

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

DENYS CARVALHO DUARTE PEREIRA

**ESTUDO DO IMPACTO DAS AMAs NA DEMANDA DE INTERNAÇÕES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO**

SÃO PAULO

2010

DENYS CARVALHO DUARTE PEREIRA

**ESTUDO DO IMPACTO DAS AMAs NA DEMANDA DE INTERNAÇÕES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO**

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo
da Fundação Getulio Vargas, como requi-
sito para obtenção do título de Mestre em
Administração de Empresas

Campo de Conhecimento:
Administração em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO
2010

DENYS CARVALHO DUARTE PEREIRA

**ESTUDO DO IMPACTO DAS AMAs NA DEMANDA DE INTERNAÇÕES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO**

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo
da Fundação Getulio Vargas, como requi-
sito para obtenção do título de Mestre em
Administração de Empresas

Campo de Conhecimento:
Administração em Saúde

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)
FGV-EAESP

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior
FGV-EAESP

Prof^a. Dra. Denise Schout
HC-USP

Aos meus pais, Duarte e Ildenir, meus maiores exemplos, por tudo que eles abdicaram para eu chegar aqui.

À Marcella, minha companheira em todas as jornadas, que tanto me incentivou e que acredita em mim mais que eu mesmo.

A Leonardo Carâp, professor e amigo, que me ensinou a dar os primeiros passos na área de gestão e sempre me incentivou a seguir em frente.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora, professora Ana Maria Malik, por ter aceitado a árdua tarefa de me orientar neste trabalho, por todo o apoio e incentivo, pelos conselhos e ensinamentos, e pela ajuda oferecida nos momentos mais difíceis desta caminhada, sou eternamente grato.

Ao professor Álvaro Escrivão Junior, por seus conselhos valiosos e pelo incentivo em todos os momentos.

À professora Denise Schout, por todos os ensinamentos, fundamentais para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores da FGV que ajudaram a sedimentar meus conhecimentos, em especial a Abraham Laredo e Celina Ramalho, pela ajuda na elaboração deste trabalho.

Ao amigo Norberto, pela amizade, pelos incentivos e pelos momentos de descontração.

À Leila, por estar sempre disposta a me ajudar.

Ao meu irmão, Devyson, pelas discussões valiosas que me ajudam a pensar mais no coletivo.

Aos meus sogros, Luiz Fernando e Vera, por me incentivarem e acreditarem tanto em mim.

Aos familiares e amigos, pelo apoio e compreensão.

À CAPES, pela bolsa concedida, sem a qual eu não teria conseguido cursar nesta escola.

A Deus.

RESUMO

Em 2005 foi proposto pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) um modelo de atenção denominado Assistência Médica Ambulatorial (AMA) com a finalidade de ampliar a oferta de serviços de saúde à população, facilitando assim a entrada das pessoas no sistema e o aumento de sua eficiência. Buscava-se ampliar o acesso à atenção básica redirecionando usuários com necessidade de acompanhamento para as unidades básicas de sua área de residência e reduzir a demanda de casos menos complexos aos prontos-socorros, ampliando a capacidade desses serviços de responder aos casos mais graves. O presente trabalho teve como objetivo entender como ocorreu o processo de implantação das AMAs no município de São Paulo, de que forma estas unidades se relacionam com os demais níveis de atenção e se houve alteração na demanda de internações das Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSABs) em hospitais públicos ou privados - conveniados ou contratados pelo SUS - do município. A metodologia utilizada foi a avaliação do cumprimento dos padrões estabelecidos para estas unidades pela SMS, através de entrevistas e análise de dados obtidos no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). Os resultados apontam que, embora tenha havido diminuição no quadro de internações por CSABs, sugerindo possível relação com a implantação das AMAs no município, a integração com os demais serviços de saúde do município ainda não é efetiva.

Palavras-chave: Assistência Médica Ambulatorial; atenção básica; condições sensíveis à atenção básica; redes de atenção à saúde; acesso.

ABSTRACT

In 2005, the São Paulo's Municipal Health Secretariat (SMS) proposed a health care model called Outpatient Medical Assistance (AMA) in order to increase the supply of health services to its population, thus facilitating the entry of people into the system and increase its efficiency. The SMS sought to expand access to primary care, redirecting users requiring assistance in health basic units of their area and reduce the demand of less complex cases to emergency rooms, expanding the capacity of these services to assist more severe cases. This study aimed to understand how was the process of implementation of AMAs in São Paulo, how these units relate to other levels of care and whether there were changes in the admissions of the Conditions Sensitive to Primary Care (CSABs) in public or private municipal hospitals contracted by Unified Health System (SUS). The methodology used was to evaluate whether the standards established for these units by SMS were accomplished, through interviews and analysis of data obtained from the Hospital Information System of the SUS. The results show that, although there was a reduction in the context of admissions for CSABs, suggesting a possible relationship with the implementation of AMAs in the city, the integration with other health services in the municipality is not yet effective.

Keywords: Outpatient Medical Care; primary care; conditions sensitive to primary care; health care network, access.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	11
2 OBJETIVOS E DEFINIÇÃO DA QUESTÃO BÁSICA.....	12
3 OBJETO DE ESTUDO.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
4.1 Dados bibliográficos e documentais.....	13
4.2 Trabalho de campo.....	13
4.2.1 Elaboração de instrumentos para pesquisa de campo.....	13
4.2.2 Seleção dos entrevistados.....	14
4.2.3 Forma de análise	14
4.3 Análise do impacto das AMAs nas interações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSABs).....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
5.1 O Sistema Único de Saúde no Brasil.....	16
5.2 Atenção Básica no SUS.....	21
5.3 Atenção Básica nas esferas de governo.....	24
5.4 Interações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.....	28
5.5 Demanda por Serviços de Saúde.....	33
5.6 Redes de Atenção à Saúde.....	38
5.7 As Redes de Atenção no SUS.....	42
5.8 Modelos Assistenciais.....	45
5.9 SMS, Atenção Básica em São Paulo e as AMAs.....	51
5.9.1 Objetivos das AMAs.....	59
5.9.2 Assistência prestada nas AMAs.....	59
5.9.3 Referência e contra-referência.....	61
5.9.4 Informação.....	67
5.9.5 Estrutura Física Prevista.....	67
5.9.6 Equipamentos.....	68

5.9.7 GSS - Material Médico Hospitalar e Medicamentos.....	68
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
6.1 Entrevistas.....	68
6.2 Análise do impacto das AMAs nas internações por CSABs.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXO I - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENTREVISTADOS.....	110
ANEXO II - GRADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA INTER-HOSPITALARES DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	111
ANEXO III - INSTRUMENTO DE CONTROLE DE PRODUÇÃO DAS AMAs.....	120

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A missão da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) é ofertar um serviço de saúde de qualidade e que atenda às necessidades da população (SMS, 2005). Para encarar o desafio de buscar garantir os princípios da universalidade de acesso, da equidade no atendimento, da atenção integrada e da qualidade do serviço, em 2005 foi proposto um modelo de atenção à saúde, denominado Assistência Médica Ambulatorial (AMA) que tem o objetivo de realizar atendimentos não agendados a pacientes portadores de afecções de baixa e média complexidade nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia geral e/ou ginecologia apoiados por uma concentração maior de tecnologia, que a vigente até o momento, para diagnóstico e tratamento. Trata-se portanto de um modelo proposto para organizar o atendimento médico à população, ligado à Atenção Básica.

Esta nova configuração da rede de Atenção Básica do município de São Paulo foi uma proposta que visava à ampliação da oferta de serviços de saúde à população, facilitando assim a entrada das pessoas no sistema e o aumento da eficiência. Buscava ampliar o acesso à atenção básica atendendo casos não agendados, por procura espontânea ou encaminhados pelas unidades básicas mesmo em horários em que as unidades básicas já não estão em funcionamento. Quando da procura espontânea, caberia aos serviços AMA redirecionar usuários com necessidade de acompanhamento para as unidades básicas de sua área de residência, para garantir continuidade da atenção. Esta forma de captação de casos (através das AMAs), agregada à redução da demanda pelo atendimento de casos eventuais nas unidades básicas, poderia permitir que estas unidades aprimorassem sua missão e ampliassem o acesso aos usuários necessitados de atendimento básico adequado ao seu nível de resolutividade.

Segundo os documentos norteadores das AMAs (2005 e 2009), publicados pela SMS, também era esperado que a operação destas unidades reduzisse a demanda de casos menos complexos aos prontos-socorros, ampliando a capacidade desses serviços de responder aos casos mais graves.

A primeira AMA inaugurada foi a do Jardim Ângela (março/2005), seguida de mais três, todas na Regional Sul, até setembro do mesmo ano.

Desde então, até janeiro/2010, já foram inauguradas no município 130 unidades, incluindo 15 que contam com a presença de outros especialistas, denominadas AMA especialidade (SMS, 2010).

A proposta oficial para essas unidades é que funcionem de segunda-feira a sábado, das 7 às 19 horas. Apesar disso, há 11 AMAs que funcionam 24 horas, ligadas a hospitais de urgência e emergência do município, situadas inclusive, no mesmo terreno (SMS, 2009). Conforme decisão da administração municipal, a gestão destas unidades é compartilhada entre a SMS e instituições parceiras.

O autor deste trabalho foi funcionário de uma destas unidades de agosto de 2008 a novembro de 2009, onde atuou como médico pediatra, atendendo em plantão noturno semanal de 12 horas. Neste período, interessou-se pelo modelo de atenção à saúde no qual estava inserido, decidindo estudá-lo de forma mais aprofundada. Posteriormente, essa iniciativa deu origem a esta dissertação. Muitas das informações aqui presentes, inclusive as que se referem às normas de funcionamento das AMAs, definidas pela SMS, só se tornaram de conhecimento deste autor durante este estudo.

2 OBJETIVOS E DEFINIÇÃO DA QUESTÃO BÁSICA

Esta dissertação buscou entender como ocorreu o processo de implantação das AMAs no município de São Paulo, de que forma estas unidades se relacionam com os demais níveis de atenção e se houve alteração na demanda de internações das Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSABs) em hospitais públicos ou privados - conveniados ou contratados pelo SUS - do município.

Desta forma, a questão básica desta dissertação busca saber se a implantação das AMAs alterou o perfil da demanda de internações por CSABs nos hospitais que prestam serviços ao SUS no município de São Paulo.

3 OBJETO DE ESTUDO

O objeto deste estudo são as AMAs do município de São Paulo e sua relação com os demais níveis de atenção, particularmente com os hospitais e prontos-socorros.

4 METODOLOGIA

4.1) Dados bibliográficos e documentais

Este trabalho iniciou-se com uma revisão bibliográfica, onde foram buscadas informações sobre modelos de assistência à saúde, a maneira pela qual as redes de atenção se relacionam com estes modelos, demanda por serviços de saúde, impacto dos serviços na demanda de hospitais, internações sensíveis à atenção básica, dados demográficos sobre o município de São Paulo e sobre as AMAs.

Em 2009, foram consultados na Internet os indexadores EBSCO, SciELO e BVS, utilizando-se descritores como “SUS”, “*health care systems*”, “sistemas de saúde”, “rede de atenção à saúde”, “demanda em saúde”, “economia da saúde”, “*avoidable hospital conditions*”, “*hospitalization*”, “hospitalização”, “*preventable hospitalization*”, “*access to medical care*”, “*primary health care*”, “atenção primária”, “atenção básica”, “atenção ambulatorial”, “utilização de serviços de saúde”, sem colocar limitação de um período definido, para que nenhum trabalho relevante para o tema fosse descartado. Após a obtenção de mais de 100 artigos, 47 trabalhos foram identificados como de relevância para compor a revisão bibliográfica, uma vez que tratavam de assuntos que iam ao encontro dos objetivos desta dissertação.

Outros trabalhos citados nos estudos identificados foram obtidos por meio de consultas em biblioteca, uma vez que a procura por meio dos indexadores não os identificava. Também foram buscados na SMS/SP documentos oficiais que regem o funcionamento da atenção básica neste município, a partir de 2005.

4.2) Trabalho de campo

4.2.1 Elaboração de instrumentos para pesquisa de campo

Com base nos dados obtidos na revisão bibliográfica, foram formulados 4 roteiros com questões abertas, que serviram de base para entrevistas com

gestores da SMS diretamente envolvidos com o funcionamento das AMAs e com médicos que nelas exercem atividades assistenciais (Anexo I).

Para cada categoria profissional entrevistada foi elaborado um questionário diferente.

4.2.2 Seleção dos entrevistados

Os entrevistados foram selecionados de acordo com a função que exerciam, em uma amostra intencional e de conveniência. Estas pessoas foram contactadas por telefone pelo autor deste trabalho em outubro e novembro de 2009. Elas foram informadas a respeito da pesquisa e foi solicitada permissão para entrevistá-las. Foram marcadas as datas para cada entrevistado. Todos se prontificaram a colaborar sem fazer qualquer restrição quanto às perguntas.

As entrevistas foram então realizadas pessoalmente, entre novembro e dezembro de 2009, nos locais de trabalho de cada entrevistado. Foram entrevistados um gestor da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO), um diretor de hospital que é referência para as AMAs, o gerente de uma AMA e dois médicos (um clínico geral e um pediatra) que exercem suas atividades em mais de uma AMA neste município. O propósito foi entender os motivos da implantação deste tipo de serviço, como ele se relaciona (ou como deveria se relacionar) com os demais níveis de atenção, como estão sendo cumpridos os quesitos inicialmente propostos para o funcionamento do mesmo e de que forma as informações geradas por estas unidades são processadas e utilizadas na SMS.

4.2.3 Forma de análise

Buscou-se fazer uma relação entre as entrevistas e os resultados obtidos pela análise dos dados oficiais da SMS sobre as internações hospitalares após a implantação das AMAs e os documentos oficiais que norteiam o funcionamento das mesmas.

Elas tiveram a finalidade de entender a lógica da implantação destes serviços. Buscou-se compreender como eles de fato se relacionam com os demais níveis de atenção e como estão sendo cumpridos os quesitos inicialmente propostos para o seu funcionamento.

4.3) Análise do impacto das AMAs nas internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSABs)

Para avaliar o impacto causado pelas AMAs na demanda de internações dos hospitais públicos, conveniados ou contratados pelo SUS, no município de São Paulo, foram buscados os dados referentes às internações hospitalares utilizando o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), disponível por meio da CEINFO, que registra as internações realizadas nas unidades hospitalares de interesse para o trabalho. Também foram obtidos na CEINFO os dados referentes à produção das AMAs (número de atendimentos), a partir do ano de inauguração de cada unidade, assim como sua localização por região administrativa do município, o que tornou possível observar a dinâmica de crescimento destas unidades (tanto em número de atendimentos quanto em número de AMAs para cada região) e fazer a relação desejada com as internações nos hospitais por região.

Para permitir relacionar a demanda de internações ao funcionamento das AMAs, foram definidos 3 períodos de comparação distintos: os anos de 2004, 2006 e 2008. Esta escolha foi feita a fim de obter dados do período em que as AMAs não estavam em atividade (2004), do período imediatamente posterior à inauguração das primeiras AMAs (2006) e do período em que já estavam em plena atividade (2008).

O indicador observado para analisar os hospitais foi o número de AIHs (autorização para internação hospitalar) pagas, que corresponde ao número de internações, por diagnóstico (CID 10 - 3 dígitos) nos diversos hospitais públicos, conveniados ou contratados pelo SUS, em São Paulo, divididos por região administrativa nos anos acima referidos. Através da página da CEINFO na Internet (http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/informacoes_saude/0003) foi possível realizar esta pesquisa obtendo os dados divididos por região a partir de julho de 2004. Para o período compreendido de janeiro a junho desse ano, foi necessário obter as informações realizando a busca por hospital. Posteriormente, foi feita a localização de cada hospital por região e condensados os dados de forma a uniformizá-los para os anos de 2004, 2006 e 2008.

Esta análise foi feita para internações de residentes e não residentes no município de São Paulo, na tentativa de controlar um possível viés no estudo (a

alteração na dinâmica das internações proveniente da internação de pessoas de outros municípios que, em tese, não estão submetidos aos cuidados prestados pela rede de atenção básica deste município).

Das informações obtidas (internações por diagnóstico nas 5 regiões de São Paulo) foram então selecionados os códigos da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) que compõem as 20 categorias de CSABs. Foi obtido o percentual de internações de munícipes sobre o total de internações para cada categoria, por região. Também foi calculado o percentual de crescimento ou diminuição do número de internações para cada categoria de doenças.

Os dados obtidos com esta análise foram confrontados com as entrevistas realizadas e com os documentos oficiais da SMS que regem o funcionamento da rede de atenção básica neste município.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1) O Sistema Único de Saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil foi criado na Constituição de 1988 (artigo 198 da Constituição Federal de 1988) e é a concretização das lutas de mais de uma década para a universalização dos serviços de saúde no país. Fortemente inspirado em outros sistemas universais de saúde, como o NHS (National Health Service) da Inglaterra, o SUS teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990 (Elias, 2000).

A Constituição, no artigo 196, proclama que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O artigo 198 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Já o artigo 200 atribui ao SUS as seguintes competências:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Para a regulação das ações e serviços de saúde do SUS, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado, foi promulgada a Lei 8080 em 19 de setembro de 1990.

Em seu artigo 2º, esta lei proclama que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O artigo 4º revela que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

O capítulo II da lei 8080/90 define os princípios e diretrizes do SUS, abaixo listados:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Quando da criação do SUS, foi determinado que haveria a universalização dos cuidados através do sistema público e manutenção do sistema privado, que poderia prestar serviços ao SUS através de convênios e contratos quando assim fosse preciso, diferente de outros países que adotaram sistemas universais de saúde, onde a participação do setor privado é restrita para o tratamento de algumas doenças, ou mesmo não existe tal participação. Outra diferença é que em muitos países o nível de atenção básica é o “gestor”

da assistência prestada aos pacientes pelos outros níveis de atenção, sendo quem determina quando e como os pacientes devem ter acesso a níveis mais complexos de atendimento.

O princípio da participação da comunidade dita que os usuários participam da gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis de governo, sendo que as municipais e estaduais antecedem a nacional, e dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados, também existentes em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre uma paridade entre a representação popular, os gestores e os trabalhadores da área da saúde: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto (Lei 8291/90).

Desde 1990, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, assim como as secretarias municipais, estaduais e o ministério da Saúde, dedica-se intensivamente à implementação do SUS. Em poucos anos, segundo o previsto em lei, a população antes excluída da maioria dos subsistemas de saúde passou a contar com a assistência à saúde integral garantida pelo Estado. Em um processo de intensa descentralização (com ênfase na municipalização), isso vem ocorrendo em relação à Atenção Básica (praticamente todos os municípios são responsáveis pelo atendimento em nível primário nos seus territórios), às ações de vigilância, à assistência de média e alta complexidade. Na tentativa de se democratizar o setor saúde, oferecendo assistência a toda a população, foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e foram criados os Conselhos, os Fundos de Saúde, os repasses fundo a fundo, as Comissões Intergestores Tripartite/Bipartites. Os carros-chefes desse processo foram a direção única em cada esfera de governo, a descentralização e a orientação para a ação por meio de Normas Operacionais pactuadas nas três esferas de governo e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (Santos, 2007).

Os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF) foram um passo importante na universalização dos cuidados, principalmente pela universalização do acesso. Também vale destacar que o Brasil possui um dos maiores programas público e mundial de imunização e o mais eficaz dos países em desenvolvimento, sendo inclusive referência internacional (Santos, 2007).

Há evidências, como a grande quantidade de usuários insatisfeitos com o sistema, de que somente parte do ideário da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS foram cumpridos e implementados, o que faz necessária a revisão do processo, visando a alcançar novo patamar de desenvolvimento. A resolutividade da rede de unidades básicas de saúde, por exemplo, apesar de expressiva, tem ficado aquém do desejado, que seria o esgotamento das possibilidades de diagnóstico e terapia antes do encaminhamento aos demais níveis de atenção. Desta forma, também ficam prejudicadas as oportunidades de acesso às ações de média e alta complexidade. Uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderia reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica (Franco e Magalhães, 2004).

Ao mesmo tempo em que se constata uma grande produção das ações de saúde ainda com financiamento abaixo do necessário, é um desafio para o SUS o equacionamento dos atos evitáveis e desnecessários, da prática de aceitar a média e alta complexidade como porta de entrada, da medicalização e do modelo da oferta, como foi definido em seus princípios e diretrizes. Há duas realidades simultâneas: o "SUS que dá certo", que se configura em "ilhas" ou "nichos" (muitas vezes temporários e reversíveis), e o SUS onde persistem as distorções apontadas. Tudo isso sugere que os desafios são muito maiores que os arranjos administrativos e que falta muito para a consolidação sistêmica dos avanços já referidos (Santos, 2007).

Há ainda um problema a ser ressaltado, constantemente evidenciado nos meios de comunicação: o grande crescimento da demanda espontânea ou encaminhada (inclusive pela Justiça) aos bens e serviços de maior custo do SUS, muitas vezes de consumidores de planos e seguros privados de saúde, o que vem aprofundando a iniquidade e a fragmentação do atendimento.

Além disso, apesar dos referidos e reconhecidos avanços na produção, produtividade e inclusão, pouco se avançou na efetivação da integralidade. Para Silva (2008), a integralidade é justamente o princípio do SUS que vem

encontrando mais dificuldades para se afirmar e fazer sentido para o conjunto mais expressivo dos cidadãos.

Os modelos de atenção e de gestão repletos de desperdícios estruturais são uma ameaça à efetividade do SUS. Hoje, o espaço para os êxitos e para mudanças significativas que alterem este quadro encontra-se nos níveis mais “micro” do sistema. Apesar disso, não deve-se diminuir os esforços em torno dos níveis intermediários e central da gestão.

Portanto, cada vez mais tem sido priorizada pelas diversas instâncias de governo a discussão em torno da mudança do modelo assistencial na saúde. A criação de unidades ambulatoriais que atuam na atenção aos casos de urgência, a tentativa de transformar hospitais em Fundações Estatais e as Organizações Sociais são exemplos das tentativas de otimização do sistema. É importante, porém, que se inclua a atenção básica como uma questão estratégica. Busca-se desta forma que os princípios do SUS, em especial o da integralidade das ações impulsionem a disputa entre o provimento mínimo e o básico do direito à saúde (Puccini e Cecilio, 2004).

