

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

**A REPERCUSSÃO DAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL
(AMA) NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SOBRE A DEMANDA NA REDE DE
ATENÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Adriana Vieira da Silva Pissinato

Orientadora: Profa. Dra. Lara Jansiski Motta

SÃO PAULO

2014

Pissinato, Adriana Vieira da Silva.

A repercussão das unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) no município de São Paulo sobre a demanda na rede de atenção em saúde pública. / Adriana Vieira da Silva Pissinato. 2014.

107 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2014.

Orientador (a): Profa. Dra. Lara Jansiski Motta.

1. Gestão em saúde. 2. Administração de serviços de saúde. 3. Saúde pública. 4. Necessidades e demandas de serviços de saúde.

I. Motta, Lara Jansiski. II. Título

CDU 658:616

Adriana Vieira da Silva Pissinato

**A REPERCUSSÃO DAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL
(AMA) NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SOBRE A DEMANDA NA REDE DE
ATENÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito para obtenção parcial do grau de **Mestre em Administração**.

Orientadora: Profa. Dra. Lara Jansiski Motta

São Paulo

2014

“As contradições existem no processo de desenvolvimento de todos os fenômenos e penetram o processo de desenvolvimento de cada fenômeno, do começo ao fim. [...] Sem um conhecimento do que há de universal nas contradições, é impossível descobrir as causas gerais ou as bases gerais do movimento, do desenvolvimento dos fenômenos. Mas se não se estuda o que há de particular nas contradições, é impossível determinar essa essência específica que distingue um fenômeno dos outros, impossível descobrir as causas específicas ou as bases específicas do movimento, do desenvolvimento dos fenômenos e, em consequência, impossível distinguir os fenômenos e delimitar os domínios da investigação”

*Mao Tsé-tung
1(1937, p. 51 e 53).*

À Minha Família...

Meus pais, por me trilharem no caminho da vida

Meu marido, pelo amor, companheirismo e dedicação

Meus filhos, pelo sorriso e inocência

AGRADECIMENTOS

A professora e orientadora Lara Jansiski Motta pela orientação dialógica e segura e pelos desafios propostos no processo de acompanhamento deste mestrado. Pela parceria, sinceridade, paciência e amizade...

Ao Prof Dr César Biancolino, pela oportunidade e sabedoria transmitidas durante o mestrado. Levarei por todo o sempre!

Aos professores, membros da banca de qualificação, Sônia Monken e Renato Ferraz pelas críticas e valiosas contribuições na dissertação, avaliadas nessa fase...

A todos os professores pelos ensinamentos e troca de experiências de vida em sala de aula que tanto auxiliaram no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao Marcelo Mendes Pinto meu parceiro de trabalho, pelo auxílio e força. Ao meu parceiro de vida, pela paciência de todas as horas, carinho, colaboração....simplesmente por tudo!

Aos meus filhos Guilherme e Manuela, obrigada pelos momentos de carinho, cobrança, alegria, tristeza, risadas, paciência, choro, compreensão e principalmente por me ensinarem a maior profissão de todas: ser mãe.

A minha mãe Marly e irmã Ana Paula, parceiras, me ajudando sempre com meus filhos nas minhas ausências, para que o mestrado fosse possível. O meu muitíssimo obrigada!

A minha família pelo apoio e alegrias, principalmente meu pai Salvio, Fátima, Nilda, meus cunhados Adriana, Paula, Gardel e Alexandre, e meus sobrinhos Lucas, Artur, Gustavo e Alice.

Aos meus companheiros de sala de aula, em especial Marília, Cristiano, Sérgio, Taíssa, Camile, Sabrina pela troca de experiências, risadas e pelos valiosos lanchinhos...

Ao Antonio Seoane pela parceria, contribuições e pela compreensão sobre minhas ausências.

A Mariana Tegani pela solicitude, prestatividade e apoio na coleta de dados, sem você seria impossível o cumprimento dos prazos.

