



Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros

ISSN: 2237-2342 (impresso)  
L-ISSN: 2178-2008 (on-line)

Ano VI, Vol.VI, n.22, abr./jun., 2015.

Tramitação editorial:  
Data de submissão: 30/04/2015.  
Data de reformulação: 15/05/2015.  
Data de aceite definitivo: 28/05/2015.  
Data de publicação: 20/06/2015.

## ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA ACERCA DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – (UPAS)

Jonas Rodrigo Gonçalves<sup>1</sup>

César Cavalcante de Oliveira<sup>2</sup>

**RESUMO:** Neste artigo, pretende-se mostrar o que uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) deve oferecer de serviço à população, como ocorre o atendimento em suas dependências e como o governo fornece subsídio financeiro para sua seu funcionamento. Com esse artigo, busca-se entender o que são as UPA's, como elas ajudam no dia-a-dia do SAMU 192, e se são capazes de diminuir a super lotação dos prontos-socorros. Apresentaremos as legislações que norteiam o universo das UPA's, e como tais leis ajudam no custeio e na manutenção de uma UPA. Poder-se-á, de maneira objetiva, entender como as UPA's devem funcionar, o que devem possuir em seus aposentos e como devem tratar seus pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** UPA, Pronto Socorro, Saúde, Hospitais.

**ABSTRACT:** In this article, we intend to show what a UPA (Emergency Unit) should offer people the service, as is the service in its facilities and how the government provides financial subsidy for its functioning. With this article, we seek to understand what are the PSUs, as they help in the day-to-day SAMU 192, and are able to reduce the overcrowding of emergency rooms. We introduce the laws that govern the universe of PSUs, and how such laws help in funding and maintaining a UPA. Could you will, objectively, understand how PSUs should work, which must have in his chambers and how they should treat their patients.

**KEYWORDS:** UPA, Emergency, Health, Hospitals.

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciência Política, com foco em políticas públicas; especialista em Letras (Linguística: Revisão de Texto); licenciado em Filosofia e em Letras (Português/Inglês); coordenador dos grupos de pesquisa em “Direito e Políticas Públicas” e “Português Jurídico” da Faculdade Processus; revisor de textos dos periódicos da Faculdade Processus; professor da Unip e da Faculdade JK. E-mail: professorjonas@gmail.com

<sup>2</sup> Graduando em Direito pela Faculdade Processus/DF; pesquisador-bolsista do grupo de pesquisa “Direito e Políticas Públicas”, da Faculdade Processus, sob a coordenação do professor Jonas Rodrigo Gonçalves. Coautor do artigo “Política Pública de vacinação de meninas contra o HPV como viés axiológico do direito à saúde no Brasil”.

## **Introdução**

Neste artigo, pretende-se mostrar o que uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) deve oferecer de serviço à população, como ocorre o atendimento em suas dependências e como o governo fornece subsídio financeiro para sua seu funcionamento.

Com esse artigo, busca-se entender o que são as UPA's, como elas ajudam no dia-a-dia do SAMU 192, e se são capazes de diminuir a super lotação dos pronto-socorros.

Apresentaremos as legislações que norteiam o universo das UPA's, e como tais leis ajudam no custeio e na manutenção de uma UPA.

Poder-se-á, de maneira objetiva, entender como as UPA's devem funcionar, o que devem possuir em seus aposentos e como devem tratar seus pacientes.

### **Análise da política pública acerca das Unidades de Pronto Atendimento – (UPAs).**

Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são, como o próprio nome diz, unidades de atendimento imediato, para situações não extremas serem solucionadas de um modo pratico e rápido sem a necessidade de um deslocamento maior de seu bairro à procura de um grande hospital.

Parte da Política Nacional de Urgência e Emergência lançou as UPAs para diminuir o número de pessoas nos prontos-socorros, funcionando como unidade intermediária. Uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) atende casos mais simples, como febre alta e problemas de pressão.

Integrada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ao ligar para o 192, o cidadão possui contato direto com profissionais de saúde que dispõem de instruções de primeiros socorros, orientando como melhor tratar cada situação. E em várias ocasiões, o SAMU faz o primeiro atendimento e conduz o paciente para a UPA.