5.2) Atenção Básica no SUS

Atenção básica tem sido uma denominação adotada no país, especialmente no âmbito do SUS, para designar uma abordagem que corresponde ao que tem sido chamado, na literatura internacional, de atenção primária de saúde.

Este conceito, no nosso país, no âmbito do Sistema Único de Saúde, está relacionado à necessidade de construção de uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com a concepção redutora desse nível de atenção, a qual compreende a atenção primária como a prestação de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população apoiados num padrão de assistência médica de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações (MS, 2003).

No plano internacional, atenção primária de saúde é conceituada como “a atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena

participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país... e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde.” (Alma-Ata, 1978)

Starfield (2001) conceitua a atenção primária de saúde como uma orientação do sistema de saúde para assegurar o cuidado longitudinal, centrado na pessoa, para uma população definida, com acessibilidade facilitada, quando o primeiro cuidado é necessário, com integralidade, em que somente manifestações raras ou complexas devem ser referidas para outro nível de atenção, e coordenação, de modo a que todos os aspectos do cuidado (onde quer que seja prestado) sejam integrados.

O Ministério da Saúde, por meio da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, apresenta o seguinte conceito de atenção básica:

“Atenção básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social” (MS, 2003 – p. 7).

No Brasil, a atenção básica tem como estratégia prioritária para sua organização o Programa de Saúde da Família, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e tem como fundamentos (Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006):

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Desta forma, ressalta-se que:

- o objeto da atenção básica apresenta uma dimensão coletiva – problemas de saúde de populações e potencialidades de organização social para a promoção da saúde – e uma dimensão individual – sujeitos portadores de problemas, projetos e/ou de sofrimentos;
- o processo de trabalho da atenção básica deve se pautar, entre outros, pelo princípio da integralidade. Isto significa que: a) o processo de trabalho deve ser desenvolvido de modo a promover a integração de práticas de promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação de seqüelas, incorporando ações de assistência, promoção e vigilância da saúde; b) a atenção básica extrapola seu âmbito de atuação e se articula com os outros pontos de atenção do sistema para assegurar a continuidade da atenção prestada à saúde da população; e c) o setor da saúde deve se articular com outros setores, para que a atenção primária cumpra sua função;
- os meios de trabalho da atenção básica necessitam articular ferramentas e instrumentos, bem como saberes e práticas de natureza diversa, incorporando tanto conhecimentos oriundos das ciências que constituem os diversos campos disciplinares, quanto o exercício concreto de habilidades e valores que envolvem a relação entre sujeitos;
- os agentes do processo de trabalho constituem uma equipe de saúde;

- a finalidade da atenção básica deve ser resolver os problemas mais freqüentes e relevantes de saúde da população.

Pode-se inicialmente imaginar como a atenção básica pode contribuir para uma melhor *performance* da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários.

Segundo seus princípios e diretrizes, o SUS estaria organizado para solucionar os problemas de saúde o quanto antes e o mais perto possível da população. Desta forma, o modelo no qual o paciente com problemas de saúde se dirige ao hospital deveria ser substituído por um modelo no qual as pessoas pudessem buscar consultas em Unidades Básicas de Saúde mais próximas do local onde vivem e, a partir daí, serem encaminhadas para unidades que oferecessem cuidados mais complexos.

Embora estas unidades existam, a insuficiência da rede básica no que refere à resolutividade dos problemas da população resulta em grande e, na maioria das vezes, desnecessária procura da população por prontos-socorros ou por ambulatórios de especialidades. O mesmo acontece com as programações tradicionais, muitas vezes enrijecidas, que não atendem às verdadeiras necessidades dos pacientes. Em conseqüência, as unidades básicas perdem sua almejada condição de local onde se privilegiam os cuidados contínuos e a realização de ações de promoção e proteção.

5.3) Atenção Básica nas esferas de governo

Um ponto a ser considerado no processo de consolidação do SUS é a descentralização da gestão do sistema de saúde, considerada uma das mais bem sucedidas no campo da gestão pública no Brasil, especialmente pelas características e dimensões em que foi operada e pelo período relativamente curto, num contexto em que as relações federativas são marcadas por conflitos (Felisberto, 2006).

Os impasses neste campo retratam as dificuldades dos municípios em assegurar uma atenção básica resolutiva e de qualidade. Além disso, mostram

os entraves em viabilizar o acesso dos usuários que demandam atenção especializada devido ao insucesso na efetivação da proposta de regionalização preconizada na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), dado que a maioria dos estados não conseguiu exercer a coordenação do processo de regionalização (MS, 2002). Esta situação leva muitos municípios a buscar auto-suficiência na oferta da maioria dos serviços, agravando problemas de ineficiência na gestão dos recursos sem resolver os problemas da integralidade da atenção.

Baseado nos princípios constitucionais e nas necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde lançou em 2006 o Pacto pela Saúde, que surgiu na perspectiva de superar dificuldades apontadas pelos gestores do SUS (Heimann e cols., 2007). Isto implicou a definição de prioridades articuladas e integradas entre seus componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida diz respeito ao compromisso entre os gestores do SUS sobre os problemas de saúde prioritários que afetam a população brasileira. O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema em relação à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada – PPI, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde. O Pacto em Defesa do SUS expressa compromissos entre os gestores do SUS para consolidação da Reforma Sanitária, com repolitização da saúde, promoção da cidadania e garantia de financiamento de acordo com as necessidades do SUS, por meio da regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29 – EC 29 (MS, 2006).

As responsabilidades sanitárias para cada esfera de gestão são definidas pelo Pacto pela Saúde: os gestores estaduais e regionais de saúde devem participar de espaços de pactuação denominados Colegiados de Gestão Regional, cumprindo obrigações técnicas e financeiras de acordo com o planejamento regional. Além disso, devem participar no desenvolvimento dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido nos planos de saúde estaduais e municipais, planos diretores de regionalização e planos regionais de investimento.

O Pacto pela Saúde (2006) reafirma e enfatiza a institucionalização das responsabilidades e atribuições dos três níveis de gestão do SUS

discriminadas na Lei Federal 8080 de 1990. Entende-se que a gestão deve ser construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo por meio de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT). No que se refere às responsabilidades atribuídas aos estados, devem ser assumidas por todos eles. Dentre as responsabilidades dos municípios, é possível destacar, em relação à atenção básica:

- Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, o acesso à atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada, a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde.

No âmbito dos estados, algumas das responsabilidades em relação à atenção básica são:

- Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;
- Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica.

Por sua vez, a União é responsável pelos seguintes aspectos da atenção básica:

- Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

- Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;
- Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;
- Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

Além destas, as três esferas de gestão possuem responsabilidades em relação à regionalização, planejamento e programação, regulação, avaliação, controle e auditoria, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

Visando à operacionalização da atenção básica, foram definidas como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do *diabetes mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas podem ser definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Os principais espaços institucionais de interrelação dos gestores do SUS com outros atores, governamentais ou não, são: Conferências e Conselhos de Saúde nos três níveis de gestão; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite; Colegiados de Gestão Regional, fóruns, comissões, conselhos intersetoriais de governo, entre outros.

Para o processo de pactuação da atenção básica, o MS procurou realizar e firmar o Pacto de Indicadores da atenção básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da atenção básica deve seguir regulamentação específica do Pacto de Gestão e os gestores podem acordar nas CIBs indicadores estaduais de atenção básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

Embora o quadro evolutivo apresentado pelo crescimento da oferta de serviços da atenção básica indique uma ampliação de acesso a esses serviços, permanecem alguns desafios no campo do atendimento das necessidades de saúde da população que se renovam a cada etapa de implantação do SUS. Dentre estes desafios pode ser citada a fragmentação das políticas e programas de saúde. O Pacto pela Saúde traz como uma das propostas de superação desta fragmentação a estruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços que qualifiquem o processo de gestão. A estruturação dessa rede deve ter como ponto de partida a organização da atenção básica, situada no seu centro, como ordenadora de fluxos e contra-fluxos de pessoas para os demais níveis do sistema, à exceção dos casos de urgência e emergência (Rehem e Egry, 2009).

5.4) Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

No contexto internacional, observa-se uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da atenção básica. Um desses indicadores, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings e cols. (1993). Estas “condições sensíveis à atenção básica” representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação deste nível de atenção diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas (Alfradique, 2009).

Para Alfradique (2009), altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção básica em uma população, ou seu(s) subgrupo(s), podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Estudos como o de Billings e cols. demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção básica estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade deste nível

de atenção para determinados problemas de saúde. Trata-se, portanto, de um indicador para seu monitoramento e avaliação.

Para Caminal & Casanova (2003) a hospitalização por problemas de saúde susceptíveis de cuidados pela atenção básica, ou por problemas conseqüentes a uma atenção básica ineficiente, constitui um novo indicador de atividade hospitalar, desenvolvido na década de 90, que pretende servir de medida da efetividade da atenção básica à saúde para a atenção de determinados problemas de saúde. Para as autoras, o fundamento que sustenta este indicador é que uma elevada capacidade de resolução por parte da atenção básica deveria implicar uma diminuição das internações hospitalares (ou, pelo menos, mudança no perfil de doenças internadas), pelo incremento das medidas preventivas, assim como da melhoria dos tratamentos ambulatoriais.

Starfield (2007) relata que internações por condições sensíveis à atenção básica é um dos indicadores genéricos para avaliação da eficácia da atenção básica em âmbito populacional. Nesse sentido, as taxas de internação por condições sensíveis à atenção básica têm sido utilizadas em alguns países, entre os quais Estados Unidos e Austrália, como um indicador indireto de avaliação do acesso e da qualidade da atenção.

No III Seminário Internacional Sobre Atenção Primária – Saúde da Família, realizado no Brasil em 2007, esse indicador foi apresentado como Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB), sendo definidas por Macinko (2007) como aquelas que deveriam ser evitadas caso os serviços de atenção básica fossem efetivos e acessíveis. Estas podem envolver, entre outras, complicações não controladas de uma doença crônica ou outras condições; e condições relacionadas com falta de acesso aos serviços preventivos ou rotinas. Dessa forma, esse conjunto de internações, conceitualmente, relaciona-se com a atenção básica oferecida à população e seus impactos sobre os níveis secundário e terciário de assistência à saúde (Perpétuo e Wong, 2006).

Com base no marco conceitual das ISABs, considera-se que as hospitalizações por inúmeras doenças podem ser evitadas se a atenção básica à saúde for de qualidade. Entre elas, podemos citar as doenças infecciosas preveníveis por meio de imunização (sarampo, tétano e difteria, entre outras) e

aquelas cujas complicações podem ser atenuadas por meio de diagnóstico e tratamento precoces (como gastroenterites). Considera-se também que podem ser reduzidas as hospitalizações por complicações agudas de doenças não transmissíveis (por exemplo, coma diabético), assim como as readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças (entre as quais, o exemplo mais proeminente é a insuficiência cardíaca congestiva) (Caminal e cols, 2004).

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicou a versão final da lista na forma de anexo da Portaria de n. 221, de 17 de abril de 2008. Entre outros aspectos, considerou para essa publicação o impacto da atenção básica em saúde na redução das internações por condições sensíveis a este nível de atenção em vários países, e a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família.

A lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção básica é constituída por 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos) e é composta por vinte grupos de diagnósticos, agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção (por exemplo, pré-natal) e a magnitude dos agravos (por exemplo, asma). O quadro 1 apresenta a lista com os códigos presentes na CID-10 para as condições que compõem cada grupo.

Quadro 1 – Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

Diagnóstico CID 10	Códigos Selecionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. <i>Diabetes mellitus</i>	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008.

Alguns autores como Alfradique e cols. dividem o primeiro grupo (Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis) em 2 grupos: Doenças imunizáveis e Condições evitáveis. Esta divisão foi adotada no presente trabalho pois considera-se que torna a análise mais detalhada.

As ISABs são, muitas vezes, utilizadas como um indicador das barreiras ao acesso do cuidado ambulatorial e da qualidade desse nível de atenção. Laditka e cols. (2005) constataram que a ampliação do acesso à atenção

básica, observado pela maior oferta de médicos neste nível de atenção, relaciona-se a uma menor taxa de internações potencialmente evitáveis.

Para Alfradique e cols (2009), as ISABs podem ser usadas para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, para avaliar os efeitos de políticas de saúde e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção básica à saúde. Também podem fazer parte de investigações sobre iniquidades de acesso entre regiões, comunidades e grupos populacionais.

O padrão de morbidade, o comportamento de procura por cuidado à saúde e o estilo de vida dos pacientes são fatores que podem influir sobre esse conjunto de hospitalizações. Há outra questão a ser levada em consideração: a taxa de internações evitáveis pode ser afetada pela disponibilidade de recursos e pela prática médica, dependendo da predisposição clínica e social do médico em hospitalizar ou não o paciente (Bindman e cols., 2003). Para Komaromy e cols. (1996), a propensão social do médico em hospitalizar pode ser maior em áreas mais pobres, uma vez que nestes locais os pacientes são mais vulneráveis a complicações de saúde.

Bindman e cols. (1995) mostraram que a propensão a procurar atenção à saúde e a prática médica não foi suficiente para explicar as internações potencialmente evitáveis. Mais ainda, os autores também encontraram que o acesso ao cuidado ambulatorial é uma variável significativa na predição de internações sensíveis, mesmo após o controle para variações na renda, prevalência de doenças médicas crônicas, cobertura privada e características demográficas (como raça e educação).

Estes resultados, portanto, revelam que, mesmo controlando para as influências de outras variáveis, as internações sensíveis à atenção ambulatorial têm uma associação com o acesso e a qualidade da atenção básica realizada.

Desta forma, estando as AMAs inseridas na rede de atenção básica do município de São Paulo e considerando que entre as propostas de sua criação está a facilitação do acesso a este nível de atenção, fundamenta-se a idéia de que a provisão adequada de seus serviços conduziria à diminuição das internações por CSABs e ao deslocamento nas internações hospitalares para doenças que realmente demandem outros níveis de atenção à saúde, racionalizando assim os custos do sistema.

5.5) Demanda por Serviços de Saúde

Para Sawyer & cols (2002), a demanda por serviços de saúde resulta da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. O conhecimento do padrão de utilização desses serviços se torna essencial, para que as respostas a essa demanda reflitam decisões equânimes e efetivas em relação aos seus custos.

Em 1963, Kenneth Arrow publicou um artigo, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, que se tornaria um clássico na literatura de economia da saúde. Neste trabalho, o autor mostra que o setor saúde apresenta diversas particularidades que o diferenciam de outras áreas da economia, indo mais além ao afirmar que a busca de mecanismos para remover tais peculiaridades aumentou suas distorções. As particularidades mais importantes são:

- do ponto de vista do indivíduo, a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível. Isto é, a maioria de nós não sabe quando e com que frequência vai necessitar de atenção médica;
- a demanda por atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal, a doença. Isto pode comprometer a racionalidade da decisão do consumidor;
- o consumo de serviços de saúde envolve algum risco para o paciente. Assim, o mercado não pode ser utilizado como um processo de aprendizagem. O paciente geralmente não pode utilizar experiências anteriores, nem as suas nem de terceiros, para eliminar esse tipo de incerteza e risco. Na maioria dos mercados, o fato de o consumidor ter gostado anteriormente de um produto serve como informação permanente para que outras vezes ele venha a consumi-lo. No caso da atenção médica, não há garantia de que uma experiência anterior bem-sucedida, como, por exemplo, uma cirurgia, se repita da mesma maneira, ainda que sob os cuidados da mesma equipe médica. Estas condições geram a necessidade de um elo de confiança no relacionamento entre o paciente e o seu médico;
- a confiança é reforçada pela crença de que o conselho do médico está supostamente dissociado de seu interesse próprio. A ética médica dita

que a conduta terapêutica deve ser determinada apenas pelas necessidades do paciente, independente, portanto, de sua capacidade econômica de pagamento;

- a ética médica condena a propaganda e a competição aberta entre médicos. Estas restrições, aliadas à baixa cultura de exposição de resultados, vigente entre os profissionais da saúde, limitam o volume de informações disponíveis para o consumidor tomar suas decisões;
- a entrada de profissionais no mercado é limitada por diversos requisitos, como especializações, residências, etc. e, particularmente, por restrições impostas à prática de profissionais não-médicos;
- o mercado de atenção médica é também caracterizado pela discriminação de preços, isto é, pela cobrança diferenciada de preço para um mesmo tipo de serviço e, portanto, para um mesmo custo. Observa-se também a freqüente adoção de práticas de cobrança completamente desvinculadas de custos; e
- a relação entre profissional de saúde e paciente se estrutura sobre uma assimetria de informações, ou seja, há o reconhecimento, por ambas as partes, da existência de uma importante diferença de conhecimento, por parte do profissional, sobre as condições de saúde do paciente (Arrow, 1963).

Grandes variações têm sido documentadas entre áreas geográficas diferentes no Brasil, nos aspectos de prática médica, tais como taxas de cirurgia e hospitalização, tempo de internação hospitalar, ou mesmo prescrição de medicamentos, como pode ser constatado nos bancos de dados do Ministério da Saúde (vide tabelas 1 e 2 abaixo, como exemplo). Uma possível explicação para essa ampla variação é o elevado grau de incerteza na prática clínica. Além disso, os custos exercem um papel importante na definição do padrão de consumo. Isto resulta muitas vezes em uso desnecessário de certos procedimentos, o que é um fenômeno encontrado não apenas no Brasil. A falta de consenso neste campo tem gerado um grande número de estudos, cujo principal objetivo é a identificação de fatores associados com a utilização de serviços de saúde (Sawyer & cols, 2002).

**Tabela 1 - Número de consultas méd.
(SUS) por habitante no ano de 2006**

Unidade da Federação	Consultas/hab
São Paulo	3,15
Espírito Santo	2,82
Rio Grande do Norte	2,79
Rio de Janeiro	2,77
Alagoas	2,67
Distrito Federal	2,63
Paraná	2,61
Mato Grosso do Sul	2,58
Santa Catarina	2,45
Mato Grosso	2,45
Minas Gerais	2,4
Goiás	2,39
Tocantins	2,38
Maranhão	2,38
Paraíba	2,35
Ceará	2,3
Pernambuco	2,28
Acre	2,27
Roraima	2,21
Bahia	2,21
Rio Grande do Sul	2,15
Amazonas	2,05
Sergipe	1,95
Rondônia	1,94
Pará	1,89
Piauí	1,84
Amapá	1,4
Total	2,54

Fonte: DATASUS

Tabela 2 - Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS) no ano de 2006	
Unidade da Federação	Exames patol. clín. p/cons. méd
Amazonas	1,48
Distrito Federal	1,34
Amapá	1,33
Rondônia	1,25
Roraima	1,16
Pará	1,01
Rio de Janeiro	0,97
Tocantins	0,88
Minas Gerais	0,88
Santa Catarina	0,87
Acre	0,85
Pernambuco	0,83
Espírito Santo	0,83
Bahia	0,8
Rio Grande do Sul	0,79
Rio Grande do Norte	0,77
Mato Grosso	0,77
São Paulo	0,76
Piauí	0,75
Sergipe	0,74
Goiás	0,66
Mato Grosso do Sul	0,65
Ceará	0,6
Maranhão	0,59
Alagoas	0,57
Paraná	0,56
Paraíba	0,54
Total	0,8

Fonte: DATASUS

O acesso tem sido considerado um elemento de suma importância na utilização de serviços de saúde. Nesse sentido, a dinâmica de utilização desses serviços tem sido avaliada a partir da sua disponibilidade, organização, mecanismos de financiamento e informação a respeito dos resultados. O padrão de utilização também tem sido focalizado a partir da demanda por serviços de saúde, voltando-se para as características demográficas e, principalmente, para o perfil de necessidades individuais.

A demanda, no sentido convencional do termo, não pode ser aceita como indicador de necessidades, pois ela é afetada por inúmeros fatores, entre os quais o desejo de lucro por parte do empresário privado, que pode criar a demanda pela oferta de produtos ou serviços, a percepção distorcida por parte do usuário (assimetria de informações entre os médicos e os pacientes) e as decisões nem sempre racionais por parte dos demais ofertantes de serviços de saúde (Himes e Rutrough, 1994). Tais fatores podem levar ao aumento da demanda por determinados serviços de saúde que não respondem às necessidades dos usuários.

Para Trad e Bastos (1998), o desafio que se coloca para a saúde pública no Brasil consiste em propor programas de intervenção adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados, sendo este desafio mais evidente quando as populações-alvo dos programas são aquelas que vivem em condições de pobreza e desigualdade social. Trata-se do desafio de ofertar serviços que atendam às necessidades da população, tornando o sistema mais efetivo, na medida em que racionaliza o uso dos recursos.

Embora haja relativo consenso internacional sobre a vantagem dos sistemas públicos baseados em atenção básica à saúde, na prática, nos grandes centros urbanos, mas não somente neles, o acesso da população a este nível de atenção ainda ocorre, em grande medida, por meio de prontos-socorros/hospitais e dos prontos atendimentos, o que diminui a efetividade do sistema.

Este modelo de assistência, voltado para ações curativas, que privilegia uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade vai de encontro ao que costuma ser amplamente recomendado como “ideal”. A OMS, inclusive, entende que o incentivo à auto-responsabilidade e à participação da comunidade e dos cidadãos no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção básica à saúde são requisitos indispensáveis à otimização do atendimento. No Brasil, apesar de esforços no sentido de aproximar os serviços da população, como o Programa de Saúde da Família, ainda predomina este modelo.

O reconhecimento da crise deste modelo, no âmbito da saúde pública, vem suscitando a emergência de propostas que visam à sua transformação.

Entende-se que o acesso a serviços básicos de saúde é um desafio tão importante como a garantia de cuidados de maior complexidade (Costa e cols., 2008).

5.6) Redes de Atenção à Saúde

Segundo Shortell et al. (1996), os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizam-se por: foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração continuadas do cuidado; sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através do *continuum* de cuidados; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados.

Com base nesses elementos, definem-se os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde como redes de organizações que prestam serviços continuados a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem. Segundo Kuklinski e cols. (1991), na geografia, redes são estruturas de interconexão, constituídas por dois tipos de elementos: pontos (ou nós) e as ligações entre eles. A configuração das ligações revela a estrutura da rede.

Os serviços de saúde podem ser implementados em configurações mais concentradas ou mais dispersas, ou em arranjos híbridos que combinem elementos de concentração e dispersão. Os que devem ser dispersos são aqueles que não se beneficiam de economias de escala – menores custos unitários em unidades maiores -, como os de atenção básica à saúde. Os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e de economias de escopo – menores custos unitários quando se ofertam numa mesma unidade uma variedade de serviços -, como os hospitalares. Esses são aqueles que ofertam intervenções altamente especializadas e custosas e que requerem equipes de profissionais com habilidades distintas e com menor oferta no mercado (Mendes, 2007).