A Tia Maria e Magna pela incansável paciência de todos os dias...

Ao Bruno e Grazi pela parceria nos momentos finais...

Ao pessoal da administração, sempre solícitos.

Aos meus colegas de trabalho pela parceria, mesmo sem perceber que estavam me auxiliando nesse processo.

A todos que indiretamente contribuíram para que tudo fosse possível.

À Deus

RESUMO

A AMA (Assistência Médica Ambulatorial) foi a estratégia criada pelo município de São Paulo para ampliar o acesso dos pacientes que necessitam de atendimento imediato. Em sua trajetória, de 2005 a 2013, a rotina da AMA é alvo de discussões que deixam sua proposta de trabalho questionável, o que leva a necessidade de estudo e compreensão sobre seu impacto na demanda e rede de atenção. O objetivo principal dessa pesquisa foi o de realizar uma análise da distribuição da demanda dos atendimentos médicos realizados na AMA, UBS e PS no município de São Paulo, em especial na Supervisão Técnica de Saúde Freguesia do Ó e Brasilândia (STS Fó/Bras). Por meio da pesquisa descritiva exploratória e utilizando os dados do SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), fichas de atendimento e, relatórios de serviços e frequência, foi possível analisar o perfil dos pacientes que utilizam a AMA e como estes estão inseridos em relação ao acompanhamento pela rede de assistência. Observou-se que de 2002 a 2013 houve redução de 30% dos atendimentos realizados pela UBS (unidade básica de saúde), aumento e posterior estabilização do número de atendimentos médicos prestados pela AMA e, redução inicial (2005) e posterior aumento (após 2011) no número de atendimentos em PS (pronto-socorro). O mesmo foi observado na STS Fó/Bras. Também foram analisadas 156 fichas de atendimento, onde pôde-se notar que 91,7% dos pacientes que foram atendidos na AMA correspondem aos objetivos deste equipamento. Porém, 81,4% destes pacientes necessitam de acompanhamento externo, sendo que 22% não estão acompanhados por nenhum estabelecimento de saúde. Tecendo uma análise frente a portaria 1101/MS de 2011, 85% dos pacientes tiveram acesso a mais de 2 consultas/ano na AMA e 71,2% dos pacientes a 1 consulta/ano na UBS, caracterizando maior utilização da AMA em relação a UBS. Concluiu-se que a AMA aumentou a oferta de consultas no município de São Paulo e favoreceu o acesso do paciente ao sistema. Porém, a deficiente articulação da rede de atenção, associada a falta de conhecimento da população sobre qual equipamento utilizar, pode comprometer significativamente a promoção e acompanhamento de saúde. O estudo subsidiou a análise do sistema de saúde do município de São Paulo, antes e após a inclusão das AMAs na rede de atenção e fomenta para que novos estudos sejam realizados sobre o tema.

Palavras-chave: gestão em saúde; administração de serviços de saúde; saúde pública; necessidades e demandas de serviços de saúde.

ABSTRACT

Medical Assistance Ambulatory (AMA) was the strategy created by the city of São Paulo to fix the problem from the spontaneous demand coming from basic health units (UBS) and emergency rooms (PS). AMA routine from 2005 to 2013 has been the target of discussions that leave its work proposal questionable, which leads to the need of study and understanding of its impact on demand and Health Care net. The aim of this research was to conduct an analysis of the distribution of demand for medical care provided in the AMA, UBS and PS in São Paulo; especially in Freguesia do Ó and Brasilândia Regional Administration of Health. This exploratory and descriptive study using the data from SIA – Datasus, medical records and medical reports about the distribution of demand through the number of medical consultations of AMA Services to analyze the profile of patients using the AMA and how they are inserted in the Health Care net. It was observed that from 2002 to 2013 there was a reduction of 30% of visits made by UBS (Basic Health Unit), increase and subsequent stabilization of medical care provided by the AMA and initial reduction (2005) and subsequent increase (2011) in the number of assistance in PS (emergency room). This was also observed in the STS Freguesia do Ó / Brasilândia. Were analyzed 156 medical records, it was notice that 91.7% of patients were treated at the AMA conform the objectives of this device. However, 81.4% of these patients require medical monitoring, and 22% are not accompanied. Considering the ordinance 1101 / MS 2011, 85% of patients had access to more than 2 visits / year in AMA and 71.2% of patients at 1 medical consultation / year at UBS. It was concluded that the AMA increased the supply of consultations in São Paulo and favored the patient's access to the health system. However, the poor articulation of health care net associated with lack of knowledge of the patients about the health devices affects the promotion and health monitoring. This study subsidized the analysis of health system in São Paulo city before and after Ama inclusion in the Health Care net and encourage new studies to be conducted on this topic.