Essa associação classifica o serviço, já que, ao fornecer o primeiro socorro, o estafe do SAMU observa a real necessidade do paciente e o guia, caso necessário, para um serviço mais apropriado.

A Política Nacional de Urgência e Emergência integrou as unidades de saúde e dividiu a atenção às urgências no SUS em quatro frentes.

No nível da Atenção Básica, as equipes de Saúde da Família (ESF) e as UBS têm como prioridade a orientação assistencial a um número determinado de famílias e

acolhimento das urgências de menor complexidade. O componente móvel, por meio do SAMU 192, faz a estabilização dos pacientes no local da ocorrência e o transporte seguro para as unidades de saúde indicadas. Já às UPAs cabe o atendimento das urgências de média complexidade. E o setor de urgência dos hospitais realizam o atendimento das urgências de maior complexidade. (BRASIL, 2014)

A lei que instituiu as UPAs no DF partiu da Portaria N° 342, de 4 de março de 2013, feita pelo Ministério da Saúde, que restabelece as diretrizes para instalação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e possui acesso a patrocínio para novas UPAs 24h, e aumenta às já existentes, com seus respectivos incentivos financeiros mensais.

Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro  
PORTARIA N° 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. (Alterado pela PRT n° 104/GM/MS de 15.01.2014)  
[BRASIL, BVSMS, 2014]

A Portaria n° 1.601, de 7 de julho de 2011, estabelece as diretrizes para implantar os componentes das Unidades de Pronto Atendimento e a agregação de afazeres da urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em concomitância com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

O Ministro de Estado da Saúde – no uso do poder que conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e observando a Portaria n° 2.048/GM/MS, de novembro de 2002, que inseriu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência – pondera acerca das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, conforme a Portaria No- 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, claramente nos dizeres referentes aos deveres do Termo de Compromisso de Gestão Federal, Estaduais e Municipais<sup>3</sup>.

A Portaria n° 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e, no item 5 do Anexo, consolida como característica do processo de TRABALHO das equipes neste nível de atenção a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas. Ponderando a Portaria n° 204/GM/MS, de 29 de janeiro

---

<sup>3</sup> Isso com base nas Portarias de número 2.048/GM/MS/2002<sup>3</sup> e 399/GM/MS/2006.

de 2007, que regulariza o subsídio e a transição dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, como blocos de financiamento, com a devida fiscalização<sup>4</sup>.

Sendo inauguradas, as UPAs devem: funcionar 24h (vinte e quatro horas) diariamente; acolher todos os pacientes que as buscarem, de acordo com a triagem e classificação de risco; possuir um contato facilitado com as outras unidades de saúde, SAMU 192; ter funcionários bem capacitados; ter equipe multiprofissional para atendimento resolutivo e qualificado; dar assistência à Rede de Atenção Básica; ser um lugar para estabelecimento de pacientes encaminhados pelo SAMU 192; prestar consulta médica em procedimento de pronto atendimento aos casos de menor gravidade; atender corretamente as necessidades médicas dos pacientes que recorrerem à unidade; realizar apoio terapêutico e diagnóstico 24 horas por dia de maneira contínua; cuidar dos pacientes em observação por até 24 horas para elucidação; conduzir para internação em hospitais os pacientes que não se recuperarem nas 24 horas de observação; recorrer à assistência do SAMU 192 sempre que a magnitude dos casos excederem a capacidade das instalações da Unidade; e possuir suporte técnico e logístico para ótimo andamento da Unidade.

E elas podem ser classificadas pelo porte, I, II ou III. Uma UPA de porte I deve: atingir em sua área uma população de 50.000 a 100.000 habitantes; possuir um espaço físico mínimo de 700 m<sup>2</sup>; ser capaz de fazer atendimentos médicos em 24 para até 150 pacientes; contar com no mínimo dois médicos por plantão; ter no mínimo sete leitos para observação. Cumprindo essas exigências, a unidade receberá um incentivo para edificação e mobiliário, materiais e equipamentos, segundo o Art. 4 § 1º, de R\$ 1.400.000,00 (Um milhão e quatrocentos mil reais).

