

Brasil. 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).** Brasília: MS, 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília: MS, 2014.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** Brasília: MS: FIOCRUZ, 2016. v. 4.

Brasil. **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. [Brasília, DF]: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 17 jul. 2023.

Brasil. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nºs 1/1992 a 99/2017, pelo decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. 53. ed. Brasília, DF: Mesa da Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/35359>. Acesso em: 27 nov. 2023.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Indicadores – tipo de estabelecimento.** Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=73&VListar=1&VEstado=26&VMun=&VSubUni=003&VComp=202112. Acesso em: 14 ago. 2023.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS]. **A importância da pactuação tripartite é destaque na CIT de maio.** [S. l.], 26 mai. 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/a-importancia-da-pactuacao-tripartite-e-o-permanente-dialogo-entres-as-esferas-de-gestao-sao-destaques-da-cit-de-maio/#:~:text=%E2%80%9CA%20conta%20do%20SUS%20%C3%A9,pol%C3%ADticas%20nacionais%20devem%20ser%20pactuadas%E2%80%9D>. Acesso em: 25 jun. 2023.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS]. Guia de apoio à gestão estadual do SUS. **Estrutura dos complexos reguladores.** Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/estrutura-dos-complexos-reguladores/#:~:text=O%20Complexo%20Regulador%20%C3%A9%20a,l>. Acesso em: 24 jun. 2023.

Cooper, D. R.; Schindler P. S. **Métodos de pesquisa em Administração.** 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

Daumas, R. P. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 1-7, 2020.

Diário de Pernambuco. Censo 2022: Pernambuco ultrapassa a marca de 9 milhões de habitantes. **Diário de Pernambuco**. Pernambuco: Diário de Pernambuco, 28 jun. 2023. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2023/06/cento-2022-pernambuco-ultrapassa-a-marca-de-9-milhoes-de-habitantes.html>. Acesso em: 7 ago. 2023.

Dias, R.; Matos, F. **Políticas públicas**: princípios, propósitos e processos. São Paulo: Atlas, 2012.

Dye, T. D. **Understanding public policy**. 7. ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1972.

Fahel, M. Desigualdades em saúde no Brasil: análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. In: Fahel, M.; Neves, J. A. B. (org.). **Gestão e avaliação de políticas sociais no Brasil**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2007. p. 219-250.

Fleury, S.; Ouverney, A. M. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella, L. et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 25-57.

Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ]. **Estudo revela como a pandemia afetou os atendimentos no SUS**. [S. l.], 12 nov. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-revela-como-pandemia-afetou-os-atendimentos-no-sus#:~:text=Um%20estudo%20do%20projeto%20Monitora,internadas%20devido%20%C3%A0%20Covid%2D19>. Acesso em: 4 mar. 2024.

Gertson, L. N. **Public policy making**: process and principles. 3. ed. New York: Routledge, 2010.

Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Hair Junior. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Ibañez, N. Conceitos de regionalização e organização das redes. In: Ibañez, N. (org.). **Redes de atenção às urgências e emergências**: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015. p. 27-36.

Ibañez, N.; Granja, G. F.; Viana, A. L. D. Política nacional de atenção às urgências no Brasil: periodização e marcos legais. In: Ibañez, N. (org.). **Redes de atenção às urgências e emergências**: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015. p. 39-52.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. **Cidades e estados**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/pesquisa/23/27652?detalhes=true>. Acesso em: 7 ago. 2023.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde [Olhar IEPS]. O impacto das UPAs 24h sobre indicadores hospitalares e a saúde da população. **Olhar IEPS**, 11 mai. 2021. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Olhar_IEPS_01.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

Konder, M. T. **Atenção às urgências**: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. 2013. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

Konder, M. T.; O'Dwyer, G. As unidades de pronto atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

Kripka, R. M. L.; Scheller, M.; Bonotto, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD**, v. 14, n. 2, p. 55-73, 2015.

Lemos, R. S. **Regionalização da alta complexidade em saúde no estado de Pernambuco**: oferta e alocação de recursos. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

Lima, M. C. **Monografia**: a engenharia da produção acadêmica. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

Machado, C. V.; Salvador, F. G. F.; O'Dwyer, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

Mattos, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 47-61.

Mello, G. A.; Ribeiro, L. H. L. Implantação das upas e inserção das redes no estado de Pernambuco. In: Ibañez, N. (org.). **Redes de atenção às urgências e emergências**: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015. p. 241-271.

Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, 2008.

Ministério da Saúde [MS]. **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h>. Acesso em: 13 jul. 2023.

Negri Filho, A. A crise dos serviços hospitalares de urgências no Brasil: elementos para uma agenda transformadora em prol dos direitos humanos. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 3, n. 7, p. 44-49, 2013. Disponível em: https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_7.pdf. Acesso em: 28 nov. 2023.

O'Dwyer, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bNffKtGKxykS9zS3GD38QhR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2023.

Pernambuco [PE]. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano diretor de regionalização**. [Pernambuco: s. n.], 2011. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_a0_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em: 4 ago. 2023.

Pernambuco [PE]. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde. **Perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico: Pernambuco 2016**. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2016. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/perfil_socioeconomico_demografico_e_epidemiologico_de_pernambuco_2016.pdf. Acesso em: 4 set. 2023.

Pernambuco [PE]. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Monitoramento e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Saúde Ambiental e do Trabalhador. **Saúde Pernambuco: reflexões, evidências e experiências da vigilância em saúde**. Recife: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, 2019. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/saude_pe_final_isbn_eletronico_revisado_compressed_final.pdf. Acesso em: 4 set. 2023.

Pernambuco [PE]. Secretaria Estadual de Saúde. Governo do Estado Pernambuco. Cadernos de Informações em Saúde. **Caderno 2021**. [Pernambuco: Secretaria de Saúde Pernambuco, 2021]. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/aplicativo/secretaria/cadernos-de-informacoes-em-saude>. Acesso em: 5 ago. 2023.

Pernambuco [PE]. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. I Gerência Regional de Saúde. **Mapa de saúde da I região de saúde**. Pernambuco: Secretaria de Saúde Pernambuco, 2021a. Disponível em:

https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_de_saude_2020_i_regiao_de_saude.pdf. Acesso em: 11 mar. 2024.

Pernambuco [PE]. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. IV Gerência Regional de Saúde. **Mapa de saúde IV região de saúde de Pernambuco**. Caruaru: [s. n.], 2021b. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_de_saude_2020_iv_regiao_de_saude.pdf. Acesso em: 11 mar. 2024.

Pernambuco [PE]. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Recife: A Secretaria, 2021c. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020_2023_0.pdf. Acesso em: 1 mar. 2024.

Pernambuco [PE]. Secretaria Estadual de Saúde. Governo do Estado Pernambuco. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. **UPAs**. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/upas>. Acesso em: 3 ago. 2023.

Peters, B. G. **American public policy: promise and performance**. 5. ed. New York: Chatham House Publishers, 1999.

Pinto, I. C. M. *et al.* Níveis de atenção, produção de serviços e cobertura do SUS. *In*: Paim, J. S. (org.). **SUS - Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 189-216.

Pinto, R. S.; Stocker, T.; Lima, T. M. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 127-136, 2019.

Portal da Transparência. **Controladoria Geral da União**. Disponível em: <https://portal.datransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2023>. Acesso em: 18 ago. 2023.

Procopiuck, M. **Políticas públicas e fundamentos da administração pública: análise e avaliação, governança e redes de políticas, administração jurídica**. São Paulo: Atlas, 2013.

Prodanov, C. C.; Freitas, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

Ribeiro M. C. S. A.; Barata, R. B. Condições de saúde da população brasileira. *In*: Giovanella, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 143-181.

Richardson, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Rocha, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgências pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

Sá-Silva, J. R.; Almeida, C. D.; Guindani, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

Secchi, L.; Coelho, F. S.; Pires, V. **Políticas públicas: conceitos, casos práticos, questões de concurso**. 3. ed. São Paulo: Cengage, 2019.

Silva, G. S. *et al.* Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 4, p. 445-458, 2012.

Silva, C. M. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.

Solla, J. J. S. P.; Chioro, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: Giovanella, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 547-576.

Souza, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. *In*: Hochman, G.; Arretche, M.; Marques, E. (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 75-99.

Uchimura, L. Y. T. **Diagnóstico da integração e da adequabilidade das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do estado do Paraná às redes de atenção do Sistema Único de Saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

Viana, A. L. D'Ávila.; Baptista, T. W. F. Análise de políticas de saúde. *In*: Giovanella, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 59-87.

Viana, A. P. **Fatores que se interpõem à qualidade dos serviços de saúde prestados pelas unidades de pronto atendimento como meios de consumo coletivo**. 2017. Dissertação (Mestrado em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social) – Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social da Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2017.