Key words: Health Management; Health Services Administration, Public Health; Health Services Needs and Demand.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	11
LISTA DAS FIGURAS.....	12
LISTA DE TABELAS.....	13
1 INTRODUÇÃO.	14
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	18
1.1.1 Questão de Pesquisa	22
1.2 OBJETIVOS	23
1.2.1 Geral	23
1.2.2 Específicos	23
1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	23
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA.....	27
2.1.1 Considerações em Saúde Pública.....	27
2.1.2 O panorama mundial em gestão de saúde pública.....	30
2.1.3 Sistema Único de Saúde.....	32
2.1.3.1 Contribuição mundial para o sistema de saúde brasileiro.....	32
2.1.3.2 História do SUS e considerações sobre a organização do sistema na atualidade.....	33
2.1.3.3 Princípios do SUS.....	38
2.1.3.4 Organização dos Níveis de Atenção em saúde.....	39
2.1.4 Planejamento em Saúde.....	42
2.1.4.1 Conceitos e Características.....	42
2.1.4.2 Panorama do Planejamento em saúde.....	43

2.2	AMA.....	44
2.2.1	Objetivo das AMAs.....	49
2.2.2	Atendimento.....	49
2.2.3	Protocolo prioritário de referência da AMA para UBS.....	50
2.2.4	Protocolo de encaminhamento segundo as áreas técnicas.....	51
2.1.4.1	Saúde da Mulher.....	51
2.1.4.2	Saúde da Criança e Adolescente.....	51
2.1.4.3	Saúde do Idoso.....	52
2.1.4.4	Saúde do Adulto.....	52
2.3	GESTÃO EM REDE.....	54
2.3.1	Conceitos e Características do modelo de Atenção à Saúde do SUS: as condições agudas e crônicas.....	54
2.3.2	A organização da rede de atenção no Brasil.....	57
2.3.3	Elementos Constitutivos das Redes.....	58
2.3.3.1	A população.....	59
2.3.3.2	A estrutura operacional.....	59
2.3.3.3	O modelo de atenção à saúde.....	60
2.4	GESTÃO DA DEMANDA EM SAÚDE PÚBLICA.....	62
2.4.1	Conceito, Características e Considerações.....	62
3	MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA	70
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	73
3.2	CONSTRUINDO O CONSTRUCTO	75
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	78
3.3.1	Banco de Dados.....	79
3.3.2	Fichas de Atendimento.....	80

3.3.3 Relatório Analítico.....	81
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	83
5 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	98
6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	99
REFERÊNCIAS	101