Uma UPA de porte II deve atingir em sua área uma população de 100.001 a 200.000 habitantes; possuir um porte físico mínimo de 1.000 m<sup>2</sup>; ser capaz de fazer atendimentos médicos em 24 para até 300 pacientes; devem estar presentes no mínimo 4 médicos por plantão; e ter 11 leitos para observação no mínimo. Cumprindo essas exigências, a unidade receberá um incentivo para edificação/mobiliário, materiais e equipamentos segundo o Art. 4 § 1º de R\$ 2.000.000,00.

---

<sup>4</sup> Como na N°- 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que impôs diretrizes para a gestão da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); N°- 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, que determina critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde; N°- 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que revisa a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. [Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sas>>. Acesso em 10 mar. 2015.]

Uma UPA de porte III deve atingir em sua área uma população de 200.001 a 300.000 habitantes; possui uma porte físico mínimo de 1.300 m<sup>2</sup>; ser capaz de fazer atendimentos médicos em 24 para até 450 pacientes; devem estar presentes no mínimo 6 médicos por plantão; e ter 15 leitos para observação no mínimo. Cumprindo essas exigências, a unidade receberá um incentivo para edificação/mobiliário, materiais e equipamentos segundo o Art. 4 § 1º de R\$ 2.600.000,00.

Podendo ser sujeitas à ampliação. E para isso oferece incentivo financeiro de até R\$ 1.400.000,00, R\$ 2.000.000,00, e R\$ 2.600.000,00, respectivamente, para UPA's de porte I, II e III.

Para determinar uma boa qualidade, a UPA deve preencher algumas características. Checar os afazeres assumidos pela UPA, a especificação de perigo inserida com “horizontalização” da administração da cautela, provar o funcionamento efetivo da grade de referência e contra referência instituída nas centrais de estabilização, assentamento e inserção de protocolos de assistência clínica classificando o perigo e o sistema de gestão, análise da conexão da UPA 24 h, SAMU 192 e Atenção Básica, e um atestado sobre a estrutura física visual da unidade esta sendo mantida no padrão feito pela CGUE/DAE/SAS/MS através de um relatório de visita técnica para validação. Adição da unidade nas centrais de atendimento que garanta a regulação da urgência. E executar suas funções de prestar consultas, cirurgias e entre outras. Conexão operante com o SAMU 192 por intermédio da portaria de habilitação publicada no Diário Oficial da União (DOU), comprovada. Ter atividades educacionais de modo permanente por iniciativa própria ou em meio de cooperação de modo comprovado. Apresenta avaliação anual de indicadores de bom ou mau funcionamento do serviço.

O custeio das UPA 24h ficam definidos, de forma tripartite entre os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e a União, compartilhando essa responsabilidade.

O Ministério da Saúde vai repassar os valores do custeio mensal especificados a seguir: UPA habilitada (Valor custeio/mês) Porte I: R\$ 100.000,00; Porte II: 175.000,00; Porte III: 250.000,00. E para UPA habilitada e qualificada (Valor custeio/mês) Porte I: R\$ 170.000,00; Porte II: R\$ 300.000,00; Porte III: R\$ 500.000,00. (BRASIL, BVSMS, 2014)

Quantos às especialidades contempladas nas UPAs, contempla-se a maioria das necessidades médicas que devem ter pronto atendimento, como fraturas, cortes, pressão e febre alta, derrame e infarto. Assim, subtrai-se o excesso de pacientes nos prontos-socorros dos hospitais. Possuindo eletrocardiografia, pediatria, raio-X, leitos de observação e laboratório de exames.

Ao adentrar na unidade, os médicos auxiliam o paciente, estabilizam o malefício e delineiam o diagnóstico. Examinam se há necessidade de levar o enfermo para algum hospital ou se o deixam sob observação (por 24h).