Todd (1996) explora os três conceitos básicos utilizados na construção dos sistemas integrados de saúde: integração horizontal, integração vertical e cadeia de valor.

A integração horizontal ocorre quando duas ou mais unidades produtivas que produzem os mesmos serviços ou serviços substitutivos, se juntam para se transformarem numa única unidade ou numa aliança inter-organizacional. Os dois fatores motivadores da integração horizontal são busca de economia de escala e ganhos de fatias de mercado.

Por outro lado, a integração vertical refere-se à combinação, numa mesma organização ou numa aliança inter-organizacional, de diferentes unidades produtivas previamente autônomas, mas cujos produtos são insumos de uma unidade para outra. Os fatores motivadores da integração vertical são menores custos de transação no sistema e aumento da produtividade pela otimização de recursos comuns (por exemplo, médicos e enfermeiras). Há duas formas principais de integração vertical: a clássica e a virtual. Na integração vertical clássica, duas ou mais unidades produtivas são fundidas numa única organização. Na integração vertical virtual há uma combinação de arranjos por contratos, por exemplo, por fusão ou franquias.

O conceito de cadeia de valor representa a seqüência de processos de produção interrelacionados, dos insumos mais básicos (recursos humanos, materiais e financeiros) para a produção de serviços até a distribuição destes ao consumidor final. O conceito econômico de cadeia de valor é interpretado nos sistemas de saúde como o *continuum* de cuidados (Todd, 1996).

Já para Dowling (1997), a integração vertical é definida como a coordenação ou incorporação numa única organização de atividades ou processos de produção e entrega de serviços de saúde, e há duas formas de integração vertical: a de vanguarda e a de retaguarda. A integração de vanguarda coordena as ações de médicos de atenção básica, ambulatorios especializados, atenção domiciliar, atenção hospitalar etc. A integração de retaguarda envolve equipamentos médicos, apoio diagnóstico e terapêutico, residências médicas etc.

Outra forma de definir integração vertical é descrevendo seus elementos constitutivos: uma larga oferta de serviços promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores; uma rede de atenção básica à saúde dispersa

geograficamente e responsável pela coordenação do sistema; relações com especialistas para a prestação de serviços custo-efetivos e de qualidade; mecanismos de integração dos diferentes serviços para evitar fragmentação; uso de diretrizes clínicas e de tecnologias de gestão da clínica; sistema de informação que permita monitorar e avaliar o sistema, melhorar sua *performance* e qualidade e produzir relatórios para diferentes clientelas; planejamento integrado do sistema; sistemas unificados de contratação e *marketing*; e financiamento integrado (Dowling, 1997).

Segundo Dowling (1997), para a produção de serviços mais adequados às necessidades das populações-alvo, deve-se organizar um *continuum* de cuidados sob um comando integrado. As alianças entre as organizações que somam seus recursos para alcançar objetivos comuns na prestação de serviços de saúde permitem prestar uma atenção certa no lugar certo para os pacientes, alocar os recursos mais racionalmente e gerar trabalhos de *rightsizing*. A participação da atenção básica à saúde como protagonista da atenção à saúde é essencial para que o sistema possa assumir riscos dentro de limites financeiros pré-definidos e aceitar os desafios da qualidade. Nos Estados Unidos, por exemplo, consultórios privados prestam atenção primária aos pacientes. O alinhamento dos médicos e dos incentivos é provavelmente o mais importante fator isolado no sucesso dos sistemas integrados, uma vez que o ordenador real das despesas de um sistema de saúde são os médicos.

A integração horizontal é importante porque é uma pré-condição para a integração vertical. Isso se deve ao fato de que a concentração de recursos ao longo de linhas horizontais cria uma massa crítica necessária para alcançar a integração vertical (Mendes, 2008).

Para Mendes (2008), uma condição essencial para a integração é o alinhamento dos incentivos financeiros, o que pressupõe seu direcionamento para pagamentos por capitação (*capitation*), cuja base é a fixação de um valor *per capita* como remuneração para o provedor de serviços. Outro fator importante é a oferta equilibrada de serviços promocionais (aqui, não no sentido de “promoção de saúde”, mas de menores preços aos consumidores), preventivos, curativos e reabilitadores. Também existe a tentativa de redução da variabilidade clínica por meio das diretrizes clínicas.

A criação de infra-estrutura adequada é um fator importante, o que implica a existência de um sistema de informação capaz de integrar dados de diferentes prestadores, em serviços diversos, através de prontuário clínico único. Outros fatores-chave são: integração dos médicos no sistema, sistemas de educação permanente dos profissionais e clara visão de futuro.

Para Bazzoli e cols. (1999), há considerável debate nos efeitos relativos dos sistemas em termos de custo/efetividade e viabilidade financeira. Os sistemas de propriedade única podem reduzir os custos de transação, produzem economias de escala e de escopo e facilitam a informação comum e a padronização das práticas clínicas. Os sistemas baseados em contratos são mais flexíveis e podem responder às necessidades locais mais facilmente, além de poder fortalecer a confiança entre as diversas organizações.

Carr-Hill, Place e Posnett (1997) examinam as relações entre o acesso dos pacientes e a utilização dos serviços de saúde, o que é importante num ambiente de concentração dos serviços em busca de economias de escala e escopo.

Do ponto de vista do paciente, a decisão de utilizar um serviço de saúde é função de três variáveis: os custos de oportunidade da utilização; a severidade percebida da condição em relação à saúde “normal”; e a expectativa esperada da efetividade da atenção à saúde. Outros fatores sendo iguais, maiores os custos de oportunidade do acesso, menos severas as percepções da condição e da efetividade da atenção e, menores serão as taxas de utilização dos serviços de saúde.

O acesso é primariamente associado com os custos sociais e econômicos da utilização dos serviços. Os sociais incluem aqueles relacionados com os horários de funcionamento dos serviços muitas vezes inconvenientes por não se adequarem aos horários em que os pacientes podem acessá-los, ou aqueles impostos aos pacientes de grupos étnicos, como as barreiras de Língua, que no Brasil é mais comum com os estrangeiros e com os índios. Os custos econômicos incluem os co-pagamentos, os de deslocamento e os de oportunidade do tempo gasto no trajeto ou do tempo de espera nas unidades. Quanto maiores os custos de utilização, menos acessíveis serão os serviços de saúde.

Segundo Carr-Hill e cols., nos países que adotam redes de atenção à saúde com a coordenação da atenção básica à saúde, como o Reino Unido, o acesso a este nível de atenção é uma das mais importantes dimensões do acesso aos níveis secundário e terciário, que só ocorre por meio dos médicos generalistas.

O atributo da longitudinalidade da atenção primária à saúde, que supõe o acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo pelo mesmo médico, gera ganhos de eficiência. Uma das explicações é que uma parte substancial do tempo médico é gasto com exames. Um generalista que atenda o paciente longitudinalmente e conheça sua história clínica pode evitar repetições desnecessárias de exames, valorizando mais a anamnese e o exame físico, o que acaba por promover a saúde a custos mais baixos. Além disso, o trabalho de “filtro” do médico generalista aumenta a possibilidade dos pacientes referidos a outros níveis de atenção serem verdadeiramente portadores de condições que necessitem dos recursos secundários ou terciários, o que melhora e justifica a decisão pela utilização de métodos de diagnóstico e terapêutica dos especialistas.

Os problemas de gestão sanitária estão tanto na macrogestão (as políticas) quanto na microgestão (a clínica). Para isso, é necessário o reforço da gestão clínica, o que obriga a desenvolver, para os decisores-chave do sistema, sistemas de incentivos, de informação e infra-estrutura que permitam produzir decisões custo-efetivas.

5.7) As Redes de Atenção no SUS

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2000), através do relatório anual sobre a saúde do mundo, propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde, ainda que não mencione especificamente a palavra rede, mas integração do sistema. Quando as unidades de saúde de um sistema tornam-se mais autônomas, há o risco da fragmentação. Isto pode ocorrer entre unidades semelhantes (hospitais, por exemplo) e entre unidades de diferentes níveis de cuidados e apresenta consequências negativas para a eficiência e a equidade dos sistemas de

saúde. Além disso, os sistemas fragmentados determinam ineficiências alocativas significativas (OMS, 2000).

A investigação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde deve levar em conta o padrão de localização destes serviços e a variação nas distâncias que os indivíduos com problemas de saúde semelhantes devem percorrer para obter atendimento (Oliveira, 2004).

Para Silva (2008), há três argumentos que justificam a implantação de redes de atenção à saúde:

- aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas;
- maior perspectiva de avanços na integralidade e construção de vínculos;
- custos crescentes no tratamento das doenças.

O mapeamento das redes estabelecidas pelo deslocamento das pessoas que buscam atendimento pelo SUS, em todo o Brasil, permite identificar lacunas na distribuição dos serviços. Um quadro de referência nacional, que permita situar os estudos mais detalhados, é útil para investigar em que medida o SUS avançou na promoção da universalização do acesso. De fato, para que os serviços possam ser acessíveis a todos, o planejamento do setor saúde precisa conhecer a sua distribuição e a de seus usuários nas várias escalas, da local à nacional.

Após 1995, foi marcante a expansão da Atenção Básica de Saúde. Essa expansão foi incentivada, em primeiro lugar, pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Ao mesmo tempo em que isso ocorria, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da Atenção Básica.

Para Oliveira (2004), até recentemente, a estratégia de descentralização, caracterizada pela municipalização, recebeu maior destaque do que a hierarquização dos serviços. Com a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS-SUS), publicada em janeiro de 2001, foi retomada a proposta original de hierarquização através da organização de redes articuladas e efetivas de serviços que integrem as capacidades de diversos municípios, de modo a alcançar economias de escala, e evitar ineficiências no sistema. Este estudo, sobre as redes de atenção à saúde em diversos territórios brasileiros, revelou que os diferentes tipos de redes observados demonstram a

desigualdade regional no acesso, mais marcada em relação aos serviços mais complexos.

Apesar do avanço do setor saúde, no Brasil, em termos de ampliação da cobertura e níveis de atendimento, buscando a implantação da universalização do acesso e a integralidade do cuidado, esse processo é muito lento, pois "a distribuição territorial de infra-estrutura de recursos reforça as desigualdades no acesso aos serviços e na quantidade e qualidade da atenção recebida pela população".

Em relação ao efeito da distância no acesso aos serviços, é fato largamente estabelecido na literatura, e mesmo no dia-a-dia, que o raio de alcance dos serviços de mais alto nível é maior que o dos serviços básicos: as pessoas irão mais longe para obter bens e serviços mais complexos.

O avanço do SUS resultou em maior participação dos municípios no financiamento da saúde e, portanto, na queda relativa dos recursos da União, que continua a ser, de longe, a principal fonte de receita (vide tabela 3 abaixo). Essas alterações na sistemática da participação do governo federal no financiamento da saúde pública ocorreram em parte como resultado da continuidade da implementação do SUS.

Tabela 3 - Participação em percentual nos gastos com saúde entre união, estados e municípios, 1980 - 2005

Ano/Gov	União	Estados	Municípios	Est + Mun
1980	75	17,8	7,2	25
1985	71,7	18,9	9,5	28,4
1990	72,7	15,4	11,8	27,2
1995	63,8	18,8	17,4	36,2
2000	59,7	18,5	21,7	40,3
2005	49,8	25,5	24,7	50,2

Fonte: IPEA

A responsabilização crescente do município pela execução das ações e serviços de saúde não poderia – seja pela Lei Orgânica da Saúde, seja pelos princípios da unicidade da direção do SUS, através das três esferas de governo, e da participação da comunidade inscritos na Constituição Federal de 1988 – ser implementada sem gerar a necessidade de conceder ao gestor local a possibilidade de planejar o uso dos recursos (Marques e Mendes, 2003)

As Secretarias de Estado da Saúde (SES), também têm participado na ampliação da rede de atenção básica através do incentivo à implantação do PSF nos últimos anos, considerando que esse programa se constitui a principal estratégia para o fortalecimento deste nível de atenção, assumida pelo SUS como sua porta de entrada.

Porém, as regras de distribuição dos incentivos, sejam do governo federal e/ou dos governos estaduais, induziram à implantação de centenas de novas equipes municipais, muitas vezes sem a menor possibilidade de serem mantidas sem esses repasses (Marques e Mendes, 2003).

5.8) Modelos Assistenciais

Modelos Assistenciais, para Paim (1999), são combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Não são, portanto, simplesmente uma forma de organização de serviços de saúde, tampouco um modo de administrar um sistema de saúde. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são: “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (Paim, 1999).

O modelo médico hegemônico, adotado pelo sistema de saúde brasileiro, tem sua efetividade questionada por vários autores, como Campos (1991, 1992), Mendes (1994), Merhy (1997) e Silva Júnior (1998), entre outros. As principais críticas apontadas são que a atenção médica é desumanizada e impessoal, valoriza aspectos biológicos do adoecer, medicaliza todas as questões e diminui a autonomia dos pacientes, submetendo-os à vontade do profissional. É um modelo que não se articula com outras práticas de saúde nem com outros setores, e está centrado no conhecimento clínico do médico que, por sua vez, abusa de exames complementares. Além disso, por inúmeros outros fatores, o acesso aos serviços de saúde é dificultado e a atenção não é integralizada. Em geral, os serviços atendem à demanda de quem os procura e não avalia sistematicamente seus resultados.

Alguns autores contribuíram para a reconstrução do conceito de modelo de atenção à saúde. Menendez (1985) adaptou ao campo das práticas sanitárias as noções de modelo hegemônico e de modelos alternativos de organização de ações de saúde. Mendes-Gonçalves (1994) elaborou o conceito de modelos tecnológicos para designar determinada composição de tecnologias incorporadas em programas específicos. Para Campos (1997), “o modelo de organização das práticas é inadequado. Corruptela latinizada do modo norte-americano de atenção: especialização crescente, resolutividade cada vez menor de cada serviço ou de cada agente, desvalorização da clínica e da saúde pública e hipervalorização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem consideração por todo o processo de cuidados, centralidade do hospital que funciona tanto como porta de entrada quanto linha de saída. Ou seja, sem modificação do modelo de atenção seria realmente utópico pensar-se na universalização. A prevalecer a lógica médica tradicional de atenção à saúde não haveria dinheiro que cobrisse o número crescente de intervenções de atendimentos especializados etc. A universalização pressupõe alteração do modelo”.

Para Sherer e cols. (2005), a política atual do Ministério da Saúde (MS) tem se pautado por três grandes eixos, que constituem os pilares do SUS: no plano administrativo, a descentralização; no plano assistencial, os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários (PAC/PSF); no plano político, o controle social, com ênfase no PAC/PSF, justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Neste modelo, o indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e seria possível o desenvolvimento de novas “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas” (MS, 2003).

Em 1985, Menendez já sugeria agregar à dupla polaridade saúde-doença, com que usualmente se trabalha, um terceiro fator – os mecanismos de cuidado. Propunha com isso que não fosse esquecida, ao analisar estes processos, a interferência permanente e deliberada da sociedade e dos serviços de saúde nessa dinâmica.

No Brasil, com a municipalização, surgiram inúmeras experiências alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde. Cada uma destas experiências reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das práticas tradicionais.

Na década de 90, acumularam-se experiências de base municipalistas que introduziram inovações no que tange a mudanças da prática de saúde. A implementação de ações intersetoriais de promoção de saúde, atividades de educação e comunicação social voltadas para o fortalecimento da consciência acerca dos direitos sanitários, das formas de proteção da saúde e prevenção de riscos, assim como da reorganização da oferta de ações básicas numa perspectiva epidemiológica, foram exemplos dessas inovações. Algumas iniciativas tratam especificamente de ir além dos aspectos técnicos e organizacionais da prestação de serviços, introduzindo mudanças nas relações de trabalho e na formação e capacitação dos sujeitos da prática.

Na discussão de modelos assistenciais, encontramos algumas definições e a demarcação de campos de debate, onde se configuram as mudanças necessárias para o ideário de Reforma Sanitária.

Merhy (1991) defende que: "...ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (...) Deste modo, os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulando a determinadas forças e disputas sociais, [preferindo-se, portanto] a denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político".

Do ponto de vista organizacional e programático, Schraiber e cols. (1996) contribuem com estudos em programação em saúde, propondo sua refuncionalização como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, com base na identificação das necessidades sociais de saúde da população, que demandam os serviços das unidades básicas. A definição de ações programáticas se baseia no conhecimento dos problemas e necessidades dos indivíduos e dos grupos da população em situações

concretas, em um processo que resgata as dimensões tecnicocientífica e ética do trabalho em saúde.

Teixeira (2001) propõe uma concepção ampliada de modelo de atenção, incluindo três dimensões: gerencial, organizativa e tecnoassistencial. A dimensão gerencial se refere aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; a dimensão organizativa diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; a dimensão tecnoassistencial, refere-se às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho em saúde, em vários planos: promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação. Este autor destaca também que as reformas são necessárias, porém não suficientes para a transformação propriamente dita do modelo de atenção. Afirma que essa transformação exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades quanto a seus elementos estruturais, isto é, o objeto de trabalho, o perfil dos sujeitos e as relações estabelecidas entre eles e a população de usuários dos serviços.

A ação programática em saúde é uma proposição de organização do trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, inspirada em tecnologias de base epidemiológica (Nemes, 1996). Para esta autora, compreender as práticas em saúde pela dimensão de trabalho permite entender suas ações como processos de intervenção técnica e social na realidade de saúde. Assim, as ações de saúde são vistas enquanto processo de trabalho.

Destacam-se ainda as propostas que visam a problematizar a “humanização” do atendimento decorrente da tecnificação do cuidado à saúde. Merhy (1994, 1997), Cecílio (1994), Carvalho e Campos (1997) apresentam a organização do acolhimento e o estabelecimento de vínculos e responsabilizações como estratégias de reorientação do cuidado, deslocando o eixo procedimento-centrado para usuário-centrado. Faz-se uma releitura das necessidades de saúde socialmente demandadas pela população e constroem-se tecnologias que ampliam o potencial clínico e terapêutico das equipes na

relação com os usuários, desenvolvendo a autonomia destes em relação à produção cotidiana de saúde.

Para Schraiber (1990) a programação vinha ocupando cada vez mais o centro de um debate que se travava sobre a forma mais adequada de se organizar os serviços de saúde no Brasil, “indo além das articulações institucionais entre as diversas redes de assistência médica ou sanitária, e da própria dimensão técnica das práticas em saúde na organização social da produção dos serviços, a que se tem designado por modelo assistencial”. A autora destaca que no final da década de 80 assistiu-se à formação de correntes de pensamento em torno da noção de programação, as quais objetivam projetar modelos assistenciais alternativos, ao construírem diferentes concepções sobre as práticas de intervenção nos doentes e nas condições relativas à promoção da saúde da população. Afirma que a ação programática em saúde não é uma mera burocratização, mas, na medida em que consiste em esforço integrado de múltiplas instituições para alcançar um único elenco de finalidades, necessita do desenvolvimento de inúmeras e complexas atividades-meio. Sem estas atividades não funciona, sob pena do risco, inerente à forma de organização social, de induzir o desenvolvimento desse fenômeno social improdutivo, que é a burocratização.

Para Mendes-Gonçalves (1988), a ação programática em saúde deve ser um dispositivo de organização tecnológica do trabalho dotado de caráter crítico e de grande flexibilidade técnica e política. A ação programática em saúde é considerado um modelo que expressa o projeto histórico da Saúde Coletiva.

Compreender as práticas em saúde por sua dimensão de trabalho permite entender suas ações como processos de intervenção técnica e social na realidade de saúde. Ainda segundo Mendes-Gonçalves, esta aproximação dos aspectos da prática de saúde baseia-se no conceito de modelo de organização tecnológica do trabalho. Parte-se de uma postura crítica diante da concepção geral de tecnologia e dedica-se à análise de uma forma particular de existência da mesma, constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não- materiais na produção de serviços médicos.

Segundo Schraiber (1990), com esse conceito, busca-se primeiro a dimensão em que a prática da saúde articula-se com as demais práticas

sociais, a partir da qual estrutura-se de modo a responder aos requerimentos advindos dessa articulação. Depois, a dimensão em que a prática de saúde, dadas as suas particularidades, estrutura-se como prática de características peculiares e próprias, delimitando, a partir de sua finalidade socialmente dada, um determinado processo técnico de trabalho com particularíssimas conexões entre o objeto, os agentes e os instrumentos de trabalho, segundo a conexão entre o saber e a técnica na construção dos modelos operatórios do trabalho em saúde.

No debate sobre organização de serviços de saúde, tem sido freqüente situar-se a programação de modo polar: num dos pólos, o modelo programático operando burocratizante, compartimentalizado e impeditivo para uma efetiva incorporação de assistência médica individual nas unidades de saúde (resolutividade da rede pública); no outro pólo, a questão da construção de um modelo organizacional de bases epidemiológicas capaz de modificar efetivamente as condições de saúde. Esta contribuição de Schraiber (1990), que faz uma releitura do movimento da programação em saúde, guiada pelo conceito de modelo de organização tecnológica do trabalho, desloca, assim, esses dois pólos.

Na avaliação de programas de saúde, Sala, em 1990, escreveu: “o primeiro passo é de reconhecer de que forma se estruturam as ações programáticas, sendo necessário compreender o cuidado em saúde como prática que se estrutura a partir de necessidades sociais e aí realiza sua intervenção; é necessário compreender a dimensão técnica desta prática e compreender as estruturas de saber envolvidas que orientam a técnica e que servem de base para a construção do modelo operatório dessa prática. É necessário tomá-la a partir do processo de trabalho e, portanto, abordá-la segundo seu objeto de intervenção, seus instrumentos e técnicas de intervenção e, ainda, segundo o saber que orienta a constituição do seu objeto e a intervenção sobre ele”. Apesar de escrita há quase 20 anos, esta orientação ainda vale para os dias de hoje.

5.9) SMS, Atenção Básica em São Paulo e as AMAs

No período entre 1993 e 2000, o modelo de atenção à saúde adotado pelo município de São Paulo não fez parte do SUS. As duas gestões de saúde deste período tentaram uma experiência onde houve a separação entre financiador e produtor de serviços, (re)formulando a relação público/privado em que ao ente público competia o papel de agente financiador, enquanto a produção era atribuída ao ente privado (cooperativas), dada a sua pretensa "maior competência" como agente de produção. A esta experiência foi dado o nome de PAS (Plano de Atendimento à Saúde) (Elias, 1999).