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
AE	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES
AMA	ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL
AMAE	ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL ESPECIALIDADES
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
CNS	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICO SOCIAL
CRS	COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
DATASUS	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS
FÓ	FREGUESIA DO Ó
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
INAMPS	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PS	PRONTO SOCORRO
RAS	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
RHC	REDE HORA CERTA
SIA	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SP	SÃO PAULO
SPSS	STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES
STS	SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-	Relação dos níveis de organização do sistema público e sua relação de responsabilidades e controle. Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Amaral & Campos (2012).....	28
FIGURA 2-	Fatores de interferência sobre o modelo assistencial. Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Amaral e Campos (2012).....	36
FIGURA 3-	Relação entre o número de equipamentos de saúde e população atendida. Fonte: Elaborado pelo autor e baseado em Costa et al., 2008.....	42
FIGURA 4-	A relação da configuração em redes de atenção e os seus elementos constitutivos. Fonte: Elaborado pelo Autor e baseado em Mendes (2010).....	61
FIGURA 5-	Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde. Fonte: Adaptado de Jesus (2006); Jesus e Assis (2010), Giovanella e Fleury (2006).....	67
FIGURA 6-	Fluxo de atividades do projeto de pesquisa. Fonte: Elaborado pelo autor.....	72
FIGURA 7	Polarização teórica do estudo da demanda em relação aos equipamentos de saúde pública. Fonte: Elaborado pelo autor.....	73
FIGURA 8	Referencial teórico e aspectos relevantes para o pilar: gestão em saúde pública. Fonte: Elaborado pelo autor.....	74
FIGURA 9	Referencial teórico e aspectos relevantes para o pilar: gestão em rede. Fonte: Elaborado pelo autor.....	74
FIGURA 10	Referencial teórico e aspectos relevantes para o pilar: gestão da demanda. Fonte: Elaborado pelo autor.....	75
FIGURA 11	Construto: objetivos, pilares e pressupostos. Fonte: Elaborado pelo autor, baseado na literatura descrita.....	77
FIGURA 12	Resumo metodológico. Fonte: elaborado pelo autor.....	78
FIGURA 13	Número de unidades de AMA, UBS e PS de 2002 a 2013 no município de São Paulo. Fonte: Boletim CEInfo-SMS-SP (2006 a 2013).....	84
FIGURA 14	Distribuição do atendimento (em milhões) entre os equipamentos de saúde de 2002 a 2013 no Município de São Paulo. Fonte: Boletim CEInfo-SMS-SP, período de 2002 a 2013.....	85
FIGURA 15	Distribuição do atendimento (em milhões) entre os equipamentos de saúde de 2002 a 2013 na Supervisão de Saúde Freguesia do Ó-Brasilândia (SP). Fonte: Boletim CEInfo-SMS-SP (2002 a 2013).....	89
FIGURA 16	Número de consultas médicas/ ano nos anos de 2012 e 2013 na AMA e UBS. Fonte: Relatório de frequência de atendimento por CNS, 2012 e 2013.....	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	Distribuição do número de atendimentos médicos de 2002 a 2013 no município de São Paulo.....	86
TABELA 2	Número de unidades da STS FÓ/ Brasilândia (SP) no período de 2007 a 2013.....	88
TABELA 3	Análise da amostra das fichas dos atendimentos realizados na AMA quanto à pertinência da queixa e o serviço, 2014.....	90
TABELA 4	Perfil de atendimento dos pacientes que atendidos nas unidades de AMA da Freguesia do Ó e Brasilândia, fevereiro de 2014.....	92
TABELA 5	Relação de acompanhamento entre os pacientes com e sem necessidade de acompanhamento, 2014.....	92
TABELA 6	Número de consultas por paciente na AMA e UBS em 2 anos (STS).....	93
TABELA 7	Distribuição da frequência de consultas/ano entre AMA e UBS (STS).....	94
TABELA 8	Distribuição da frequência de consultas/ano dos pacientes em relação a necessidade de acompanhamento.....	95
TABELA 9	Tabela 9 – Distribuição da frequência de consultas/ano na AMA dos pacientes em relação a necessidade de acompanhamento.....	95
TABELA 10	Tabela 10 – Distribuição da frequência de consultas/ano na UBS dos pacientes em relação a necessidade de acompanhamento.....	96

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública é alvo de estudos em todos os países do mundo. Conhecer o território, as necessidades e anseios da população e adequar um sistema de saúde que seja compatível com a dinâmica das mudanças a ela estabelecida, exige do governante habilidade e planejamento (Schraiber, Peduzzi, Sala, Nemes, Castanhera & Kon, 1999; Vieira, 2009).