E as UPA's possuem três portes diferentes, nos quais a de porte 1 possui de 5 a 8 leitos para observação, pode receber 150 pessoas por dia e abrange uma área com a população de 50 mil a 100 mil pessoas. (BRASIL, PAC, 2014)

Em relação às quantidades de UPA's instaladas no DF, existem seis UPA's localizadas em: Ceilândia, Núcleo Bandeirante, Recanto das Emas, Samambaia, São Sebastião, Sobradinho.

A UPA de Samambaia tem 1,3 mil metros quadrados. Possuindo três especialidades: ortopedia, clínica médica e pediatria. Sendo esperado que atenda 500 pessoas por dia.

A unidade de Sobradinho se localiza ao lado da Clínica da Família, possui tamanho similar à de Ceilândia, com dois mil metros quadrados. Sendo que as duas são vistas como as maiores do Brasil. (Correio Braziliense, 2014)

No que tange aos países que usam este sistema, em Manchester há um sistema de triagem muito semelhante ao das UPAs brasileiras, nos quais se checa o risco de vida do paciente para poder dar o atendimento correto. E esse sistema é denominado de SCR (Sistema de Classificação de Risco), que possui 52 entradas, as quais se unem por fluxos ou algoritmos para avaliar a gravidade, a qual está classificada por cores. Os fluxogramas estão unidos de certa maneira a interpretar sintomas, sinais e síndromes que casualmente fazem a pessoa ir para o Pronto Atendimento.

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente, de forma a não comprometer a sua saúde, explica a enfermeira Ana Paula Pancieri, Gerente Administrativa do Pronto Atendimento do Hospital Beneficência Portuguesa, de São Paulo. (PORTAL DA ENFERMAGEM, 2014).

Como citado a seguir: Vermelho significa emergência, neste caso, o paciente necessita de atendimento imediato. Laranja significa muito urgente, o paciente necessita de atendimento o mais prontamente possível. Amarelo significa urgente, o paciente precisa de avaliação; não é considerada uma emergência, já que possui condições clínicas para aguardar. Verde significa pouco urgente, é o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente. Azul significa não urgente, é o caso de menos complexidade e sem problemas recentes; este paciente deve ser acompanhado no consultório médico ambulatorialmente.

A grande vantagem desta Triagem é separar os casos verdadeiramente urgentes dos não urgentes e garantir o atendimento prioritário dos casos mais graves”, explica a enfermeira. Ela ainda informa que os pacientes deixam de ser atendidos pela ordem de chegada ao setor de urgência e passam a ser em função da gravidade da situação. “É um grande passo para a sistematização da assistência. O fato de os doentes estarem ordenados por prioridades é vantajoso para os profissionais, que passam a ter uma imagem clara do número de doentes que se encontram no setor e da sua gravidade, permitindo gerir as tarefas a atuar de forma mais correta e responsável. A implantação da Triagem também é vantajosa para o paciente, pois submetido a esta metodologia de classificação de risco está certamente assegurado que não correrão risco de vida, além de que o tempo de atendimento será determinante para uma melhor recuperação e intervenções mais assertivas para a queixa que o motivou a procura do serviço. (PORTAL DA ENFERMAGEM, 2014)

O sistema de triagem com sua aurora na Inglaterra na cidade de Manchester. Chegou ao Brasil em 2008 em Minas Gerais como meio para diminuir a superlotação nos hospitais e pronto-socorros. E hoje é entendido como uma evolução no atendimento aos quem recorrem a um Serviço de Urgência, acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos.

A enfermeira ainda cita outro benefício deste protocolo, que é a garantia de oferecer um serviço homogêneo, ou seja, independentemente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de saúde terá a mesma padronização no atendimento. O processo de triagem se dá com a abertura de ficha no setor. Após, o paciente é direcionado para a sala de triagem. “O enfermeiro triador identifica a queixa principal e através dela associa um fluxograma de Manchester a ser aplicado. Baseado nas respostas do paciente ele identificará uma cor para o risco”, explica Pancieri. O enfermeiro é o profissional responsável por este processo. (PORTAL DA ENFERMAGEM, 2014)

Abaixo, para entendermos na prática, segue um exemplo do discriminador (fluxo) para asma:

Caso seja um problema recente ocasionando uma provável infecção respiratória ou broncospasmo lhe dão a cor verde. Tendo PEFr baixo, ASO<sub>2</sub> baixo, histórico significativo de asma ou asma sem melhoria com o seu tratamento habitual, a cor é amarela. Incapacidade de articular frases completas, taquicardia acentuada, PEFr muito baixo, SAO<sub>2</sub> muito baixo, alteração do estado de consciência passa para a cor laranja. Compromisso da via aérea, respiração ineficaz, criança não reactiva, em estado de choque, é dada a cor vermelha.