A partir de 2000, a rede pública de saúde do município de São Paulo voltou a fazer parte do SUS, sob a gestão de uma nova prefeita. Esta gestão ficou marcada, principalmente, pela implantação do Programa de Saúde da Família neste município, de acordo com a orientação do Ministério da Saúde, que definia este programa como prioritário para a estruturação da rede de atenção básica no país.

Em 2005, já sob gestão de outro prefeito, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo definiu que sua missão era “ofertar um serviço de saúde de qualidade e que atenda às necessidades da população, numa metrópole com mais de 10 milhões de habitantes”.

Para a SMS (2005), seu desafio era o de consolidar o SUS, em conformidade com os princípios de universalidade no acesso, equidade e integralidade da assistência, o que exige uma atenção básica forte que consiga responder às necessidades em saúde da população. Essas necessidades se expressam de variadas formas, desde a demanda por um atendimento médico imediato, em resposta a um sofrimento agudo, até o acompanhamento de condições crônicas.

A organização e o desenvolvimento da atenção básica é uma tarefa compartilhada, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, por meio das Coordenadorias Regionais, das Supervisões de Área, dos Coordenadores de Unidades, profissionais de saúde, instituições parceiras e com a participação da população. Para a SMS, a ação conjunta de todos estes atores deverá resultar no acesso da população a serviços de saúde eficientes e de boa

qualidade, não apenas para a atenção básica mas também para os demais níveis de atenção.

A SMS identificou uma lacuna no sistema de saúde municipal, na oferta de consultas médicas nas especialidades básicas, em resposta à demanda do usuário por atendimento médico imediato, sem agendamento prévio. Na maioria das vezes, esta demanda requereria procedimentos de complexidade compatível com a atenção básica, que não exigiriam a infra-estrutura dos serviços de prontos-socorros.

Ela propôs então a criação das Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), para cumprir com os pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica. Estas unidades foram criadas no intuito de absorver a demanda dos usuários com quadros agudos de baixa e média complexidade, garantindo o atendimento nestes níveis de complexidade, bem como a continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estes serviços foram preferencialmente implantados junto às UBS, podendo ser acoplados a Ambulatórios de Especialidades, prontos-socorros e/ou Hospitais.

Críticos deste modelo de assistência, como Puccini, argumentam que estas unidades apresentam várias inadequações estruturais e operacionais, uma vez que atendem as pessoas de modo a que os resultados concretos verificados não confirmam uma repercussão positiva para a valorização da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS (Puccini, 2008).

Desde a inauguração da primeira AMA, em 2005, foram elaborados 2 documentos que norteiam as atividades dessas unidades (2005 e 2009). Ambos estão de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde. O primeiro documento norteador (2005) cita a Portaria GM 2048 de 5 de novembro de 2002 como o principal argumento para a implantação das AMAs. Segundo esta portaria, a atenção básica deve se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente aqueles pacientes já vinculados ao serviço (Atendimento pré-hospitalar fixo). Esta modalidade de atendimento é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que

possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado.

O documento de 2009 traz como justificativa para a implantação destas unidades o fato de que 43% do total de consultas realizadas no município em 2005 foi de assistência de urgência/emergência, o que está em desacordo com os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde na Portaria Nº 1.101/GM de 12 de junho de 2002, segundo a qual as consultas de urgência/emergência devem corresponder a 15% do total de consultas. Estes atendimentos eram, na sua maioria, de complexidade compatível com a Atenção Básica, o que não exige a infra-estrutura de prontos-socorros e Hospitais. A criação na cidade de São Paulo deste conjunto de unidades foi, segundo a própria SMS, uma resposta inovadora e ousada da Gestão Municipal do SUS neste município, ampliando o acesso e qualificando a atenção integral, contempladas no fluxo de atendimento, de referência e contra-referência.

Na verdade, esta experiência assemelha-se ao que já foi colocado em prática em outros países, como a Inglaterra, que em 1999, criou os “*Walk-in Centres*”, unidades de saúde implantadas em lugares de grande circulação pública, como supermercados e aeroportos, onde não é necessário o agendamento, e que oferecem conselhos de saúde e atendimentos menos complexos como tratamento para gripes, resfriados, pequenos acidentes. Permanecem em funcionamento de manhã até a noite, sete dias por semana e o atendimento/avaliação é feito por enfermeiros (Tanaka e Oliveira, 2007).

Ainda nos documentos norteadores das AMAs, são feitas considerações sobre a parceria com entidades da sociedade civil para o gerenciamento destas unidades. A justificativa para a adoção deste modelo de gerenciamento, segundo a SMS, foi que esta parceria com o poder privado apresentou bons resultados na implantação da Estratégia Saúde da Família na cidade de São Paulo. Coube à Secretaria Municipal de Saúde a gestão desse processo com enfoque voltado para avaliação, controle e auditoria.

Os dois documentos norteadores das atividades das AMAs visam a subsidiar o Coordenador de Unidade e os profissionais da Unidade de Saúde/AMA, as Instituições Parceiras bem como a população, com ferramentas que possam potencializar o trabalho desenvolvido e os seus

resultados, estabelecendo diretrizes para a organização do serviço nas atividades administrativas e assistenciais.

Em ambos os documentos o Processo de Trabalho nas Unidades de Saúde deve estar pautado nas necessidades da população. O trabalho não se realiza sobre coisas ou objetos, ao contrário, se dá sobre pessoas, com base numa intersecção partilhada entre o usuário e o profissional.

Para a SMS, a implantação das AMAs no campo de atuação da Atenção Básica, integrada e articulada à rede de serviços, possibilita que os Serviços de Urgência/Emergência tenham seus recursos destinados à assistência de maior complexidade, racionalizando o uso destes.

Desta forma, estas novas unidades absorvem a demanda de baixa e média complexidade com qualidade, sem perder a medida do risco e a necessidade da continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência básica. Segundo a SMS, a garantia da integralidade das ações, possibilitada pelo sistema de referência e contra-referência eficaz foi efetivada por meio da informatização da totalidade dos equipamentos de saúde da rede básica.

Para a construção deste novo modelo de assistência à saúde, centrado no usuário inserido no contexto familiar e social, foi fundamental repensar o processo de trabalho, que tem como finalidade a qualidade da atenção à saúde, na perspectiva de promover o *empowerment* tanto do usuário como da equipe de saúde. Esse processo está orientado pelo princípio da integralidade e requer como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização dos serviços e a criação de vínculos entre usuário/comunidade/equipe de saúde (SMS, 2009).

Para a implantação das AMAs, a SMS baseou-se na necessidade de Saúde no território. Foi utilizado o Índice de Saúde, posteriormente aprimorado pelo "Índice de Necessidade de Saúde - INS", construído a partir de indicadores demográficos, epidemiológicos e sociais, distribuídos em cinco eixos temáticos: criança/adolescente, gestante, adulto, idoso e doenças de notificação compulsória, ponderado com o mapa de inclusão/exclusão social.

O INS foi desenvolvido para possibilitar a identificação de áreas e grupos populacionais a serem priorizados para a oferta de serviços de saúde na cidade de São Paulo. As necessidades contempladas no Índice são expressas

nas condições demográficas, epidemiológicas e sociais da população residente nos diversos distritos administrativos (DA) da cidade, refletindo a demanda potencial pelos serviços de saúde permitindo a comparação das regiões da cidade segundo graus de necessidade de investimentos na área da saúde, podendo ser utilizado como subsídio técnico às decisões políticas para implantação de novos serviços. Além do seu valor final sintético, o Índice de Necessidades em Saúde foi construído considerando 5 componentes, que podem ser utilizados de forma independente para propósitos específicos, a partir da agregação de 20 indicadores, mostrados no quadro abaixo (quadro 2), subdivididos em componentes que refletem aspectos prioritários da política de saúde incluindo períodos etários e condições específicas individuais e ambientais que, no seu conjunto, pretende sintetizar uma realidade que abrange condições de vida e saúde (CEINFO, 2009).

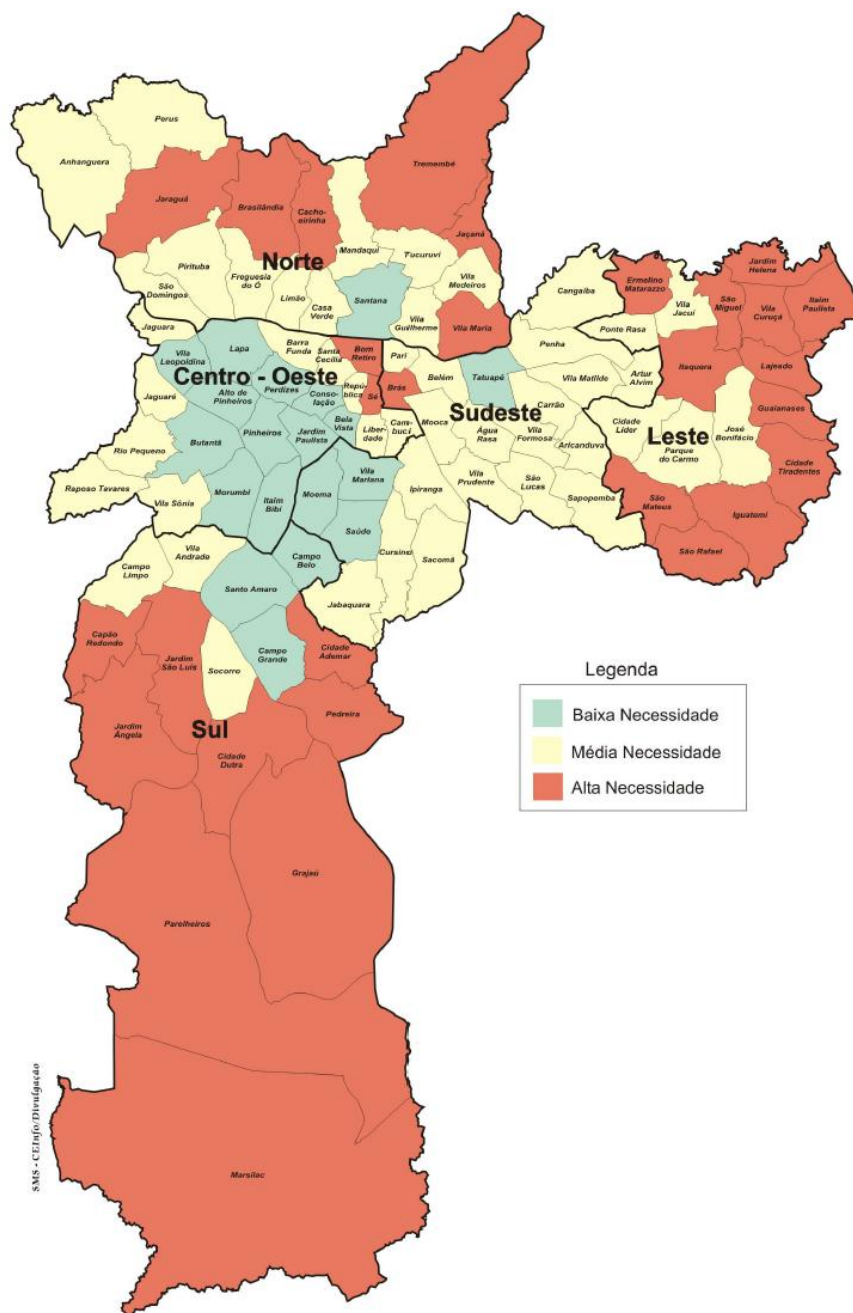
**Quadro 2 - Componentes e Indicadores do Índice de Necessidades em Saúde
- Município de São Paulo, 2007**

Componentes	Indicadores
1. Crianças e Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Proporção de Crianças e Adolescentes na população residente - Coeficiente de Mortalidade Infantil - Coeficiente de Mortalidade por Infecção Respiratória Aguda (< 5 anos) - Proporção de Gestantes Adolescentes (< 20 anos)
2. Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de Fertilidade Total - Razão de Mortalidade Materna - Coeficiente de Incidência de Sífilis Congênita - Proporção de Pré-Natal Inadequado (menos de 7 consultas)
3. Adultos	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de Hipertensão Arterial (20 a 59 anos) - Prevalência de Diabetes (20 a 59 anos) - Taxa de Mortalidade por Doenças Crônicas relacionadas à Hipertensão e Diabetes (30 e 59 anos) - Taxa de Mortalidade por Acidentes (20 e 59 anos)
4. Idosos	<ul style="list-style-type: none"> - Proporção de Idosos na População Residente (maiores ou igual a 60 anos) - Mortalidade Precoce em Idosos (% de óbitos de 60 a 69 anos em relação ao total de óbitos em 60 anos e mais) - Taxa de Mortalidade de Idosos por Pneumonia (60 anos e mais) - Taxa de Mortalidade de Idosos por Acidente (60 anos e mais)
5. Doenças de Notificação Compulsória	<ul style="list-style-type: none"> - Coeficiente de Incidência de Dengue - Coeficiente de Incidência de Tuberculose Pulmonar Bacilífera - Coeficiente de Incidência de Leptospirose - Coeficiente de Incidência de Meningite

Fonte: CEINFO

A utilização destes critérios permitiu a construção do INS para os distritos do município de São Paulo, classificados como de baixa, média ou alta necessidade em Saúde (vide gráfico 1 abaixo). Esta estratificação orientou a implantação das AMAs pelo município (SMS, 2009).

Gráfico 1 - Mapa do município de São Paulo com o Índice de Necessidades em Saúde Ponderado por distrito/região



Fonte: CEINFO, 2009

Entre março de 2005 e dezembro de 2008, 115 AMAs foram inauguradas no município de São Paulo (vide tabela 4). Desde a inauguração das primeiras unidades, houve grande crescimento no número de AMAs neste município, passando de 8 para 115 unidades em 46 meses.

Tabela 4 - Número de AMAs inauguradas por região administrativa - Município de São Paulo - 2005 a 2008

Região	Ano				Total
	2005	2006	2007	2008	
Centro-Oeste	-	-	1	7	8
Leste	-	11	4	15	30
Norte	-	4	8	10	22
Sudeste	-	8	3	18	29
Sul	8	3	1	14	26
Total	8	26	17	64	115

Fonte: CEINFO, 2009

O número de pessoas atendidas por estas unidades passou de 88.890 em 2005 para 6.827.738 em 2008, evidenciando um aumento de quase 7600% (vide tabela 5).

Tabela 5 - Produção das AMAs por região administrativa - Município de São Paulo - anos 2005 a 2008

Região	Ano			
	2005	2006	2007	2008
Centro-Oeste	-	-	19.856	270.013
Leste	-	475.789	1.196.910	2.046.905
Norte	-	201.916	704.161	1.168.523
Sudeste	-	391.035	879.222	1.818.222
Sul	88.890	373.153	947.949	1.524.075
Total	88.890	1.441.893	3.748.098	6.827.738

Fonte: CEINFO, 2009

Na tabela 6 abaixo, podemos observar o crescimento percentual do número de atendimentos realizados pelas AMAs em cada região administrativa do município de São Paulo, entre os anos de 2005 e 2008.

Tabela 6 - Variação percentual (%) da produção das AMAs, por região administrativa, entre os anos de 2005 e 2008 - Município de São Paulo

Região	Ano		
	06/05	07/06	08/07
Centro-Oeste	-	-	1260
Leste	-	152	71
Norte	-	249	66
Sudeste	-	125	107
Sul	320	154	61

Fonte: CEINFO, 2009

5.9.1 Objetivos das AMAs

Os objetivos específicos das AMAs, segundo a Secretaria Municipal de Saúde são (SMS, 2009):

1. Realizar atendimento médico sem agendamento prévio nas especialidades básicas, para usuários que demandam assistência imediata e cuja intervenção seja compatível com a complexidade da Atenção Básica;
2. Otimizar o atendimento nos Prontos-Socorros na medida em que absorve a demanda de baixa e média complexidade;
3. Oferecer retaguarda às Unidades Básicas de Saúde;
4. Aumentar a oferta e a agilidade do acesso aos procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico;
5. Promover a humanização dos serviços por meio do acolhimento resolutivo à demanda espontânea;
6. Garantir a assistência e acompanhamento nas UBS dos usuários nela atendidos, sempre que necessário;
7. Executar as ações pertinentes de vigilância epidemiológica, identificando, notificando e realizando intervenções específicas nos agravos de notificação compulsória, violências e acidentes de trabalho, garantindo a qualidade e a continuidade da assistência segundo orientações técnicas da Vigilância em Saúde (COVISA-SMS, 2007).

5.9.2 Assistência prestada nas AMAs

Segundo o regimento das AMAs, os seguintes serviços devem estar disponíveis durante todo horário de funcionamento:

- Consultas das clínicas básicas e eventualmente outras, de acordo com critérios de organização de serviços e perfil epidemiológico da região
- Atendimento de enfermagem:
 - Aferição dos sinais vitais (temperatura, pressão arterial, pulso e respiração); glicemia capilar; coleta de exames laboratoriais: hemograma, glicemia, amilase, uréia, creatinina, sódio, potássio, TGO, TGP, bilirrubinas, urina tipo I, baciloscopia, teste de gravidez; eletrocardiograma; administração de medicamentos orais e injetáveis; inalação; terapia de reidratação oral; hidratação intravenosa; curativo, retirada de pontos; estimular coleta de Papanicolau, principalmente aos sábados.

Obs: Os adolescentes têm direito a consulta médica e/ou atendimento por qualquer outro profissional de saúde, mesmo que esses compareçam ao serviço de saúde sem a companhia dos pais ou responsáveis. Isto se aplica inclusive aos menores de 14 anos, que não estejam portando documentos pessoais ou comprovante de residência, conforme publicação do Ministério da Saúde, Marco Legal: Saúde, Um Direito de Adolescentes, 2005.

- Suturas simples e drenagem de abscesso
- Raios-X simples
- Vacinação
 - A AMA acoplada a UBS realiza a vacina dupla adulto nos casos pertinentes, durante todo o período de funcionamento da unidade, aproveitando todas as oportunidades para o incentivo da atualização da vacinação;
 - Nas campanhas, as AMAs devem ser integradas ao sistema de vigilância;
 - A aplicação da dose deve ser registrada na carteira de vacina do adulto, e esta entregue ao usuário, que receberá orientação de onde e quando receber as demais doses.
- Notificação de agravos e eventos constantes na lista de notificação compulsória dando ênfase aos agravos de notificação imediata, violência e acidentes de trabalho, segundo orientações técnicas da COVISA.
- Dispensação de medicamentos

- A dispensação de medicamentos deve ser feita pela farmácia dos Equipamentos de Saúde aos quais as AMAs estão acopladas;
- Quando acopladas aos Hospitais ou isoladas devem ter farmácia própria;
- O horário de funcionamento da farmácia deve acompanhar todo o período de atendimento, incluindo feriados;
- Os medicamentos são dispensados para os usuários segundo a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais para a Rede Básica - REMUME, mediante a apresentação da receita e conforme a norma de dispensação (Portaria nº 1.535 - SMS.G de 27/09/2006);
- Os médicos devem ter conhecimento das normas e padronização de SMS quanto aos medicamentos.

5.9.3 Referência e contra-referência

As AMAs estão inseridas na "grade de referência e contra-referência" municipal, que define para quais UBS os pacientes devem ser encaminhados, a área de abrangência/influência, bem como os prontos-socorros e hospitais que recebem os casos de maior complexidade.

Os profissionais devem conhecer estas referências e contra-referências, criadas e atualizadas pelo Sistema Municipal de Regulação, através das quais farão os encaminhamentos necessários, de forma adequada e oportuna. Também devem registrar todos os encaminhamentos realizados, conforme instrumento padronizado de SMS, para análise e avaliação mensal.

Encaminhamentos das AMAs para as UBS

Para garantir o seguimento do tratamento nas UBS após o atendimento, é utilizada a agenda local do SIGA para encaminhamento do paciente para a sua UBS de referência.

Fluxo de Encaminhamento

Os usuários são identificados e encaminhados para a UBS da sua região de abrangência, por meio da utilização do sistema SIGA módulo agendamento - contra-referência. Este utiliza a parcela de "reserva técnica" das agendas das UBS.

A reserva técnica corresponde a 25% das vagas diárias dos profissionais de cada UBS disponibilizadas para as AMAs no SIGA-SAÚDE. Ela garante o acesso ao usuário da AMA que tem indicação prioritária de retornar à UBS de referência para consulta.

O SIGA-SAÚDE informa a UBS de referência do usuário, utilizando o sistema localizador de endereços instalado na recepção da AMA.

Protocolo prioritário de referência da AMA para a UBS

- Crianças menores de 1 ano para acompanhamento de Puericultura;
- Mulheres na menacme com atraso menstrual, com teste de gravidez positivo e/ou com gestação em andamento, visando à captação precoce das gestantes e sua inserção na Rede de Proteção à Mãe Paulistana;
- Adultos/Idosos: Hipertensos e/ou Diabéticos com:
 - PA \geq 140 X 90 mmHg;
 - Em uso de medicação antihipertensiva;
 - *Diabetes mellitus* tipo I ou II;
- Quadros agudos que necessitem de acompanhamento tais como: pneumonias, crises de bronquite, sintomáticos respiratórios, pacientes com transtornos mentais, etc.; outras indicações incluídas mediante protocolos propostos pelas áreas técnicas, respeitando critério médico.