O perfil populacional e o sistema sócio econômico são fatores que interferem diretamente sobre esse planejamento e conseqüentemente na qualidade e expectativa de vida. Os resultados da transição demográfica, considerando padrões, tendências e ritmo, impactam sobre as políticas sociais e públicas o que pode tornar difícil o papel do governo em estabelecer ações destinadas às problemáticas da saúde (Teixeira, Paim & Vilasbôas, 1998).

A atual tendência mundial é o envelhecimento da população que ocorre mesmo nos países menos desenvolvidos. O aumento da taxa de idosos exige a inclusão de novas tecnologias e mão de obra mais qualificada, além de exigir melhorias dos processos de trabalho, aquisição de novos equipamentos e aumento da disponibilização de fármacos. Conseqüentemente, o custo em saúde aumenta, impondo maior investimento do governo (Silva, 2003).

Segundo dados do IBGE publicados em 2013, a projeção da esperança de vida ao nascer no Brasil passou de 69,8 anos em 2000 para 81,2 anos em 2060. Esse gradativo envelhecimento alterou o perfil da população e conseqüentemente, suas necessidades em saúde. O perfil de mortalidade típica de uma população jovem passou a ser caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (IBGE, 2013).

Como forma de reduzir os gastos em saúde pública sem perder qualidade dos serviços, a educação e a prevenção em saúde podem ser alternativas interessantes e eficientes. Esse modelo tem sido utilizado também pelo setor privado e tem demonstrado resultados positivos na redução dos custos e dos agravos em saúde. No sistema público, é parte da atenção primária, porta de entrada do paciente dentro do sistema e responsável pela grande maioria dos atendimentos em saúde (Giovanella *et al.*, 2009).

No Brasil, o caminho para uma atenção primária bem estabelecida foi lento, pois as estratégias eram baseadas em interesses políticos e não discursavam sobre o entendimento da real necessidade da população. Desde a criação do Ministério da Saúde em 1953, o sistema público de saúde estava voltado ao atendimento da doença individual, onde o médico era visto como o centro do cuidado, visto como única fonte de promoção da saúde. Na década de 70, com a Reforma Sanitária, outros conceitos sobre saúde foram incorporados pelo sistema vigente, onde as ações de planejamento voltadas à prevenção de doenças redimensionaram o arsenal da saúde (Teixeira *et al.*, 1998).

Dentro dessa ideia a atenção em saúde deveria ser compreendida em primária, secundária e terciária, divisão que seria consolidada posteriormente e se estenderia até a atualidade. A atenção primária, ou básica, com a responsabilidade pelo acesso do paciente dentro do sistema, atendendo casos de baixa complexidade e favorecendo maior resolubilidade, devido ao conhecimento das características regionais. A atenção secundária com os ambulatórios de especialidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e algumas unidades de pronto socorro. E a atenção terciária, composta pelos serviços hospitalares de maior complexidade e que requer recursos de infraestrutura e tecnológicos mais avançados, ficando habilitada a receber do sistema os casos mais graves (Kovacs, Feliciano, Sarinho, & Veras, 2005). Essa organização auxilia o sistema na definição dos casos de gravidade e busca a integralidade das ações.

Em 1988 com a Constituição Federal foi criada uma política de acesso igualitário à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado em 1993, provocou estudos de adaptação e efetivação do sistema, além da sua descentralização, marco importante onde o município passa a ser responsável pelo planejamento em saúde (Campos, 2007; Sousa, 2010). Esse processo ocorreu na década de 90 e culminou com a agenda setorial dos municípios em 1998. A extensão territorial e as divergências demográfica e econômico-social favoreceu o desenvolvimento de estratégias regionalizadas das ações em saúde, adequando o sistema a diferentes realidades, melhorando sua resolubilidade (Paim & Filho, 1998; Paim, 1992).