Atualmente a escala de Manchester se torna um forte modelo que pode ser usado para atenção primária e para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). E para o êxito desse sistema, é preciso ter profissionais devidamente treinados e certificados para se tornarem um “triador”,



pois as auditorias são recorrentes para o padecer do sistema de triagem. Logo, é indicado para os profissionais da área estarem sempre atualizados.

“O Protocolo de Manchester ainda apresenta lacunas para melhoramento e incremento de condutas. Recentemente, no mês de novembro, a Beneficência Portuguesa participou do primeiro encontro internacional de Manchester, sediado em Belo Horizonte, onde tivemos a oportunidade de compartilhar relatos de casos de países europeus e hospitais brasileiros”, justifica o Portal da Enfermagem (2014).

### Considerações Finais

Neste artigo, pretendeu-se mostrar o que uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) deve oferecer de serviço à população, como ocorre o atendimento em suas dependências e como o governo fornece subsídio financeiro para sua seu funcionamento.

Com esse artigo, buscou-se entender o que são as UPA's, como elas ajudam no dia-a-dia do SAMU 192, e se são capazes de diminuir a super lotação dos pronto-socorros.

Apresentamos as legislações que norteiam o universo das UPA's, e como tais leis ajudam no custeio e na manutenção de uma UPA.

Pode-se, de maneira objetiva, entender como as UPA's devem funcionar, o que devem possuir em seus aposentos e como devem tratar seus pacientes.

A pesquisa ainda estabeleceu um quadro comparativo com o Sistema de Manchester, na Inglaterra. Isso no que tange à questão da triagem de pacientes.

### Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. *Unidades ajudam a desafogar os prontos-socorros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: 28 ago. 2014. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/08/unidades-ajudam-a-desafogar-os-prontos-socorros>.

BRASIL, PAC. *Comunidade Cidadã*. Brasília: PAC, 2014. Acesso em: 28 ago. 2014. Disponível em <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento>.

BRASIL, *Saúde Legis. Sistema de Legislação da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: 28 ago. 2014. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601\\_07\\_07\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html).  
\_\_\_\_\_. *Sistema de Legislação da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: 28 ago. 2014. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html).

CORREIO BRAZILIENSE. *UPA é inaugurada em Samambaia e pacientes já começam a ser atendidos*. Brasília: Correio Braziliense, 2014. Acesso em 29 ago. 2014. Disponível em

<[http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/02/15/interna\\_cidadesdf,237\\_915/upa-e-inaugurada-em-samambaia-e-pacientes-ja-comecam-a-ser-atendidos.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/02/15/interna_cidadesdf,237_915/upa-e-inaugurada-em-samambaia-e-pacientes-ja-comecam-a-ser-atendidos.shtml)

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. *Metodologia Científica e Redação Acadêmica*. 6. ed. Brasília: JRG, 2012.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo, SERPA, Mauro Pinto. **Direito e Políticas Públicas**: extrato da pesquisa de programas sociais vigentes em 2012. Brasília: JRG, 2013.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo Gonçalves; MOURA, Mayara Gomes Ferreira de. Programa “Bolsa Família” como Política Pública de Transferência de Renda no Brasil. **Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**. Brasília: Processus, Ano V, Vol.V, n.13, 2013.

PORTAL DA ENFERMAGEM. *Plantão read*. Acesso em: 28 ago. 2014.  
Disponível em  
<[http://www.portaldafenfermagem.com.br/plantao\\_read.asp?id=1461](http://www.portaldafenfermagem.com.br/plantao_read.asp?id=1461)