Protocolo de encaminhamento segundo Áreas Técnicas

- Saúde da Mulher
 - Mulheres com vida sexual ativa na faixa etária de 25 a 59 anos, que se encontrem há mais de um ano sem colher o Papanicolaou;
 - Mulheres que tenham feito mamografia há mais de 2 anos com idade entre 50 e 69 anos;
 - Mulheres com mais de 35 anos que se encontrem há mais de um ano sem fazer mamografia e que tenham um ou mais fatores de risco entre os listados abaixo:
 - 1. Antecedente Familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com Ca de Mama principalmente se na prémenopausa;

- 2. Antecedente Pessoal de Câncer de Mama ou biópsia positiva para hiperplasia atípica ou Ca lobular "in situ".
- 3. Paciente em terapia hormonal na peri e pós-menopausa;
- 4. Mulheres com nódulo de mama palpável, alteração trófica de pele da mama e/ou derrame papilar em qualquer faixa etária.
- Mulheres que receberam contracepção de emergência;
- Mulheres no menacme com irregularidade menstrual ou mulheres na pós-menopausa com sangramento genital;
- Mulheres com queixa de leucorréia ou lesão genital (pensar em DST), presença de disúria.
- Saúde da Criança e Adolescente
 - Crianças maiores de 1 ano sem nenhum atendimento pediátrico no último ano;
 - Crianças com patologias crônicas: cardiorrespiratórias, endocrinológicas, nutricionais, hematológicas, urinárias, infecciosas;
 - Crianças em situação de vulnerabilidade social: baixo nível sócio-econômico, desemprego familiar, fora de escola, moradia sem saneamento básico, trabalho infante-juvenil; Crianças com sinais sugestivos de maus tratos: hematomas, queimaduras, fraturas de repetição;
 - Adolescentes em situações de risco: gestantes, adolescentes que receberam contracepção de emergência, com DST, usuários de drogas, transtornos alimentares, distúrbios psicológicos, patologias crônicas e em situação de alta vulnerabilidade social.
- Saúde do Idoso
 - Pessoa idosa - pessoa com idade de 60 anos ou mais;
 - Transtornos neuropsíquicos (demência, depressão, Parkinson, AVC);
 - Pessoa com queixa de esquecimento, também referido pelo acompanhante ou familiar, e que está sendo prejudicada em sua vida social ou laborativa;
 - Pessoa com diagnóstico de síndrome demencial e que esteja sem acompanhamento regular;
 - Portador de doença crônica com complicações:

- Pessoa com três ou mais condições crônicas com complicações: diabético, hipertenso e obeso, com diminuição da acuidade visual, ou com neuropatia periférica, ou com insuficiência cardíaca, ou com disfunção renal etc.
- Instabilidade, quedas, alteração de marcha e equilíbrio:
 - 1. Pessoa com história de duas ou mais quedas nos últimos seis meses;
 - 2. Pessoa com déficit de equilíbrio;
 - 3. Pessoa com marcha alterada e instável.
- Perdas sensoriais importantes:
 - 1. Pessoa com acuidade visual prejudicada;
 - 2. Pessoa com acuidade auditiva prejudicada.
- Síndrome consumptiva (perda de > 5% de seu peso habitual nos últimos 3 meses);
- Os muito idosos - 80 anos ou mais:
 - 1. Pessoa que mora sozinha;
 - 2. Pessoa casada, cujo cônjuge está doente ou dependente;
 - 3. Pessoa com dependência para as atividades da vida diária;
 - 4. Pessoa cujas doenças não estejam bem controladas;
 - 5. Pessoa sem filhos, ou sem suporte familiar.
- Pessoa de 90 anos ou mais;
- Pessoas idosas que preencham os mesmos critérios de Saúde do Adulto.
- Saúde do Adulto
 - Pacientes portadores de arritmia cardíaca;
 - Pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca;
 - Pacientes portadores de Coronariopatia Crônica: Infarto Agudo do Miocárdio prévio, angina estável, pós-revascularização miocárdica;
 - Pacientes portadores de Síndrome Metabólica: circunferência abdominal > 88 cm para mulher e > 104 cm para homens; hipertensão arterial, intolerância à glicose (>100mg/dL); dislipidemia;
 - Pacientes portadores de DPOC;

- Pacientes com quadro suspeito de Tuberculose: tosse há mais de 3 semanas; febre e emagrecimento;
- Pacientes portadores de epilepsia;
- Pacientes com quadro suspeito de gastrite ou úlcera péptica;
- Pacientes com lesões dermatológicas sugestivas de Hansen (manchas hipocrômicas com perda de sensibilidade, familiares com diagnóstico de MH);
- Pacientes com disfunção tireoidiana;
- Pacientes portadores de hepatopatia crônica;
- História de sangramento digestivo alto ou baixo;
- Infecção Urinária (controle de tratamento).

É possível observar neste protocolo de encaminhamentos das AMAs que a maioria das condições sensíveis à atenção básica é contemplada:

1. Doenças imunizáveis
2. Condições evitáveis
3. Gastroenterites infecciosas e complicações
4. Anemia
5. Deficiências nutricionais
6. Infecções de ouvido, nariz e garganta
7. Pneumonias bacterianas
8. Asma
9. Doenças pulmonares
10. Hipertensão
11. Angina
12. Insuficiência cardíaca
13. Doenças cerebrovasculares
14. *Diabetes mellitus*
15. Epilepsias
16. Infecção no rim e trato urinário
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo
18. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos
19. Úlcera gastrointestinal
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto

Esta é a lista de condições contempladas pela SMS no que se refere às prioridades para encaminhamento às UBS. Consequentemente, podemos inferir que as internações por tais grupos de doenças deveriam diminuir, à medida que os serviços das AMAs fossem ampliados.

Encaminhamento da AMA para os serviços de retaguarda secundária - Pronto Socorro/Hospital

O encaminhamento do usuário da AMA para os prontos-socorros ou hospitais de referência deve ser feito pelo profissional médico que assistiu o usuário por meio de contato com o serviço de referência e mediante o uso do impresso próprio devidamente preenchido, datado e assinado/carimbado.

Encaminhamento da UBS para a AMA

Caso o paciente atendido nas UBS necessite de algum exame, medicalização ou observação por um período curto (até 6 horas), deve ser encaminhado à AMA mais próxima a fim de ter sua necessidade atendida. Este encaminhamento (demanda referenciada) deve estar em conformidade com as responsabilidades da Atenção Básica. A UBS é responsável pelo acompanhamento dos agravos à saúde prevalentes na população de seu território. O encaminhamento para a AMA é realizado após serem esgotados os recursos e capacidade de resolução da UBS, considerando a complexidade do caso. Todo encaminhamento deve ser feito pela equipe médica e/ou enfermagem da UBS.

O encaminhamento deve ser feito no impresso de referência e contra-referência com a identificação e carimbo da UBS de origem, data e assinatura/carimbo do profissional responsável pelo encaminhamento.

Os campos referentes à história, exame físico e hipótese diagnóstica devem ser obrigatoriamente preenchidos.

Referência Hospitalar

A AMA deve ter referência hospitalar pactuada segundo grade de urgência/emergência e ser conhecida por todos os seus funcionários (Portaria 245/07-CIRS/SMS. G de 31/03/2007).

Nos 5 quadros do Anexo II é possível verificar que os hospitais de referência para cada especialidade encontram-se, em sua maioria, na mesma região de funcionamento da AMA.

5.9.4 Informação

Segundo a SMS, a produção mensal das AMAs deve ser informada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), de acordo com normas e instruções da Coordenação de Controle, Auditoria e Processamento (CCAP) – Gerência de Processamento da Produção SUS (GeProc) de SMS. Também deve ser preenchido o Condensado Diário de Produção (Anexo III) com dados do mês e encaminhado à Coordenadoria Regional, que o encaminha mensalmente para a SMS.

5.9.5 Estrutura Física Prevista

Sempre que possível a AMA estará acoplada a uma Unidade de Saúde, preferencialmente UBS ou outro equipamento que apresente condições de adaptação de espaço físico necessário.

Estão previstos:

- Sala de espera, com sanitário feminino e masculino e para deficientes;
- Recepção/arquivo;
- Quatro a seis consultórios médicos, a depender do número de médicos (um consultório/médico/dia);
- Sala de emergência equipada; Sala de medicação adulto e infantil;
- Sala(s) de procedimento(s) (coleta, sutura, curativo, inalação);
- Sala de RX;
- Sala de apoio técnico/administrativo;
- Sanitários para funcionários;
- Almoxarifado ou adequação do almoxarifado da UBS;
- DML (quando adequação do DML da UBS não for possível);
- Central de Esterilização compartilhada com as instalações da UBS;
- Farmácia: para dispensação aos pacientes da UBS /AMA.

Na AMA acoplada a UBS ou outro tipo de Unidade de Saúde, pode haver áreas de uso comum como: farmácia, central de esterilização, almoxarifado da farmácia, almoxarifado de material médico hospitalar,

sanitários comuns para portadores de necessidades especiais, sala de reunião, copa, DML e outros.

Pode ser submetida a adequações de área física, sempre que necessário, para melhor atender a população.

Os setores internos devem apresentar identificação de acordo com sua atividade, (sala de emergência, consultório, etc.) padronizada por SMS. Os formatos de comunicação visual e logotipos são pactuados com a SMS.

5.9.6 Equipamentos

Os equipamentos médicos, de enfermagem, informática e mobiliários necessários para a implantação da AMA devem seguir a padronização pactuada com a SMS.

A sala de emergência deve conter obrigatoriamente os seguintes equipamentos: desfibrilador / cardioversor, respirador, monitor cardiopulmonar, eletrocardiograma, laringoscópio completo, ambu adulto e infantil, oxímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, rede de gases medicinais (Oxigênio e Ar Comprimido), aspirador e caixa de emergência padronizada por SMS.

Os contratos de manutenção de equipamentos devem ser planejados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e parceiros.

5.9.7 GSS - Material Médico Hospitalar e Medicamentos

A relação de medicamentos e material médico hospitalar encontra-se no aplicativo GSS (Gestão de Serviços em Saúde). Toda e qualquer necessidade de adequação de consumo para atender a demanda de medicamentos ou material médico-hospitalar deveria ser pactuada entre Supervisão Técnica de Saúde, CRS e SMS e parceiros.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1) Entrevistas

A primeira entrevista foi realizada com o gestor da CEINFO (Coordenação de Epidemiologia e Informação), cuja missão é promover a

produção e o uso da informação voltada para a gestão de políticas públicas de saúde e melhoria das condições de saúde para a população da cidade de São Paulo (SMS, 2009).

Segundo este gestor, as informações provenientes das AMAs são apresentadas para a gestão municipal antes de serem enviadas para o Ministério da Saúde, até porque podem ter glosa. Esse processo foi se adequando ao longo do tempo e hoje não há mais falhas. Os dados são coletados pelas AMAs e encaminhados para o nível regional. Daí os níveis regionais encaminham as informações coletadas para a CEINFO, que junta todas as informações e disponibiliza para a SMS. Embora as AMAs sejam administradas por organizações parceiras, elas entram no fluxo normal do gabinete porque é a SMS quem fiscaliza e coordena essa gestão.

Quando questionado sobre as possíveis dificuldades encontradas no processamento dessas informações, a resposta foi que até 2008, havia muita falha na disponibilização das informações pelo fato de muitas AMAs não terem cadastro no CNES. Às vezes são encontradas algumas inconsistências mas como a CEINFO trabalha com os dados apresentados, vale o que o gerente da AMA diz.

Também foi reconhecido que as informações provenientes das AMAs, após processadas por essa coordenadoria são bastante utilizadas para o planejamento de ações da Coordenadoria da Atenção Básica.

A segunda entrevista foi realizada com o diretor de um hospital municipal. O hospital escolhido pertence à Autarquia Hospitalar Municipal. Presta atendimentos clínicos e cirúrgicos, a crianças e adultos, e é referência para as AMAs para muitas especialidades.

Perguntado sobre o impacto percebido nas internações hospitalares após a implantação das AMAs, o diretor disse que houve uma diminuição dos casos “leves” e aumentou a complexidade dos atendimentos. Segundo ele, com certeza houve uma queda no número de atendimentos na “porta”, em torno de 40 a 50%. Mas o tempo de permanência no hospital aumentou.

Questionado sobre a disponibilização dessas informações (impacto gerado pelas AMAs no hospital), por parte da SMS, para a direção do hospital, sua resposta foi que os hospitais possuem esses dados. Eles são levantados pelos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do

hospital, que tem a obrigação de enviá-los para o nível central. Desta forma, é feito o planejamento do hospital. Como exemplo do uso prático dessas informações, ele citou que pôde reduzir o número de clínicos e pediatras no corpo clínico do hospital, já que os casos menos complexos passaram a ficar nas AMAs. Por outro lado tiveram que aumentar o número de cirurgiões. Segundo ele, o hospital atende cerca de 1000 pacientes por mês encaminhados das AMAs (ele é referência para 10 AMAs). Desses, cerca de 400 a 500 ficam internados. Para ele, tal procedimento é uma coisa que tem que ser melhor acertado. Sua opinião é que o hospital recebe muitos pacientes que poderiam ser plenamente atendidos nas unidades ambulatoriais.

O terceiro entrevistado foi o gerente de uma AMA que funciona 24 horas por dia e está acoplada a um hospital. No período diurno (07 às 19 horas), esta unidade conta com três clínicos gerais e dois pediatras para atender a demanda de pacientes. No período noturno (19 às 07 horas) são dois clínicos e dois pediatras. O gerente trabalha apenas no período diurno, com uma carga horária de 44 horas semanais. Nesta unidade, há um técnico administrativo que trabalha até as 22 horas e assume as questões relacionadas à gestão, quando o gerente não se encontra. Após as 22 horas, há um auxiliar administrativo que assume esta função, porém com poderes limitados. O gerente coloca-se à disposição para ser chamado a qualquer momento por telefone caso haja alguma intercorrência importante.

Na entrevista com este gerente, quando questionado se ele entende a AMA como um serviço ou um modelo de atenção à saúde, sua resposta foi que o considera como um modelo de atenção à saúde, tendo em vista que os equipamentos de saúde AMAs foram criados para suprir uma lacuna existente entre as UBS e os prontos-socorros, integrados à estrutura da Atenção Básica, estando contemplados no fluxo de atendimento, de referência e contra-referência. Ele cita os parâmetros da portaria do Ministério da Saúde 1.101/GM de 12 de junho de 2002, onde o número de consultas/habitante/ano para assistência emergencial deve ser representada por 15% do total de consultas oferecidas aos usuários do SUS. Justifica, portanto, a criação dessas unidades alegando que nos últimos anos, na cidade de São Paulo, esse índice foi ultrapassado, porém, o nível de complexidade exigido nos atendimentos não requeria infra-estrutura de pronto-socorro ou de hospitais.

Perguntado sobre o que é exigido como pré-requisito para exercer sua função, sua resposta foi que a exigência básica é formação gerencial na área de saúde (Administração Hospitalar ou Gestão em Saúde) e experiência mínima de 2 anos nesta área.

Sobre o relacionamento da AMA com o nível central (SMS) e a entidade parceira que a administra, ele refere que a estrutura da entidade à qual sua unidade está ligada é formada pelas seguintes coordenadorias: administrativa, técnica, educação permanente e de planejamento; hierarquicamente subordinadas à Diretoria Executiva. Através dessas coordenadorias a SMS monitora as atividades de todos os equipamentos de saúde (AMAs, PSF, CAPS, UBS e demais unidades) por meio de relatórios gerenciais e reuniões semanais, quinzenais ou mensais, de acordo com as necessidades dos assuntos abordados.

Perguntado como funciona o sistema de referência aos hospitais e outras unidades, sua resposta foi que a SMS, através do setor de Regulação, determina qual o hospital de referência para cada AMA, a qual tem prioridade sobre o encaminhamento (vaga-zero) independente da especialidade. Mesmo que o hospital de referência não possua o especialista, a AMA deve encaminhar o paciente para o referido hospital que, através do seu setor de regulação, providenciará a transferência. Ele ainda cita que todo encaminhamento de paciente deve ir acompanhado da guia de referência e contra-referência da AMA, com discriminação da hipótese diagnóstica e assinada pelo médico da unidade.

Questionado se ele percebeu o impacto das AMAs nas internações hospitalares, alega não ter informações sobre este índice. Sugere que um diretor de hospital seja a pessoa ideal para ajudar nesta informação.

Quando perguntado se conhece o Documento Norteador das AMAs da SMS, ele diz que todas as unidades AMAs possuem este documento. Trata-se de um instrumento de muita valia para os trabalhos no dia-a-dia, tendo em vista que muitos funcionários de hospitais desconhecem os serviços das AMAs e suas filosofias.

O primeiro médico entrevistado trabalha em mais de uma AMA no município de São Paulo como pediatra. Faz 2 plantões diurnos em uma unidade e 1 plantão noturno em outra. Ele é contratado em regime de CLT

pelas entidades parceiras que administram estas unidades. A carga horária de trabalho é de 12 horas, em regime de plantão, em cada AMA onde atua. Embora tenha sido contratado para o serviço de Pediatria, ele não fez residência médica ou especialização nesta área. Na verdade, sua especialidade é Dermatologia, com título obtido após fazer um curso de pós-graduação. Como teve dificuldade de ingressar no mercado de trabalho para a área onde é especialista, atua nas AMAs. Sua escolha para esta entrevista foi feita pelo autor pela conveniência de terem trabalhado juntos em uma dessas unidades.

Questionado se conhece o Documento Norteador das AMAs, da SMS, ele diz que não sabe do que se trata.

Perguntado sobre o que ele entende como AMA na prática, sua opinião é que se trata de uma porta de entrada para o Sistema de Saúde. Como este sistema tem que ser hierarquizado, a AMA seria uma forma de captar pessoas que precisam de atendimentos mais simples. Se o atendimento é para um Infarto, deveria ir para a atenção secundária ou terciária. Se o caso for simples e requisier atendimento imediato, deve ser atendido pelas AMAs. Se for um atendimento agendado, sem urgência, deve ir para as UBS.

Sua opinião sobre a diferença que a AMA faz na assistência é de que estas unidades facilitaram bastante a vida das pessoas que antes tinham que procurar hospitais pra serem atendidas. Para ele, nas AMAs, a maioria das pessoas sai atendida e ainda leva a maioria dos remédios receitados.

Quando perguntado sobre sua percepção a respeito da integração das AMAs com outras unidades (hospitais, ambulatório de especialidades, PSF, posto de saúde), para ele, não há muita dificuldade quando os encaminhamentos são feitos para os hospitais de referência. Como estes encaminhamentos funcionam no regime de “vaga-zero”, se é detectado um problema que precisa ser encaminhado para um hospital, basta mandar o paciente, uma vez que este problema não é passível de resolução na AMA. Quem tem que resolvê-lo é o hospital. O problema maior são os encaminhamentos para os serviços secundários. Na sua opinião, se ele detecta que um paciente necessita de consulta com um alergista, por exemplo, não há para onde encaminhar este paciente. Para as UBS também não é muito fácil pois faltam muitos médicos. Por fim, o entrevistado relata que costuma

encaminhar os pacientes para a Pediatria das UBS próximas de suas residências mas costuma ouvir que nestas unidades não há pediatras.

O segundo médico entrevistado trabalha em 2 AMAs, administradas por entidades parceiras diferentes, no município de São Paulo, fazendo um plantão diurno e outro noturno. É contratado em regime de CLT por ambas entidades parceiras. Sua carga horária de trabalho é de 12 horas, em regime de plantão, em cada AMA onde atua. Assim como o primeiro médico entrevistado, sua especialidade é Dermatologia, com título obtido após fazer um curso de pós-graduação. Atua, porém, como clínico geral. Sua escolha para esta entrevista foi feita pelo autor pela conveniência de terem trabalhado juntos em uma dessas unidades.

Na entrevista com este médico, ele diz não conhecer o Documento Norteador das AMAs, da SMS.

Segundo ele, na prática, a AMA funciona como um Pronto Atendimento para “desafogar” casos menos complexos dos prontos-socorros. A parte de assistência e prevenção estaria mais voltada para os postos de saúde, segundo sua opinião, e a AMA funcionaria como um Pronto Atendimento de baixa complexidade, o que faz diferença na assistência. Ele refere que trabalha em um pronto-socorro (não diz onde) e atende um monte de “bobagem”.

Sobre a integração das AMAs com outras unidades, ele a considera inadequada, pois existe muito pouca comunicação entre essas unidades e “fica um querendo jogar para o outro”. Para ele, ninguém quer assumir e tratar os pacientes. As AMAs poderiam ter melhor relação com os postos, os hospitais. Em sua opinião, ninguém trata uma hipertensão descontrolada: o paciente vai ao posto (UBS) e eles encaminham para a AMA. Na AMA, isso não é tratado. No pronto-socorro, a mesma coisa. Ele acredita que o processo de encaminhar o paciente para outro lugar já está muito mecanizado, o que torna a integração entre as unidades péssima.

Conforme pode-se observar nas entrevistas realizadas, os gestores entrevistados têm discursos que vão ao encontro dos objetivos propostos pela SMS para as AMAs. Segundo eles, as informações são utilizadas no planejamento de ações da SMS e as funções destas unidades são cumpridas. Apesar disso, o gestor da CEINFO reconhece que até 2008 os dados

provenientes das AMAs são falhos, apresentando inclusive algumas inconsistências.

O diretor do hospital que é referência para 10 AMAs relata que elas cumpriram seu objetivo de otimizar o atendimento nos prontos-socorros na medida em que absorveram a demanda de baixa e média complexidade, pelo menos na unidade que administra. Em seu discurso, ele é claro ao falar que os casos atendidos passaram a ser mais complexos, diminuindo inclusive a necessidade de especialidades clínicas. Apesar disso, há uma queixa com relação aos encaminhamentos das AMAs. Segundo ele, cerca de 50% poderiam ser plenamente atendidos nestas unidades.

O gerente de AMA teve um discurso que é exatamente o proposto pela SMS. Em sua fala, é possível perceber que a idéia que ele tem para a unidade que administra é a mesma que a da SMS, inclusive situando as AMAs como um modelo que integra a rede de atenção básica do município e que faz as integrações necessárias para o funcionamento desta rede.

Já nos discursos dos médicos, podemos perceber que há uma ruptura do eixo proposto pela SMS, e referendado pelo gerente de uma unidade, que norteia as ações das AMAs. Em suas percepções, notamos que a desejada integração destas unidades com os demais serviços de assistência à saúde não ocorre. Embora o sistema de transferência para hospital seja considerado pelo médico que atua como pediatra como funcionante, há muita dificuldade na integração com os demais serviços. Isso vai de encontro ao objetivo proposto pela SMS para as AMAs de garantir a assistência e acompanhamento nas UBS dos usuários nela atendidos, sempre que necessário.

Também vale notar que nenhum dos dois médicos ligados ao atendimento conhece o documento norteador das unidades onde trabalham, ainda que sejam contratados por entidades parceiras da SMS diferentes e atuem em mais de uma AMA. Este documento, segundo determina a própria SMS, deveria ser do conhecimento de todos os profissionais que prestam atendimento nas AMAs, uma vez que discrimina todos os processos lá desenvolvidos. Tal fato evidencia que não houve um treinamento adequado para estes médicos quando de sua contratação para trabalhar nestas unidades.