Planejamento e gestão em saúde passam então a ser primordiais para traçar caminhos tangíveis dentro das perspectivas do SUS. As funções administrativas de planejar, organizar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde foram e devem ser práticas adotadas pelos gestores, como preconiza a Lei n. 8.080 (1990) e Lei n.8.142 (1990) (Schraiber *et al.*, 1999). O estudo territorial deve alicerçar as ações baseadas nos problemas e características locais.

(Paim & Teixeira, 2006). Porém, organizar um sistema de saúde que favoreça a população ampliando os serviços e equalizando suas necessidades, direciona a saúde para um planejamento dividido entre conhecimento do gestor e alianças sociais e políticas (Puccini, 2008).

Baseado nesses conceitos sobre planejamento fica evidente que a problemática é estabelecer uma conexão adequada entre os equipamentos dos diferentes níveis de atenção, de forma a colocar em prática as diretrizes do SUS (Almeida, Giovanella, Mendonça, & Escorel, 2010), adequando a oferta de serviços com a demanda de mercado em saúde, subsidiando a formulação de políticas públicas de saúde. A atenção básica deve ser vista como a porta de entrada do paciente ao sistema e ser reguladora aos serviços disponibilizados nos outros níveis de complexidade (Pires, Göttems, Martins, Guilherm & Alves, 2010).

A esse mecanismo articulador realizado entre os diferentes serviços é dado o nome de redes de atenção à saúde (RAS), originado a partir do modelo americano e adaptado ao Brasil no final da década de 90 (Mendes, 2007). Dessa maneira, estratégias como o aumento do investimento, a capacitação de profissionais, a terceirização de atividades, a contratação de gestores profissionais para atuação nos diferentes tipos de equipamentos, incentivos orçamentários como alavanca para o desempenho dos profissionais e o aumento do poder de decisão pelos gestores dos sistemas dos níveis regionais e periféricos, podem ser estratégias utilizadas para uma correta gestão em saúde (Silva, 2003).

Atualmente, é certo que a articulação dos equipamentos organizados em forma de rede de atenção ainda precisa de ajustes (Feuerwerker, 2005). O objetivo de equalizar o sistema de maneira integral nunca foi totalmente alcançado, apesar das articulações governamentais e dos esforços da população através da atuação social. Entender a distribuição dos equipamentos disponíveis em saúde e planejar a inclusão de estratégias que possam contemplar o atendimento requer dos três níveis de governo competência e empenho em atender as reais necessidades da população. Esse movimento é desejável e importante, pois, apesar de ocorrer de maneira lenta e gradativa, respeita as desigualdades sociais além das diversidades locais. O grande questionamento decorre em como esse processo é feito, pois, os diferentes atores e formas de interpretar a mesma realidade podem levar a um sistema pulverizado e não resolutivo (Bodstein, 2002).

A demanda também é um fator importante a ser estudado e atua em conjunto com a oferta dos serviços onde, na maioria das vezes, acaba influenciando o planejamento e as políticas públicas de saúde na definição dos tipos e números de equipamentos adequados para suprir todas as necessidades da população. Alguns fatores interferem diretamente a regulação entre a oferta e demanda como “o fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre gestores, bem como a incipiente regulação do acesso” o que podem provocar a baixa resolubilidade do sistema de saúde local (Pires *et al.*, 2010).

Pode-se considerar que o excedente volume da demanda, decorrente do próprio crescimento e desenvolvimento populacional é o grande responsável pela necessidade dinâmica de adequação em saúde. Ultrapassar o limite adequado de atendimento pelo equipamento pode prejudicar e denegrir o sistema com atendimentos de baixa qualidade e pouca resolubilidade (Baraldi & Souto, 2011).