Embora apenas dois médicos tenham sido entrevistados, é possível perceber que não há rigor com relação à especialização destes profissionais na

contratação dos médicos. Ambos atuam em especialidades nas quais não são especialistas. Neste caso, podemos supor que este seja um dos motivos das AMAs encaminharem casos que poderiam ser atendidos nestas unidades, conforme relatou o diretor de hospital entrevistado.

Este problema já havia sido evidenciado pelo autor quando trabalhava em uma AMA. Dos 20 médicos contratados pela unidade onde atuava na Pediatria, apenas 4 possuíam residência médica ou título de especialista na área.

6.2) Análise do impacto das AMAs nas internações por CSABs

A tabela a seguir (tabela 7) mostra o total de internações por condições sensíveis à atenção básica (CSABs) nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) no município de São Paulo nos anos de 2004, 2006 e 2008.

Tabela 7 - Número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), no município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	760	815	225
2. Condições evitáveis	5801	6993	5180
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	5213	6424	4659
4. Anemia	467	493	298
5. Deficiências nutricionais	661	748	663
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	545	733	848
7. Pneumonias bacterianas	19373	23555	26075
8. Asma	7675	7956	5674
9. Doenças das vias aéreas inferiores	5216	5385	6177
10. Hipertensão	6685	8003	6657
11. Angina pectoris	3786	4100	5425
12. Insuficiência cardíaca	9619	9823	10433
13. Doenças cérebro-vasculares	9431	10464	9708
14. Diabetes mellitus	4533	4461	4739
15. Epilepsias	3122	3896	3612
16. Infecção no rim e trato urinário	4907	6213	6653
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	4662	5862	4360
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	1882	2334	1332
19. Úlcera gastrointestinal	4735	4673	3764
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	999	1238	1466
Total	100072	114169	107948

Fonte: CEINFO/SMS

A tabela 8 mostra a variação percentual entre os anos de 2006 e 2004, 2008 e 2006 e a variação de 2004 para 2008 das internações pelas CSABs.

Tabela 8 - Variação percentual do número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), no município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	7,2	-72,4	-70,4
2. Condições evitáveis	20,5	-25,9	-10,7
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	23,2	-27,5	-10,6
4. Anemia	5,6	-39,6	-36,2
5. Deficiências nutricionais	13,2	-11,4	0,3
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	34,5	15,7	55,6
7. Pneumonias bacterianas	21,6	10,7	34,6
8. Asma	3,7	-28,7	-26,1
9. Doenças das vias aéreas inferiores	3,2	14,7	18,4
10. Hipertensão	19,7	-16,8	-0,4
11. Angina pectoris	8,3	32,3	43,3
12. Insuficiência cardíaca	2,1	6,2	8,5
13. Doenças cérebro-vasculares	11,0	-7,2	2,9
14. Diabetes mellitus	-1,6	6,2	4,5
15. Epilepsias	24,8	-7,3	15,7
16. Infecção no rim e trato urinário	26,6	7,1	35,6
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	25,7	-25,6	-6,5
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	24,0	-42,9	-29,2
19. Úlcera gastrointestinal	-1,3	-19,5	-20,5
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	23,9	18,4	46,7
Total	14,1	-5,4	7,9

Fonte: CEINFO/SMS

Podemos observar que, entre os anos de 2006 e 2004 houve um aumento médio de 14,1% no número de internações por CSABs, tendo sido detectada a diminuição de internações apenas para *Diabetes Mellitus* (-1,6%) e Úlcera gastrointestinal (-1,3%). Já na comparação dos anos de 2006 e 2008, houve uma diminuição no total de internações destas doenças (-5,4%), porém ainda com 7 grupos de doenças registrando aumento no número de internações.

As tabelas abaixo (tabelas 9 e 10) mostram as internações de residentes do município de São Paulo.

Tabela 9 - Número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), no município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	696	746	197
2. Condições evitáveis	5382	6570	4782
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	4871	6072	4332
4. Anemia	429	447	267
5. Deficiências nutricionais	592	686	616
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	486	676	784
7. Pneumonias bacterianas	18429	22354	24742
8. Asma	7322	7562	5409
9. Doenças das vias aéreas inferiores	4954	5145	5856
10. Hipertensão	6137	7345	6211
11. Angina pectoris	3178	3465	4254
12. Insuficiência cardíaca	8566	8724	9072
13. Doenças cérebro-vasculares	8460	9481	8780
14. Diabetes mellitus	4182	4070	4289
15. Epilepsias	2860	3554	3199
16. Infecção no rim e trato urinário	4540	5700	6052
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	4299	5460	4079
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	1763	2197	1250
19. Úlcera gastrointestinal	4419	4357	3519
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	962	1201	1426
Total	92527	105812	99116

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 10 - Variação percentual do número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), no município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	7,2	-73,6	-71,7
2. Condições evitáveis	22,1	-27,2	-11,1
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	24,7	-28,7	-11,1
4. Anemia	4,2	-40,3	-37,8
5. Deficiências nutricionais	15,9	-10,2	4,1
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	39,1	16,0	61,3
7. Pneumonias bacterianas	21,3	10,7	34,3
8. Asma	3,3	-28,5	-26,1
9. Doenças das vias aéreas inferiores	3,9	13,8	18,2
10. Hipertensão	19,7	-15,4	1,2
11. Angina pectoris	9,0	22,8	33,9
12. Insuficiência cardíaca	1,8	4,0	5,9
13. Doenças cérebro-vasculares	12,1	-7,4	3,8
14. Diabetes mellitus	-2,7	5,4	2,6
15. Epilepsias	24,3	-10,0	11,9
16. Infecção no rim e trato urinário	25,6	6,2	33,3
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	27,0	-25,3	-5,1
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	24,6	-43,1	-29,1
19. Úlcera gastrointestinal	-1,4	-19,2	-20,4
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	24,8	18,7	48,2
Total	14,4	-6,3	7,1

Fonte: CEINFO/SMS

Podemos observar que a diferença entre as taxas referentes às internações totais e as internações dos munícipes de São Paulo é menor que 1% em todos os anos. Em ambos os casos, houve aumento nas internações por CSABs de 2004 para 2006 e diminuição de 2006 para 2008.

Uma explicação para o aumento no número de internações seria a entrada das AMAs na rede de atenção à saúde do município. Embora este achado vá de encontro ao que é proposto para estas unidades, é possível que, em um primeiro momento, com o início de seu funcionamento em 2005, as AMAs tenham passado a captar mais pessoas com dificuldade de acesso aos equipamentos de saúde (demanda reprimida).

Na tabela 11 vemos que o percentual de munícipes internados nos hospitais conveniados ao SUS no município de São Paulo permaneceu acima de 90% em todos os anos estudados. Em consonância com a observação anterior, isso mostra que as internações de habitantes de outros municípios exercem pouca influência sobre as observações das internações como um

todo. Especial atenção merece a observação das internações no grupo de Angina Pectoris, para o qual a internação de munícipes fica em torno de 80%, abaixo da maioria dos demais grupos, que fica em torno de 90%.

Tabela 11 - Percentual de internações dos munícipes de São Paulo por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	91,6	91,5	87,6
2. Condições evitáveis	92,8	94,0	92,3
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	93,4	94,5	93,0
4. Anemia	91,9	90,7	89,6
5. Deficiências nutricionais	89,6	91,7	92,9
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	89,2	92,2	92,5
7. Pneumonias bacterianas	95,1	94,9	94,9
8. Asma	95,4	95,0	95,3
9. Doenças das vias aéreas inferiores	95,0	95,5	94,8
10. Hipertensão	91,8	91,8	93,3
11. Angina pectoris	83,9	84,5	78,4
12. Insuficiência cardíaca	89,1	88,8	87,0
13. Doenças cérebro-vasculares	89,7	90,6	90,4
14. Diabetes mellitus	92,3	91,2	90,5
15. Epilepsias	91,6	91,2	88,6
16. Infecção no rim e trato urinário	92,5	91,7	91,0
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	92,2	93,1	93,6
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	93,7	94,1	93,8
19. Úlcera gastrointestinal	93,3	93,2	93,5
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	96,3	97,0	97,3
Total	92,5	92,7	91,8

Fonte: CEINFO/SMS

Esta tabela mostra que as internações de pessoas provenientes de outros municípios, em tese não submetidas aos cuidados da atenção básica de São Paulo (e portanto não usuários das AMAs), pouco interferiram no impacto causado por estas unidades nas internações por CSABs, quando observamos o município como um todo.

As análises a seguir mostram como foi a dinâmica de internações por CSABs nas 5 regiões de São Paulo, fazendo um paralelo com o crescimento do número de AMAs e da quantidade de atendimentos realizados por estas unidades por região.

Região Sul

A região Sul foi a primeira a receber AMAs no município, ainda no ano de 2005. Neste ano, o número de atendimentos registrados foi de 88.890. Houve um aumento progressivo nos anos subsequentes, com 373.153 atendimentos em 2006, 957.494 em 2007 e 1.524.075 em 2008, o que correspondeu a um aumento de 320%, 154% e 61% respectivamente. O número de unidades aumentou de 8 para 26 entre 2005 e 2008 (225%).

Os dados referentes ao número de internações totais por CSABs nos hospitais da região Sul revela que houve diminuição no primeiro período observado (- 29,9% de 2004 para 2006) e uma posterior estabilização no período seguinte (-0,7% de 2006 para 2008), conforme observamos nas tabelas abaixo (tabelas 12 e 13).

Tabela 12 - Número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Sul do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	119	124	15
2. Condições evitáveis	1506	1384	919
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	1436	1328	874
4. Anemia	75	83	42
5. Deficiências nutricionais	116	72	107
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	109	127	123
7. Pneumonias bacterianas	5264	3919	5138
8. Asma	2249	1405	1172
9. Doenças das vias aéreas inferiores	1050	611	762
10. Hipertensão	1194	924	630
11. Angina pectoris	680	222	202
12. Insuficiência cardíaca	1849	903	878
13. Doenças cérebro-vasculares	1415	859	925
14. Diabetes mellitus	834	432	527
15. Epilepsias	583	441	484
16. Infecção no rim e trato urinário	974	821	933
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1008	687	435
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	316	201	187
19. Úlcera gastrointestinal	825	491	539
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	303	332	365
Total	21905	15366	15257

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 13 - Variação percentual do número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Sul do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	4,2	-87,9	-87,4
2. Condições evitáveis	-8,1	-33,6	-39,0
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	-7,5	-34,2	-39,1
4. Anemia	10,7	-49,4	-44,0
5. Deficiências nutricionais	-37,9	48,6	-7,8
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	16,5	-3,1	12,8
7. Pneumonias bacterianas	-25,6	31,1	-2,4
8. Asma	-37,5	-16,6	-47,9
9. Doenças das vias aéreas inferiores	-41,8	24,7	-27,4
10. Hipertensão	-22,6	-31,8	-47,2
11. Angina pectoris	-67,4	-9,0	-70,3
12. Insuficiência cardíaca	-51,2	-2,8	-52,5
13. Doenças cérebro-vasculares	-39,3	7,7	-34,6
14. Diabetes mellitus	-48,2	22,0	-36,8
15. Epilepsias	-24,4	9,8	-17,0
16. Infecção no rim e trato urinário	-15,7	13,6	-4,2
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	-31,8	-36,7	-56,8
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	-36,4	-7,0	-40,8
19. Úlcera gastrointestinal	-40,5	9,8	-34,7
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	9,6	9,9	20,5
Total	-29,9	-0,7	-30,3

Fonte: CEINFO/SMS

Considerando que as AMAs foram a principal intervenção na atenção básica desta região no período, podemos concluir que, para as internações por CSABs, elas promoveram um impacto que referenda o proposto pela SMS, ou seja, ajudaram a diminuir o número de internações por estas condições nos hospitais conveniados ao SUS.

Na análise dos residentes do município, repete-se o que foi observado anteriormente, com queda inicial de 28,3% nas internações por CSABs de 2004 para 2006 e 1% de 2006 para 2008 (ver tabelas 14 e 15).

Neste caso, a diminuição no número de internações foi observada já no primeiro período (2004 para 2006), diferentemente das demais regiões do município. Uma explicação possível para isto seria o fato desta região ser a primeira contemplada com AMAs, no ano de 2005. O fenômeno de aumento inicial no número de internações observado para o município como um todo provavelmente ocorreu nesse ano e não foi identificado nos dados obtidos com esta pesquisa.

Tabela 14 - Número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Sul do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	114	124	15
2. Condições evitáveis	1471	1362	898
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	1404	1306	854
4. Anemia	75	83	42
5. Deficiências nutricionais	112	71	106
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	107	127	119
7. Pneumonias bacterianas	5150	3887	5089
8. Asma	2222	1399	1165
9. Doenças das vias aéreas inferiores	1033	603	755
10. Hipertensão	1171	907	625
11. Angina pectoris	600	222	201
12. Insuficiência cardíaca	1720	898	870
13. Doenças cérebro-vasculares	1338	851	908
14. Diabetes mellitus	821	430	514
15. Epilepsias	570	434	477
16. Infecção no rim e trato urinário	942	818	914
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	964	683	426
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	308	200	183
19. Úlcera gastrointestinal	795	480	535
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	300	328	361
Total	21217	15213	15057

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 15 - Variação percentual do número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), da região Sul do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	8,8	-87,9	-86,8
2. Condições evitáveis	-7,4	-34,1	-39,0
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	-7,0	-34,6	-39,2
4. Anemia	10,7	-49,4	-44,0
5. Deficiências nutricionais	-36,6	49,3	-5,4
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	18,7	-6,3	11,2
7. Pneumonias bacterianas	-24,5	30,9	-1,2
8. Asma	-37,0	-16,7	-47,6
9. Doenças das vias aéreas inferiores	-41,6	25,2	-26,9
10. Hipertensão	-22,5	-31,1	-46,6
11. Angina pectoris	-63,0	-9,5	-66,5
12. Insuficiência cardíaca	-47,8	-3,1	-49,4
13. Doenças cérebro-vasculares	-36,4	6,7	-32,1
14. Diabetes mellitus	-47,6	19,5	-37,4
15. Epilepsias	-23,9	9,9	-16,3
16. Infecção no rim e trato urinário	-13,2	11,7	-3,0
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	-29,1	-37,6	-55,8
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	-35,1	-8,5	-40,6
19. Úlcera gastrointestinal	-39,6	11,5	-32,7
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	9,3	10,1	20,3
Total	-28,3	-1,0	-29,0

Fonte: CEINFO/SMS

O percentual de internações de residentes do município na região Sul de São Paulo é alto (acima de 95%) em todos os anos observados, conforme mostra a tabela 16 abaixo.

Tabela 16 - Percentual de internações dos munícipes de São Paulo por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) da região Sul, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	95,8	100,0	100,0
2. Condições evitáveis	97,7	98,4	97,7
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	97,8	98,3	97,7
4. Anemia	100,0	100,0	100,0
5. Deficiências nutricionais	96,6	98,6	99,1
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	98,2	100,0	96,7
7. Pneumonias bacterianas	97,8	99,2	99,0
8. Asma	98,8	99,6	99,4
9. Doenças das vias aéreas inferiores	98,4	98,7	99,1
10. Hipertensão	98,1	98,2	99,2
11. Angina pectoris	88,2	100,0	99,5
12. Insuficiência cardíaca	93,0	99,4	99,1
13. Doenças cérebro-vasculares	94,6	99,1	98,2
14. Diabetes mellitus	98,4	99,5	97,5
15. Epilepsias	97,8	98,4	98,6
16. Infecção no rim e trato urinário	96,7	99,6	98,0
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	95,6	99,4	97,9
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	97,5	99,5	97,9
19. Úlcera gastrointestinal	96,4	97,8	99,3
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	99,0	98,8	98,9
Total	96,9	99,0	98,7

Fonte: CEINFO/SMS

Os resultados mostrados nesta tabela evidenciam que internações de pessoas provenientes de outros municípios praticamente não interferiram na análise do impacto das AMAs nas internações por CSABs nesta região, uma vez que quase a totalidade das pessoas internadas foi de moradores deste município.

Região Centro-Oeste

As primeiras AMAs da região Centro-Oeste entraram em funcionamento a partir de 2007. Entre este e o ano de 2008 o número de pessoas atendidas por estas unidades aumentou 1260%, passando de 19.856 atendimentos em 2007 para 270.013 em 2008. O número de unidades aumentou de 1 para 8 no mesmo período. Ou seja, o atendimento aumentou proporcionalmente mais que as unidades.

Nos hospitais desta região, como podemos observar nas tabelas abaixo (tabelas 17 e 18), a variação no número de internações de CSABs ao longo dos anos foi um aumento no primeiro período analisado (5,8% de 2004 para 2006) com posterior diminuição (- 5,2% de 2006 para 2008).

Tabela 17 - Número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Centro-Oeste do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	198	222	92
2. Condições evitáveis	1264	1484	1205
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	1052	1232	933
4. Anemia	160	154	115
5. Deficiências nutricionais	194	182	140
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	164	182	249
7. Pneumonias bacterianas	4303	4716	4757
8. Asma	1778	1710	1059
9. Doenças das vias aéreas inferiores	1310	1397	1586
10. Hipertensão	2555	2723	2249
11. Angina pectoris	1715	1722	2356
12. Insuficiência cardíaca	2781	2693	3100
13. Doenças cérebro-vasculares	3759	4191	3845
14. Diabetes mellitus	1165	959	1014
15. Epilepsias	755	879	992
16. Infecção no rim e trato urinário	1218	1412	1587
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1477	1634	1028
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	368	418	283
19. Úlcera gastrointestinal	1157	1090	949
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	236	215	159
Total	27609	29215	27698

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 18 - Variação percentual do número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Centro-Oeste do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	12,1	-58,6	-53,5
2. Condições evitáveis	17,4	-18,8	-4,7
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	17,1	-24,3	-11,3
4. Anemia	-3,8	-25,3	-28,1
5. Deficiências nutricionais	-6,2	-23,1	-27,8
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	11,0	36,8	51,8
7. Pneumonias bacterianas	9,6	0,9	10,6
8. Asma	-3,8	-38,1	-40,4
9. Doenças das vias aéreas inferiores	6,6	13,5	21,1
10. Hipertensão	6,6	-17,4	-12,0
11. Angina pectoris	0,4	36,8	37,4
12. Insuficiência cardíaca	-3,2	15,1	11,5
13. Doenças cérebro-vasculares	11,5	-8,3	2,3
14. Diabetes mellitus	-17,7	5,7	-13,0
15. Epilepsias	16,4	12,9	31,4
16. Infecção no rim e trato urinário	15,9	12,4	30,3
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	10,6	-37,1	-30,4
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	13,6	-32,3	-23,1
19. Úlcera gastrointestinal	-5,8	-12,9	-18,0
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	-8,9	-26,0	-32,6
Total	5,8	-5,2	0,3

Fonte: CEINFO/SMS

Quando observadas apenas as internações de residentes deste município, as alterações são pequenas se comparadas aos dados obtidos com a observação das internações totais, com aumento de 5,2% de 2004 para 2006 e queda posterior de 6,9% de 2006 para 2008, conforme observamos nas tabelas 19 e 20 abaixo. Tal fato evidencia que, embora esta seja a região que proporcionalmente internou mais pacientes de outros municípios, este fato não chegou a influenciar a dinâmica de internações por CSABs nos hospitais.

Tabela 19 - Número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Centro-Oeste do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	154	176	68
2. Condições evitáveis	997	1212	921
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	840	1016	713
4. Anemia	129	118	90
5. Deficiências nutricionais	150	138	109
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	123	138	202
7. Pneumonias bacterianas	3706	3998	3955
8. Asma	1535	1484	912
9. Doenças das vias aéreas inferiores	1138	1227	1359
10. Hipertensão	2085	2210	1914
11. Angina pectoris	1340	1331	1747
12. Insuficiência cardíaca	2126	1937	2198
13. Doenças cérebro-vasculares	3134	3606	3279
14. Diabetes mellitus	923	710	746
15. Epilepsias	587	653	737
16. Infecção no rim e trato urinário	966	1113	1209
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1229	1355	856
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	283	314	228
19. Úlcera gastrointestinal	976	895	794
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	219	196	145
Total	22640	23827	22182

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 20 - Variação percentual do número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) da região Centro-Oeste do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	14,3	-61,4	-55,8
2. Condições evitáveis	21,6	-24,0	-7,6
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	21,0	-29,8	-15,1
4. Anemia	-8,5	-23,7	-30,2
5. Deficiências nutricionais	-8,0	-21,0	-27,3
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	12,2	46,4	64,2
7. Pneumonias bacterianas	7,9	-1,1	6,7
8. Asma	-3,3	-38,5	-40,6
9. Doenças das vias aéreas inferiores	7,8	10,8	19,4
10. Hipertensão	6,0	-13,4	-8,2
11. Angina pectoris	-0,7	31,3	30,4
12. Insuficiência cardíaca	-8,9	13,5	3,4
13. Doenças cérebro-vasculares	15,1	-9,1	4,6
14. Diabetes mellitus	-23,1	5,1	-19,2
15. Epilepsias	11,2	12,9	25,6
16. Infecção no rim e trato urinário	15,2	8,6	25,2
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	10,3	-36,8	-30,3
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	11,0	-27,4	-19,4
19. Úlcera gastrointestinal	-8,3	-11,3	-18,6
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	-10,5	-26,0	-33,8
Total	5,2	-6,9	-2,0

Fonte: CEINFO/SMS

Quanto ao impacto provocado pelas AMAs nas internações por CSABs nessa região, o que observamos foi uma diminuição no período posterior à implantação das primeiras unidades (6,9%), provavelmente como consequência do início de seu funcionamento. O aumento registrado entre os anos de 2004 e 2006 pode ser uma consequência do aumento de AMAs nas outras regiões do município, uma vez que a região Centro-Oeste é a que concentra a maior quantidade de hospitais de grande porte e universitários, capazes de atender os casos mais complexos e que, pela Portaria 245/07 da SMS, são Referência Terciária/Universitária para a maioria das unidades de saúde das outras regiões.

Na observação do percentual de internações por residentes nos hospitais da região Centro-Oeste, observamos que os munícipes de São Paulo foram responsáveis por cerca de 80% das internações pelas CSABs nos anos estudados (ver tabela 21).

Este fato pode ser explicado pelo fato dos hospitais desta região serem referência não só para as unidades de saúde deste município, mas também para outros municípios.