A maioria da demanda dos serviços está incluída em um nível de complexidade baixo, incluindo dores agudas, resfriados, ferimentos leves ou para o acompanhamento das doenças crônicas multivariadas. Dependendo da queixa apresentada os pacientes são direcionados a equipamentos diferentes. Esse entendimento facilita a divisão dessa demanda em duas classificações importantes. A demanda programática e a demanda espontânea. A primeira necessita de cuidados em longo prazo e de forma contínua e são agendadas em unidades ambulatoriais destinadas ao acompanhamento do paciente. A segunda compõe pacientes sem agendamento que manifestam queixas agudas de dor, pacientes graves ou que não aderem ao serviço programático (Oliveira, Mattos & Souza, 2009; Pires *et al.*, 2010).

Para atender os pacientes programáticos o sistema público conta com unidades básicas de saúde, unidade básica de saúde integral, centros de atenção psicossocial, centros de reabilitação e, em alguns casos, o ambulatório de hospitais entre outros (Brasil, 2009). Essa demanda é mensurável e controlável (Feuerwerker, 2005).

A grande questão é trabalhar com a demanda espontânea. Não se sabe ao certo o volume de pacientes que precisarão utilizar o sistema em um determinado período, pois não existe agendamento. Trabalha-se com estimativas e históricos anteriores, porém a previsão fica atrelada a sazonalidade. A esse exemplo, espera-se que a utilização dos serviços para atendimento de pediatria aumente em abril, pois nessa época os casos de gripe aumentam.

Para contemplar o atendimento da demanda espontânea pelo sistema é necessário o conhecimento do território e dos serviços disponíveis. O acesso aos pacientes deve ser garantido pelo sistema e não deve interferir no atendimento dos pacientes programáticos ou graves (Baraldi & Solto 2011). Dessa forma, prontos-socorros, atrelados ou não a hospitais, unidades de pronto atendimento e as próprias unidades básicas estão organizados para receber essa demanda, respeitando os diferentes níveis de gravidade dos casos atendidos em relação à infraestrutura do equipamento (Oliveira *et al.*, 2009).

O que ocorre é que os pacientes não sabem ao certo qual equipamento procurar. Portanto é comum hospitais atenderem muitos casos de gripe ao invés de casos de alta complexidade; e as UBS, a demanda espontânea ao invés das programáticas (Oliveira *et al.*, 2009).

Com o intuito de retirar essa demanda espontânea de baixa e média complexidade dos PS e UBS, favorecendo para que cada equipamento destine-se a atender os pacientes de acordo com sua infraestrutura, a prefeitura de São Paulo em 2005, criou como estratégia as AMAs (São Paulo, 2009).

A cidade de São Paulo, em 2013, contava com 120 unidades de AMA onde o principal objetivo é a ampliação do acesso de pacientes com queixas voltadas ao atendimento imediato de baixa e média complexidade e de fácil resolubilidade. Elas estão, quase sempre, articuladas às UBS, através do agendamento dos pacientes, e aos PS, para os casos de maior complexidade e que precisem de maior suporte terapêutico. A AMA normalmente divide o espaço físico com as UBS, funcionam de segunda a sábado, inclusive aos feriados. Além dessas unidades, a cidade conta com mais oito unidades 24 horas. Na articulação em rede a AMA encontra-se na atenção primária e a AMA 24 horas na Rede de Atenção à urgência e emergência (São Paulo, 2009).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Várias são as definições para o SUS que vão desde um modelo tipicamente tecnoassistencial até as mais visionárias e ativistas, como um sistema criado em defesa do direito à saúde (Feuerwerker, 2005; Paim & Teixeira, 2006; Paim, 2007). Independente das diversas analogias frente ao sistema, seus princípios, estabelecidos pela Constituição da República, Leis n. 8.080 (1990) e Lei n. 8.142 (1990), são os pontos fortes do sistema e que devem ser assegurados seja qual for o planejamento estabelecido pelos três níveis de governo.