Tabela 21 - Percentual de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) da região Centro-Oeste do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	77,8	79,3	73,9
2. Condições evitáveis	78,9	81,7	76,4
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	79,8	82,5	76,4
4. Anemia	80,6	76,6	78,3
5. Deficiências nutricionais	77,3	75,8	77,9
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	75,0	75,8	81,1
7. Pneumonias bacterianas	86,1	84,8	83,1
8. Asma	86,3	86,8	86,1
9. Doenças das vias aéreas inferiores	86,9	87,8	85,7
10. Hipertensão	81,6	81,2	85,1
11. Angina pectoris	78,1	77,3	74,2
12. Insuficiência cardíaca	76,4	71,9	70,9
13. Doenças cérebro-vasculares	83,4	86,0	85,3
14. Diabetes mellitus	79,2	74,0	73,6
15. Epilepsias	77,7	74,3	74,3
16. Infecção no rim e trato urinário	79,3	78,8	76,2
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	83,2	82,9	83,3
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	76,9	75,1	80,6
19. Úlcera gastrointestinal	84,4	82,1	83,7
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	92,8	91,2	91,2
Total	82,0	81,6	80,1

Fonte: CEINFO/SMS

Região Leste

A região Leste começou a receber AMAs a partir de 2006. Nesse ano, foram atendidas 475.789 pessoas, passando em 2007 para 1.196.910 e posteriormente para 2.046.905 no ano de 2008, o que correspondeu a um aumento de 152% de 2006 para 2007 e de 71% de 2007 para 2008. Desde o início das implantações de AMAs no município, esta foi a região que recebeu o maior número de unidades, passando de 11 para 30 ao final de 2008. Tal fato ocorreu pois esta região foi a que apresentou o menor INS de São Paulo, com o maior número de distritos classificados como de alta necessidade em Saúde (12 distritos).

Com relação às internações hospitalares nesta região, repetiu-se o fenômeno anteriormente observado, de aumento no número de internações de CSABs no período de 2004 para 2006 (7%) com posterior queda no período seguinte analisado (-6,1% de 2006 para 2008). As tabelas 22 e 23 mostram estas variações.

Considerando que a região Leste tem o menor INS do município (CEINFO, 2007), era de se esperar que a abertura das AMAs na região fosse seguida do aumento de internações, uma vez que tendo alta necessidade de saúde, havia uma demanda reprimida por estes serviços que passou a ser atendida após o início de seu funcionamento, o que realmente aconteceu.

Tabela 22 - Número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Leste do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	224	175	38
2. Condições evitáveis	1335	1449	1221
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	1298	1406	1192
4. Anemia	79	73	34
5. Deficiências nutricionais	150	159	154
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	102	150	155
7. Pneumonias bacterianas	4846	6060	6773
8. Asma	1606	1615	957
9. Doenças das vias aéreas inferiores	1356	1074	1188
10. Hipertensão	1144	1333	990
11. Angina pectoris	531	710	860
12. Insuficiência cardíaca	2147	1832	1890
13. Doenças cérebro-vasculares	1657	1773	1956
14. Diabetes mellitus	1157	1142	1277
15. Epilepsias	825	850	610
16. Infecção no rim e trato urinário	1263	1305	1356
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1076	1354	1177
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	817	991	410
19. Úlcera gastrointestinal	1338	1084	701
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	243	286	363
Total	23194	24821	23302

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 23 - Variação percentual do número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Leste do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	-21,9	-78,3	-83,0
2. Condições evitáveis	8,5	-15,7	-8,5
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	8,3	-15,2	-8,2
4. Anemia	-7,6	-53,4	-57,0
5. Deficiências nutricionais	6,0	-3,1	2,7
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	47,1	3,3	52,0
7. Pneumonias bacterianas	25,1	11,8	39,8
8. Asma	0,6	-40,7	-40,4
9. Doenças das vias aéreas inferiores	-20,8	10,6	-12,4
10. Hipertensão	16,5	-25,7	-13,5
11. Angina pectoris	33,7	21,1	62,0
12. Insuficiência cardíaca	-14,7	3,2	-12,0
13. Doenças cérebro-vasculares	7,0	10,3	18,0
14. Diabetes mellitus	-1,3	11,8	10,4
15. Epilepsias	3,0	-28,2	-26,1
16. Infecção no rim e trato urinário	3,3	3,9	7,4
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	25,8	-13,1	9,4
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	21,3	-58,6	-49,8
19. Úlcera gastrointestinal	-19,0	-35,3	-47,6
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	17,7	26,9	49,4
Total	7,0	-6,1	0,5

Fonte: CEINFO/SMS

Assim como nas outras regiões, as internações de residentes do município tiveram um comportamento semelhante ao observado para as internações totais, com aumento do número de internações pelas CSABs de 2004 para 2006 (6,5%) e posterior queda de 6,5% no período de 2006 para 2008 (ver tabelas 24 e 25).

Tabela 24 - Número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Leste do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	214	166	36
2. Condições evitáveis	1276	1405	1176
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	1240	1365	1148
4. Anemia	72	67	34
5. Deficiências nutricionais	146	151	150
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	97	147	151
7. Pneumonias bacterianas	4705	5817	6517
8. Asma	1542	1536	919
9. Doenças das vias aéreas inferiores	1323	1054	1156
10. Hipertensão	1117	1295	963
11. Angina pectoris	508	648	779
12. Insuficiência cardíaca	2090	1784	1821
13. Doenças cérebro-vasculares	1621	1707	1886
14. Diabetes mellitus	1118	1083	1205
15. Epilepsias	807	829	591
16. Infecção no rim e trato urinário	1218	1251	1309
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1043	1315	1117
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	805	982	400
19. Úlcera gastrointestinal	1288	1047	680
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	240	279	355
Total	22470	23928	22393

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 25 - Variação percentual do número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) da região Leste do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	-22,4	-78,3	-83,2
2. Condições evitáveis	10,1	-16,3	-7,8
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	10,1	-15,9	-7,4
4. Anemia	-6,9	-49,3	-52,8
5. Deficiências nutricionais	3,4	-0,7	2,7
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	51,5	2,7	55,7
7. Pneumonias bacterianas	23,6	12,0	38,5
8. Asma	-0,4	-40,2	-40,4
9. Doenças das vias aéreas inferiores	-20,3	9,7	-12,6
10. Hipertensão	15,9	-25,6	-13,8
11. Angina pectoris	27,6	20,2	53,3
12. Insuficiência cardíaca	-14,6	2,1	-12,9
13. Doenças cérebro-vasculares	5,3	10,5	16,3
14. Diabetes mellitus	-3,1	11,3	7,8
15. Epilepsias	2,7	-28,7	-26,8
16. Infecção no rim e trato urinário	2,7	4,6	7,5
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	26,1	-15,1	7,1
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	22,0	-59,3	-50,3
19. Úlcera gastrointestinal	-18,7	-35,1	-47,2
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	16,3	27,2	47,9
Total	6,5	-6,4	-0,3

Fonte: CEINFO/SMS

Na tabela 26 podemos observar que na região Leste mais de 95% das internações por CSABs corresponderam a residentes deste município nos 3 anos observados, o que também descarta a influência das internações de pessoas de outros municípios na análise dos dados obtidos.

Tabela 26 - Percentual de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) da região Leste do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	95,5	94,9	94,7
2. Condições evitáveis	95,6	97,0	96,3
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	95,5	97,1	96,3
4. Anemia	91,1	91,8	100,0
5. Deficiências nutricionais	97,3	95,0	97,4
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	95,1	98,0	97,4
7. Pneumonias bacterianas	97,1	96,0	96,2
8. Asma	96,0	95,1	96,0
9. Doenças das vias aéreas inferiores	97,6	98,1	97,3
10. Hipertensão	97,6	97,1	97,3
11. Angina pectoris	95,7	91,3	90,6
12. Insuficiência cardíaca	97,3	97,4	96,3
13. Doenças cérebro-vasculares	97,8	96,3	96,4
14. Diabetes mellitus	96,6	94,8	94,4
15. Epilepsias	97,8	97,5	96,9
16. Infecção no rim e trato urinário	96,4	95,9	96,5
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	96,9	97,1	94,9
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	98,5	99,1	97,6
19. Úlcera gastrointestinal	96,3	96,6	97,0
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	98,8	97,6	97,8
Total	96,9	96,4	96,1

Fonte: CEINFO/SMS

Considerando o número de AMAs implantadas e o número de atendimentos nelas realizados, podemos inferir que seu funcionamento cumpriu o que se esperava destas unidades; ou seja, a diminuição do número de internações por CSABs nesta região.

Região Norte

As AMAs da região Norte começaram a ser inauguradas em 2006. Também nesta região foi registrado um grande aumento no número de atendimentos nos períodos observados. De 2006 para 2007 o número de

atendimentos passou de 201.916 para 704.161 (249%) e no ano de 2008 foram registrados 1.168.523 atendimentos, o que correspondeu a um aumento de 66% em relação a 2007. O número de unidades passou de 4 para 22 ao final de 2008.

Na observação das internações hospitalares por CSABs, houve um grande aumento entre o ano de 2004 e 2006 (56,7%) e queda no período posterior observado (-8,4% de 2006 para 2008), conforme podemos conferir nas tabelas 27 e 28.

Tabela 27 - Número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Norte do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	82	116	40
2. Condições evitáveis	930	1472	901
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	723	1312	806
4. Anemia	113	80	43
5. Deficiências nutricionais	92	144	157
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	92	161	89
7. Pneumonias bacterianas	2538	4353	4908
8. Asma	1088	1615	1092
9. Doenças das vias aéreas inferiores	545	807	967
10. Hipertensão	930	1236	1063
11. Angina pectoris	189	306	268
12. Insuficiência cardíaca	1012	1375	1471
13. Doenças cérebro-vasculares	776	1129	1012
14. Diabetes mellitus	569	702	761
15. Epilepsias	232	506	512
16. Infecção no rim e trato urinário	688	1050	1120
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	474	981	811
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	139	201	145
19. Úlcera gastrointestinal	583	887	655
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	80	180	237
Total	11875	18613	17058

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 28 - Variação percentual do número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Norte do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	41,5	-65,5	-51,2
2. Condições evitáveis	58,3	-38,8	-3,1
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	81,5	-38,6	11,5
4. Anemia	-29,2	-46,3	-61,9
5. Deficiências nutricionais	56,5	9,0	70,7
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	75,0	-44,7	-3,3
7. Pneumonias bacterianas	71,5	12,7	93,4
8. Asma	48,4	-32,4	0,4
9. Doenças das vias aéreas inferiores	48,1	19,8	77,4
10. Hipertensão	32,9	-14,0	14,3
11. Angina pectoris	61,9	-12,4	41,8
12. Insuficiência cardíaca	35,9	7,0	45,4
13. Doenças cérebro-vasculares	45,5	-10,4	30,4
14. Diabetes mellitus	23,4	8,4	33,7
15. Epilepsias	118,1	1,2	120,7
16. Infecção no rim e trato urinário	52,6	6,7	62,8
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	107,0	-17,3	71,1
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	44,6	-27,9	4,3
19. Úlcera gastrointestinal	52,1	-26,2	12,3
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	125,0	31,7	196,3
Total	56,7	-8,4	43,6

Fonte: CEINFO/SMS

Como podemos ver nas tabelas 29 e 30, o resultado encontrado para as variações nas internações por CSABs ao longo dos anos observados praticamente se repete nas internações por residentes do município. Isto é explicado pela baixa quantidade de residentes de outros municípios que foram internados na região Norte, conforme mostra a tabela 31.

Tabela 29 - Número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Norte do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	81	107	40
2. Condições evitáveis	912	1439	876
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	713	1284	784
4. Anemia	113	77	42
5. Deficiências nutricionais	86	141	153
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	90	158	87
7. Pneumonias bacterianas	2522	4240	4769
8. Asma	1081	1559	1049
9. Doenças das vias aéreas inferiores	538	781	936
10. Hipertensão	922	1198	1034
11. Angina pectoris	188	301	262
12. Insuficiência cardíaca	1010	1342	1438
13. Doenças cérebro-vasculares	768	1111	987
14. Diabetes mellitus	564	684	744
15. Epilepsias	228	497	492
16. Infecção no rim e trato urinário	684	1018	1081
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	468	943	796
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	137	193	141
19. Úlcera gastrointestinal	573	860	638
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	78	176	233
Total	11756	18109	16582

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 30 - Variação percentual do número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) da região Norte do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	32,1	-62,6	-50,6
2. Condições evitáveis	57,8	-39,1	-3,9
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	80,1	-38,9	10,0
4. Anemia	-31,9	-45,5	-62,8
5. Deficiências nutricionais	64,0	8,5	77,9
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	75,6	-44,9	-3,3
7. Pneumonias bacterianas	68,1	12,5	89,1
8. Asma	44,2	-32,7	-3,0
9. Doenças das vias aéreas inferiores	45,2	19,8	74,0
10. Hipertensão	29,9	-13,7	12,1
11. Angina pectoris	60,1	-13,0	39,4
12. Insuficiência cardíaca	32,9	7,2	42,4
13. Doenças cérebro-vasculares	44,7	-11,2	28,5
14. Diabetes mellitus	21,3	8,8	31,9
15. Epilepsias	118,0	-1,0	115,8
16. Infecção no rim e trato urinário	48,8	6,2	58,0
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	101,5	-15,6	70,1
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	40,9	-26,9	2,9
19. Úlcera gastrointestinal	50,1	-25,8	11,3
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	125,6	32,4	198,7
Total	54,0	-8,4	41,1

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 31 - Percentual de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) da região Norte do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	98,8	92,2	100,0
2. Condições evitáveis	98,1	97,8	97,2
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	98,6	97,9	97,3
4. Anemia	100,0	96,3	97,7
5. Deficiências nutricionais	93,5	97,9	97,5
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	97,8	98,1	97,8
7. Pneumonias bacterianas	99,4	97,4	97,2
8. Asma	99,4	96,5	96,1
9. Doenças das vias aéreas inferiores	98,7	96,8	96,8
10. Hipertensão	99,1	96,9	97,3
11. Angina pectoris	99,5	98,4	97,8
12. Insuficiência cardíaca	99,8	97,6	97,8
13. Doenças cérebro-vasculares	99,0	98,4	97,5
14. Diabetes mellitus	99,1	97,4	97,8
15. Epilepsias	98,3	98,2	96,1
16. Infecção no rim e trato urinário	99,4	97,0	96,5
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	98,7	96,1	98,2
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	98,6	96,0	97,2
19. Úlcera gastrointestinal	98,3	97,0	97,4
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	97,5	97,8	98,3
Total	99,0	97,3	97,2

Fonte: CEINFO/SMS

Quanto ao impacto das AMAs no número de internações por CSABs nessa região, podemos verificar que houve redução destas após o início de suas atividades (-8,4%). Isso nos leva a acreditar que na região Norte estas unidades conseguiram cumprir o objetivo de diminuir as internações hospitalares de casos menos complexos. O elevado aumento destas internações no período anterior à implantação é algo que merece estudo mais detalhado.

Região Sudeste

A região Sudeste também começou a ser atendida nas AMAs a partir de 2006. Neste ano, 391.035 atendimentos foram registrados, aumentando para 879.222 em 2007 (+ 124,8%) e 1.818.222 em 2008 (+ 109% em relação a 2007). O número de unidades aumentou de 8 para 29 ao final de 2008.

Os hospitais desta região foram os que registraram o maior aumento no número de internações por CSABs do ano de 2004 para 2006 (68,9% nas

internações totais e 71,2% nas internações de residentes do município). No período seguinte (de 2006 para 2008), assim como nas demais regiões, os hospitais da região Sudeste registraram queda no número de internações (-5,8% para as internações totais e -7,4% nas internações de residentes), conforme observa-se nas tabelas 32, 33, 34 e 35 abaixo.

Tabela 32 - Número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Sudeste do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	137	178	40
2. Condições evitáveis	766	1204	934
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	704	1146	854
4. Anemia	40	103	64
5. Deficiências nutricionais	109	191	105
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	78	113	232
7. Pneumonias bacterianas	2422	4507	4499
8. Asma	954	1611	1394
9. Doenças das vias aéreas inferiores	955	1496	1674
10. Hipertensão	862	1787	1725
11. Angina pectoris	671	1140	1739
12. Insuficiência cardíaca	1830	3020	3094
13. Doenças cérebro-vasculares	1824	2512	1970
14. Diabetes mellitus	808	1226	1160
15. Epilepsias	727	1220	1014
16. Infecção no rim e trato urinário	764	1625	1657
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	627	1206	909
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	242	523	307
19. Úlcera gastrointestinal	832	1121	920
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	137	225	342
Total	15489	26154	24633

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 33 - Variação percentual do número de internações por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Sudeste do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	29,9	-77,5	-70,8
2. Condições evitáveis	57,2	-22,4	21,9
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	62,8	-25,5	21,3
4. Anemia	157,5	-37,9	60,0
5. Deficiências nutricionais	75,2	-45,0	-3,7
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	44,9	105,3	197,4
7. Pneumonias bacterianas	86,1	-0,2	85,8
8. Asma	68,9	-13,5	46,1
9. Doenças das vias aéreas inferiores	56,6	11,9	75,3
10. Hipertensão	107,3	-3,5	100,1
11. Angina pectoris	69,9	52,5	159,2
12. Insuficiência cardíaca	65,0	2,5	69,1
13. Doenças cérebro-vasculares	37,7	-21,6	8,0
14. Diabetes mellitus	51,7	-5,4	43,6
15. Epilepsias	67,8	-16,9	39,5
16. Infecção no rim e trato urinário	112,7	2,0	116,9
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	92,3	-24,6	45,0
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	116,1	-41,3	26,9
19. Úlcera gastrointestinal	34,7	-17,9	10,6
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	64,2	52,0	149,6
Total	68,9	-5,8	59,0

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 34 - Número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS), na região Sudeste do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	133	173	38
2. Condições evitáveis	726	1152	911
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	674	1101	833
4. Anemia	40	102	59
5. Deficiências nutricionais	98	185	98
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	69	106	225
7. Pneumonias bacterianas	2346	4412	4412
8. Asma	942	1584	1364
9. Doenças das vias aéreas inferiores	922	1480	1650
10. Hipertensão	842	1735	1675
11. Angina pectoris	542	963	1265
12. Insuficiência cardíaca	1620	2763	2745
13. Doenças cérebro-vasculares	1599	2206	1720
14. Diabetes mellitus	756	1163	1080
15. Epilepsias	668	1141	902
16. Infecção no rim e trato urinário	730	1500	1539
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	595	1164	884
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	230	508	298
19. Úlcera gastrointestinal	787	1075	872
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	125	222	332
Total	14444	24735	22902

Fonte: CEINFO/SMS

Tabela 35 - Variação percentual do número de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) da região Sudeste do município de São Paulo, entre 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	Var 06/04 (%)	Var 08/06 (%)	Var 08/04 (%)
1. Doenças imunizáveis	30,1	-78,0	-71,4
2. Condições evitáveis	58,7	-20,9	25,5
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	63,4	-24,3	23,6
4. Anemia	155,0	-42,2	47,5
5. Deficiências nutricionais	88,8	-47,0	0,0
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	53,6	112,3	226,1
7. Pneumonias bacterianas	88,1	0,0	88,1
8. Asma	68,2	-13,9	44,8
9. Doenças das vias aéreas inferiores	60,5	11,5	79,0
10. Hipertensão	106,1	-3,5	98,9
11. Angina pectoris	77,7	31,4	133,4
12. Insuficiência cardíaca	70,6	-0,7	69,4
13. Doenças cérebro-vasculares	38,0	-22,0	7,6
14. Diabetes mellitus	53,8	-7,1	42,9
15. Epilepsias	70,8	-20,9	35,0
16. Infecção no rim e trato urinário	105,5	2,6	110,8
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	95,6	-24,1	48,6
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	120,9	-41,3	29,6
19. Úlcera gastrointestinal	36,6	-18,9	10,8
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	77,6	49,5	165,6
Total	71,2	-7,4	58,6

Fonte: CEINFO/SMS

Assim como na região Norte, este fenômeno de aumento nas internações por CSABs entre os anos de 2004 e 2006, deve ser melhor analisado, a fim de descobrir suas causas. Ao período posterior (2006 para 2008), podemos atribuir a queda no número de internações pelas doenças observadas à atividade das AMAs, assim como nas demais regiões do município.

O percentual de internações de residentes na região Sudeste ficou acima de 90% nos três anos analisados, o que indica que as variações observadas sofreram pouca influência das internações de pessoas de outros municípios, conforme mostra a tabela 36 abaixo.

Tabela 36 - Percentual de internações de munícipes por CSABs nos hospitais públicos e privados (conveniados ou contratados do SUS) da região Sudeste do município de São Paulo, em 2004, 2006 e 2008 – SMS

Diagn.princ.inter.(CID10-3Dig)	ANO 2004	ANO 2006	ANO 2008
1. Doenças imunizáveis	97,1	97,2	95,0
2. Condições evitáveis	94,8	95,7	97,5
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	95,7	96,1	97,5
4. Anemia	100,0	99,0	92,2
5. Deficiências nutricionais	89,9	96,9	93,3
6. Infecções de ouvido nariz e garganta	88,5	93,8	97,0
7. Pneumonias bacterianas	96,9	97,9	98,1
8. Asma	98,7	98,3	97,8
9. Doenças das vias aéreas inferiores	96,5	98,9	98,6
10. Hipertensão	97,7	97,1	97,1
11. Angina pectoris	80,8	84,5	72,7
12. Insuficiência cardíaca	88,5	91,5	88,7
13. Doenças cérebro-vasculares	87,7	87,8	87,3
14. Diabetes mellitus	93,6	94,9	93,1
15. Epilepsias	91,9	93,5	89,0
16. Infecção no rim e trato urinário	95,5	92,3	92,9
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	94,9	96,5	97,2
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	95,0	97,1	97,1
19. Úlcera gastrointestinal	94,6	95,9	94,8
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	91,2	98,7	97,1
Total	93,3	94,6	93,0

Fonte: CEINFO/SMS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação analisou as AMAs (Assistência Médica Ambulatorial) do município de São Paulo, sobre de que forma estas unidades se relacionam com os demais níveis de atenção e sua relação com o volume de internações por condições sensíveis à atenção básica, desde o início de sua implantação, em 2005, até dezembro de 2008.

Um aspecto a ser abordado é o fato do SIH/SUS, de onde foram colhidas as informações, registrar apenas as internações realizadas no âmbito do Sistema. Alguns pacientes atendidos em unidades públicas podem ter sido eventualmente hospitalizados por CSABs em hospitais particulares e não entraram na contagem aqui realizada. Também vale registrar que a eventual dupla ou tripla contagem de um mesmo paciente, em razão do sistema não identificar reinternações e transferências de outros hospitais, pode ter aumentado o número de casos de CSABs observado.

Além disso, erros de digitação ou de codificação do diagnóstico também se configuram em limitações para este trabalho que devem ser consideradas, uma vez que os dados observados foram todos obtidos de fontes secundárias, sem a possibilidade de correção posterior.

Apesar disso, estudos como este podem ser de grande valia para os gestores envolvidos com a atenção básica, podendo funcionar como balizadores de sua qualidade, contribuindo assim para a avaliação da implantação e implementação das políticas de saúde no Brasil.

No campo da geração do conhecimento, podem contribuir no levantamento de hipóteses para obtenção de respostas a partir da realização de outros estudos de avaliação de serviços, por exemplo, com desenho mais complexo e que possam agregar novos subsídios aos estudos relacionados à área.

Neste estudo, com relação às internações por CSABs, o que observou-se para a maior parte das regiões de São Paulo foi o seu aumento numérico entre os anos de 2004 e 2006 e diminuição entre 2006 e 2008. Embora as AMAs tenham como um de seus objetivos absorver a demanda de baixa e média complexidade, promovendo assim a otimização do atendimento nos prontos-socorros e diminuição da demanda de internações, a abertura de mais de uma centena de unidades nas regiões onde há maior necessidade de Saúde do município pode ter, em um primeiro momento, atendido uma demanda reprimida muito grande. Possivelmente muitas destas pessoas apresentavam doenças já em fase mais avançada, para as quais o atendimento na unidade básica não era suficiente, sendo necessária a hospitalização.

Uma outra provável causa para este fenômeno é o fato de que, no início das suas atividades, as AMAs não estavam com seus processos completamente estabelecidos. Aparentemente, muitas normas e protocolos foram desenvolvidos quando muitas unidades já se encontravam em funcionamento. Isso pode ser evidenciado pelos dois documentos emitidos pela SMS que norteiam as atividades destas unidades. O primeiro, publicado em 2005, estabelece muito menos processos e objetivos e não define o fluxo entre outras unidades de saúde que não hospitais. Já o documento de 2009 estabelece uma série de objetivos e especifica como deve ser o fluxo dos

pacientes pelas unidades de saúde, não apenas os hospitais. Desta forma, é possível que muitos casos que foram plenamente atendidos pelas AMAs em 2008, não eram em 2005, aumentando as hospitalizações.

As entrevistas realizadas foram importantes para se entender de que forma funcionários cujas funções interferem diretamente com o funcionamento das AMAs vêem o papel destas unidades na rede de atenção à saúde de São Paulo, assim como seu próprio papel dentro desta rede. Notamos que os gestores tiveram um discurso mais alinhado com os documentos da SMS, enquanto os médicos têm a impressão de que as AMAs, pelo menos as que eles trabalham, não estão tão integradas aos demais serviços de saúde do município quanto deveriam estar, o que provavelmente diminui a eficácia do sistema.

De todo modo, os resultados do presente trabalho apontam para uma diminuição no quadro de internações por condições sensíveis a atenção básica sugerindo possível relação com a implantação das AMAs no município de São Paulo. Por outro lado, vale registrar que este comportamento não se deu de modo homogêneo em todas as regiões do município.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFRADIQUE, M E e cols. *Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil)*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, Junho 2009
- ARROW K J. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic Review, Vol. 53, No. 5. (Dec., 1963), pp. 941-973
- BAZZOLI, G J et al. - *A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos*. Health Services Research, 33: 1683 -1717, 1999.

- BILLINGS J, et al. *Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City*. Health Aff (Millwood) 1993; 12:162-73.
- CAMINAL H J; CASANOVA M C. *La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. Aten Primaria 2003;31(1);61-5.
- CAMINAL H J et al. *The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions*. Eur J Public Health 2004; 14:246-51.
- CAMPOS, F E; BELISÁRIO, S A. *O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada*. Interface, 5:133-142, 2001.
- CAR-HILL, R.; PLACE, M.; POSNETT, J. - *Access and the utilization of healthcare services*. In: FERGUSON, B., SHELDON, T. & POSNETT, J. - *Concentration and choice in healthcare*. London, The Royal Society of Medicine Press, 1997.
- Constituição Federal, Brasil, 1988
- Declaração de Alma-Ata. OMS, 1978
- Documento Nortedor das AMAs. SMS/SP, 2005
- Documento Nortedor das AMAs. SMS/SP, 2009
- Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. MS, 2003
- DOWLING, W L - *Strategic alliances as a structure for integrate d delivery systems*. In: CONRAD, D A - *Integrated delivery systems*:

creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

- FRANCO, T B; MAGALHÃES Jr, H M. *Integralidade Na Assistência À Saúde: A Organização Das Linhas Do Cuidado* in O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004 - 2ª edição; São Paulo, SP
- HIMES, CL; RUTROUGH, TS. *Differences in the use of health services by metropolitan and nonmetropolitan elderly*. The Journal of Rural Health 10(2):80-88, 1994
- Índice de Necessidades em Saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo – CEINFO/SMS - 3ª edição, junho/2008
- KUKLINSKI JH; KNOKE D. *Network analysis: basic concepts*. In: Thompson G et al., organizadores. Markets, hierarchies and networks. London: Sage Publications; 1991. p. 173-82
- Lei 8080, de 19 de setembro de 1990
- MARQUES, R M & MENDES, A. *Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?*. Ciênc. saúde coletiva. 2003, vol.8, n.2
- MACINKO J. *III Seminário Internacional de Atenção Primária- Saúde da Família*. Disponível em: <http://saude.gov.br>.
- MALTA DC e cols. *Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16:233-44

- MENDES, E V (org.), 1994. *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *O processo de trabalho de saúde*. São Paulo; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/Departamento de Medicina Preventiva, 1988, 31 p.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.), 1997. *Agir em Saúde:Um Desafio para o Público*. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.
- OLIVEIRA, E X G; CARVALHO, M S & TRAVASSOS, C. *Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar*. Cad. Saúde Pública. 2004, vol.20, n.2
- PAIM, J. S., 2001. Saúde da família: *Espaço de reflexão e de contra-hegemonia*. Interface, 5:143-146.
- Portaria nº 221, 17 abril 2008. *Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária*. (MS)
- Portaria nº 1.535 – SMS/SP de 27/09/2006
- Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006
- PUCCINI PT; CECÍLIO LCO. *A humanização dos serviços e o direito à saúde*. Cad Saude Publica. 2004;20(5):1342-53.
- PUCCINI, P T. *As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2008

- REHEM, T.; EGRY, E. *Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo* - Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2009 – Edição ABRASCO
- SANTOS, N R. *Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos*. Ciência e saúde coletiva. 2007, vol.12, n.2
- SAWYER, D O; LEITE, I C & ALEXANDRINO, R. *Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil*. Ciência e saúde coletiva. 2002, vol.7, n.4
- SCHRAIBER, L. (org.), 1990. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO
- SHORTELL, S M et al. - *Remaking health care in America: building organized delivery systems*. San Francisco, Jossey-Bass, 1996
- SILVA Jr., A., 1998. *Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde. O Debate no Campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec
- SILVA, S F (org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS - O Pacto pela Saúde e Redes Regionalizadas de Ações de Serviços*. Ed. IDISA, 2008
- STARFIELD B. *III Seminário Internacional de Atenção Primária- Saúde da Família*. Disponível em: <http://saude.gov.br>.
- TANAKA, O Y; OLIVEIRA, V E. *Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS*. Saude soc., São Paulo, v. 16, n. 1, Apr. 2007
- TEIXEIRA, C F. *Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS*. Cad. Saúde Pública. 2002, vol.18, suppl.

- TODD, W E – *Strategic alliances*. In: TODD, W E & NASH, D (Editors) – Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, WHO, 2000

ANEXO I

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENTREVISTADOS

- Gestor da CEINFO/SMS

- 1- Como são processadas as informações provenientes das AMAs?
- 2- Quais as dificuldades encontradas no processamento dessas informações?
- 3- Uma vez processadas as informações, o senhor tem conhecimento de seu uso no planejamento de ações da SMS no que tange às AMAs?

- Diretor de Hospital referência para as AMAs

- 1- Qual o impacto percebido nas internações hospitalares após a implantação das AMAs?
- 2- Essas informações são disponibilizadas para o senhor?

- Gerente de AMA 24 horas

- 1- O senhor entende a AMA como um serviço ou um modelo de atenção à saúde?
- 2- O que é exigido como pré-requisito para exercer sua função?
- 3- Como se dá o relacionamento com o nível central (SMS) e a entidade parceira?

4- Como funciona o sistema de referência aos hospitais e outras unidades?

5- O senhor percebeu o impacto das AMAs nas internações hospitalares?

6- O senhor conhece o Documento Norteador das AMAs da SMS?

- Médicos

1- O senhor conhece o Documento Norteador das AMAs da SMS?

2- O que o senhor entende como AMA, na prática?

3- O senhor acha que a AMA faz alguma diferença na assistência?

4- Como o senhor percebe a integração das AMAs com outras unidades (hospitais, amb. Especialidades, PSF, posto de saúde...)?

ANEXO II

GRADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA INTER-HOSPITALARES DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 2007

Quadro 1 - Referências Hospitalares para a Região Norte

ESPECIALIDADE	REFERÊNCIAS	REFERÊNCIA TERCIÁRIA/UNIVERSITÁRIA
Bucomaxilo	Complexo Hospitalar Mandaqui Hospital Geral Vila Penteado Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Cirurgia Geral	Complexo Hospitalar do Mandaqui Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha Hospital Geral Vila Penteado Hospital Municipal José Storopoli Hospital Geral de Taipas Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria Hospital São Luiz Gonzaga	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Cirurgia Infantil	Complexo Hospitalar do Mandaqui Hospital Geral de Taipas Hospital Geral Vila Penteado Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Cirurgia Vascular	Complexo Hospitalar do Mandaqui	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Clínica Médica	Complexo Hospitalar Mandaqui Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha Hospital Geral Vila Penteado Hospital Geral de Taipas Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria Hospital Municipal José Storopoli Hospital São Luiz Gonzaga	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Endoscopia	Complexo Hospitalar Mandaqui Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha Hospital Geral Vila Penteado	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Ginecologia	Complexo Hospitalar Mandaqui Hospital Geral Vila Penteado Hospital Geral de Taipas Hospital Municipal José Storopoli Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

	Hospital São Luiz Gonzaga	
Moléstias Infecciosas	Complexo Hospitalar Mandaqui Hospital Geral Vila Penteado Hospital Geral de Taipas Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Neurocirurgia	Complexo Hospitalar Mandaqui	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Neurologia	Complexo Hospitalar Mandaqui	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Oftalmologia	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Ortopedia	Complexo Hospitalar do Mandaqui Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha Hospital Geral Vila Penteado Hospital Geral de Taipas Hospital Municipal José Storopoli Hospital São Luiz Gonzaga Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Otorrinolaringologia	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Pediatria	Complexo Hospitalar Mandaqui Hospital São Luiz Gonzaga Hospital Geral Vila Penteado Hospital Municipal José Storopoli Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha Hospital Geral de Taipas Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Psiquiatria	Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria Complexo Hospitalar do Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	
Queimados	Hospital Geral Vila Penteado	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
UTI Adulto	Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria Hospital Municipal José Storopoli Complexo Hospitalar Mandaqui Hospital Geral de Taipas Hospital Geral Vila Penteado Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha Hospital São Luiz Gonzaga	Complexo Hospitalar Mandaqui Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
UTI Infantil	Hospital Municipal José Storopoli Hospital Geral de Taipas Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha Complexo Hospitalar do	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

	Mandaqui	
--	----------	--

Fonte: Portaria 245/07 (SMS)

Quadro 2 - Referências Hospitalares para a Região Sul

ESPECIALIDADE	REFERÊNCIAS	REFERÊNCIA TERCIÁRIA/UNIVERSITÁRIA
Bucomaxilo	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Hospital Regional Sul Santa Casa de Santo Amaro	Hospital das Clínicas da FMUSP
Cirurgia Geral	Hospital Geral de Pedreira Hospital Regional Sul Santa Casa de Santo Amaro Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Hospital do Grajaú	Hospital das Clínicas da FMUSP
Cirurgia Infantil	Hospital Regional Sul Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Hospital Darcy Vargas	Hospital das Clínicas da FMUSP-ICR
Cirurgia Vascular	Hospital Regional Sul	Hospital das Clínicas da FMUSP
Clínica Médica	Hospital Geral de Pedreira Hospital Regional Sul Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Santa Casa de Santo Amaro Hospital do Grajaú	Hospital das Clínicas da FMUSP
Endoscopia	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Hospital Regional Sul Santa Casa de Santo Amaro Hospital Geral de Pedreira	Hospital das Clínicas da FMUSP
Ginecologia	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Hospital Geral de Pedreira Hospital Regional Sul Santa Casa de Santo Amaro Hospital do Grajaú	Hospital das Clínicas da FMUSP
Moléstias Infecciosas	Hospital Regional Sul Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha	Hospital das Clínicas da FMUSP
Neurocirurgia	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Hospital Regional Sul	Hospital das Clínicas da FMUSP
Neurologia	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Hospital Regional Sul Santa Casa de Santo Amaro Hospital do Grajaú	Hospital das Clínicas da FMUSP
Oftalmologia	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha	Hospital das Clínicas da FMUSP
Ortopedia	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Hospital Geral de Pedreira Hospital Regional Sul Santa Casa de Santo Amaro Hospital do Grajaú	Hospital das Clínicas da FMUSP-IOT

Otorrinolaringologia	Hospital das Clínicas da FMUSP Hospital Darcy Vargas Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha	Hospital das Clínicas da FMUSP
Pediatria	Hospital Regional Sul Hospital Geral de Pedreira Hospital do Grajaú	Hospital das Clínicas da FMUSP-ICR
Psiquiatria	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha PSM Santo Amaro-José Sylvio de Camargo Hospital das Clínicas da FMUSP-IPQ	
Queimados	Hospital das Clínicas da FMUSP	Hospital das Clínicas da FMUSP
UTI Adulto	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Santa Casa de Santo Amaro Hospital Geral de Pedreira Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú	Hospital das Clínicas da FMUSP
UTI Infantil	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha Santa Casa de Santo Amaro Hospital Geral de Pedreira Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú Hospital Infantil Darcy Vargas	Hospital das Clínicas da FMUSP-ICR

Fonte: Portaria 245/07 (SMS)

Quadro 3 - Referências Hospitalares para a Região Leste

ESPECIALIDADE	REFERÊNCIAS	REFERÊNCIA TERCIÁRIA/UNIVERSITÁRIA
Bucomaxilo	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Casa de Saúde Santa Marcelina	Casa de Saúde Santa Marcelina Hospital São Paulo (neste serviço a Cirurgia Plástica é que atende a esta especialidade)
Cirurgia Geral	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula Hospital Municipal Tide Setúbal Hospital SES São Mateus Manoel Bifulco Hospital Pronto Socorro Comunitário Vila Iolanda Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa	Casa de Saúde Santa Marcelina
Cirurgia Infantil	Casa de Saúde Santa Marcelina	
Cirurgia vascular	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Casa de Saúde Santa Marcelina	Casa de Saúde Santa Marcelina
Clínica Médica	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula Hospital Municipal Tide Setúbal	Casa de Saúde Santa

	Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa Hospital SES São Mateus Manoel Bifulco Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista	Marcelina
Endoscopia	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital Municipal Tide Setúbal Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa Hospital Pronto Socorro Comunitário Vila Iolanda Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital São Paulo
Ginecologia	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital Municipal Tide Setúbal Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista	Casa de Saúde Santa Marcelina
Moléstias Infecciosas	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital Municipal Tide Setúbal Hospital SES São Mateus Manoel Bifulco Casa de Saúde Santa marcelina Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa	Casa de Saúde Santa Marcelina
Neurocirurgia	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Casa de Saúde Santa Marcelina	Casa de Saúde Santa Marcelina
Neurologia	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital Municipal Tide Setúbal Casa de Saúde Santa Marcelina	Casa de Saúde Santa Marcelina
Oftalmologia	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Casa de Saúde Santa Marcelina	Casa de Saúde Santa Marcelina
Ortopedia	Hospital Pronto Socorro Comunitário Vila Iolanda Hospital Municipal Tide Setúbal Hospital SES São Mateus Manoel Bifulco Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto	Casa de Saúde Santa Marcelina Hospital São Paulo (TRM e Reimplantes)
Otorrinolaringologia	Hospital São Paulo	Hospital São Paulo
	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital SES São Mateus Manoel Bifulco	

Pediatria	Hospital Pronto Socorro Comunitário Vila Iolanda Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula Hospital Municipal Tide Setúbal Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista	Casa de Saúde Santa Marcelina
Psiquiatria	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula Hospital Municipal Tide Setúbal Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista Casa de Saúde Santa Marcelina	
Queimados	Hospital SES São Mateus Manoel Bifulco	Hospital Municipal Dr. Cármio Caricchio
UTI Adulto	Hospital Municipal Tide Setúbal Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa Hospital SES São Mateus Manoel Bifulco	Casa de Saúde Santa Marcelina
UTI Infantil	Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto Hospital SES São Mateus Manoel Bifulco Casa de Saúde Santa Marcelina	Casa de Saúde Santa Marcelina

Fonte: Portaria 245/07 (SMS)

Quadro 4 - Referências Hospitalares para a Região Centro-Oeste

ESPECIALIDADE	REFERÊNCIAS	REFERÊNCIA TERCIÁRIA/UNIVERSITÁRIA
Bucomaxilo	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital das Clínicas Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Cirurgia Geral	Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mário Degni Hospital Sorocabana Hospital bandeirantes Hospital Universitário da USP	Hospital das Clínicas Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Cirurgia Infantil	Hospital Municipal Infantil Menino Jesus	Hospital das Clínicas da FMUSP-ICR
Cirurgia Vascular	Hospital das Clínicas Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital das Clínicas Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Clínica Médica	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital das Clínicas Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Ginecologia	Hospital Pérola Byington Hospital das Clínicas da FMUSP	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de

		Misericórdia de São Paulo
Moléstias Infecciosas	Hospital das Clínicas da FMUSP Instituto de Infectologia Emílio Ribas	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Neurocirurgia	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital das Clínicas Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Neurologia	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Oftalmologia	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Ortopedia	Hospital Bandeirantes Hospital Sorocabana Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Otorrinolaringologia	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Pediatria	Hospital Municipal Infantil Menino Jesus Hospital Universitário da USP	Hospital das Clínicas da FMUSP-ICR Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Psiquiatria	CAISM – Vila Mariana PSM Lapa – prof. João Catarin Mezomo	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Queimados	Hospital das Clínicas da FMUSP	Hospital das Clínicas da FMUSP
UTI Adulto	Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mário Degni Hospital Universitário da USP	Hospital das Clínicas da FMUSP Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
UTI Infantil	Hospital Municipal Infantil Menino Jesus Hospital Universitário da USP	Hospital das Clínicas da FMUSP-ICR

Fonte: Portaria 245/07 (SMS)

Quadro 5 - Referências Hospitalares para a Região Sudeste

ESPECIALIDADE	REFERÊNCIAS	REFERÊNCIA TERCIÁRIA/UNIVERSITÁRIA
Bucomaxilo	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio	Hospital São Paulo
Cirurgia Geral	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro Hospital Municipal Ignácio Proença	Hospital São Paulo

	de Gouvêa Hospital Heliópolis Hospital Ipiranga Hospital Vila Alpina Hospital Sapopemba	
Cirurgia Infantil	Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Municipal Ignácio Proença de Gouvêa	Hospital São Paulo
Cirurgia Vascular	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Heliópolis Hospital Ipiranga	Hospital São Paulo
Clínica Médica	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro Hospital Municipal Ignácio Proença de Gouvêa Hospital Vila Alpina Hospital Ipiranga Hospital Sapopemba	Hospital São Paulo
Endoscopia	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Heliópolis Hospital Ipiranga	Hospital São Paulo
Ginecologia	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Municipal Ignácio Proença de Gouvêa Hospital Vila Alpina Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro Hospital Ipiranga Hospital Heliópolis	Hospital São Paulo
Moléstias Infecciosas	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Ipiranga Hospital Heliópolis	Hospital São Paulo
Neurocirurgia	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Ipiranga Hospital Heliópolis	Hospital São Paulo
Neurologia	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Heliópolis	Hospital São Paulo

Oftalmologia	Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Monumento	Hospital São Paulo
Ortopedia	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro Hospital Municipal Ignácio Proença de Gouvêa Hospital Heliópolis Hospital Ipiranga Hospital Vila Alpina Hospital Sapopemba Hospital Nossa Senhora do Pari Hospital Monumento	Hospital São Paulo
Otorrinolaringologia	Hospital São Paulo Hospital Monumento	Hospital São Paulo
Pediatria	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Vila Alpina Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro Hospital Municipal Ignácio Proença de Gouvêa Hospital Cândido Fontoura Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Sapopemba	Hospital São Paulo
Psiquiatria	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital São Paulo	
Queimados	Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio	Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital do Servidor Público Estadual
UTI Adulto	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Municipal Ignácio Proença de Gouvêa Hospital Ipiranga Hospital Vila Alpina	Hospital São Paulo
UTI Infantil	Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio Hospital Municipal Ignácio Proença de Gouvêa Hospital Vila Alpina Hospital Infantil Cândido Fontoura	Hospital São Paulo

Fonte: Portaria 245/07 (SMS)

ANEXO III

INSTRUMENTO DE CONTROLE DE PRODUÇÃO DAS AMAs CONDENSADO DIÁRIO DE PRODUÇÃO

Nome da AMA: _____ CRS _____ STS _____

Responsável: _____

Competência Mês/Ano: _____

DIA DO MÊS

Nº Consultas Médicas	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
Pediatria																																
Clínica Médica																																
Clínica Cirúrgica																																
Ginecologia																																

Nº Proc. Cirúrgicos																																
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº Procedimentos																																
Instalação																																
Curetevo																																
Sutura																																
Medicação VO																																
Medicação EV																																
Medicação IM																																
Nº Pac. Observação																																

Adulto																																
Infantil																																
Nº Exames																																

TOX																																
ECG																																
Laboratório - Sangue																																
Laboratório - Urina																																
Nº Transferências Hosp.																																

Nº Encaminhamentos UBS																																
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº Utilização de RT*																																
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*RT = Reserva Técnica																																
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--