A universalidade, como garantia para o acesso de todos dentro do sistema; a equidade, onde o indivíduo deve ter suas necessidades atendidas e a igualdade, que assegura uma assistência sem preconceitos ou privilégios devem ser respeitadas e atendidas para a efetiva consolidação do SUS, seja ela estabelecida em qualquer nível de atenção (Paim, 2007).

Ao longo dos anos tem se discutido muito sobre a atenção primária à saúde como recurso para a mudança de paradigma em relação à qualidade em saúde. Cuidar das doenças antes de evoluir para uma condição de doença mais severa ou crônica, além de menor custo, também pode ser sinônimo de melhora de vida. A atenção primária à saúde, na sua concepção e na sua importância, desencadeia debates que definem os rumos da Política Nacional de Saúde. Nos serviços municipais tem sido abordada como Atenção Básica e vem com a proposta de ser uma prerrogativa para a organização do sistema de saúde, na lógica de ser uma das alternativas de mudança do modelo assistencial (Gil, 2006)

Para que o serviço de saúde funcione adequadamente é necessário que os diferentes níveis de complexidade mantenham um sistema de comunicação integrado e estejam atrelados a um planejamento local adequado à realidade da população. Além disso, os princípios do SUS devem ser respeitados. A esse conjunto denomina-se rede de atenção, definido por Mendes, 2010:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A realidade é que o sistema de saúde evoluiu para a fragmentação e a articulação em rede não ocorre efetivamente. Os três níveis de atenção, primária, secundária e terciária, não possuem um mecanismo eficiente de regulação (referência e contra referência), ficando ainda mais difícil garantir o acesso do paciente dentro do sistema de forma que este consiga atender suas necessidades.

Falar de acesso à saúde é garantir que os princípios do SUS sejam respeitados, se tornando um direito do paciente na sua totalidade. Ele deve encontrar dentro do sistema a solução para resolver seu problema na integralidade (Jesus & Assis, 2010).

Na prática, garantir o acesso do paciente no sistema depende diretamente de um bom planejamento, ficando sob a responsabilidade direta dos municípios e dos governantes locais. Essa autonomia dos municípios em planejar a saúde foi um grande avanço, porém a relação entre oferta e demanda continua expressando o confronto de interesses e necessidades, pois a oferta é menor do que a necessidade imposta pela demanda (Kovacs *et al.*, 2005).

O tema da acessibilidade não é simples. As mais diversas pesquisas ressaltam importantes etapas percorridas nessa direção, mas mostram também que a acessibilidade constitui um ideal e uma utopia, uma vez que inúmeros obstáculos e problemas ainda se interpõem à realidade de um SUS prometido pela Constituição de 1988 e que a sociedade brasileira deseja e merece (Andrade & Minayo, 2012)

A demanda aos diferentes serviços de saúde torna-se crescente, pois a população também tem crescido exponencialmente. As condições socioeconômicas atuais favorecem o crescimento da população dependente do SUS, elevando o número de pessoas que procuram o serviço. Em contrapartida, o número existente de equipamentos do sistema não comporta essa demanda, exigindo a criação de estratégias dos municípios para garantir o acesso do paciente ao serviço.

Mendes (2010) define os modelos de atenção, que comportam os equipamentos que compõem a rede, da seguinte forma:

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A tendência mundial é a criação de modelos voltados ao atendimento da demanda aguda, apesar do aumento das doenças crônicas, provenientes do envelhecimento da população. A Organização Mundial de Saúde alerta que os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas (OMS, 2003). Esse fator é importante, pois a falta de acompanhamento de saúde da população, de maneira a atender as necessidades do paciente seguindo uma linha de cuidado, buscando a integralidade, pode comprometer a condição de saúde de toda a população (Almeida *et al.*, 2010).

Mendes (2010) reforça a necessidade de atenção às condições crônicas:

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas.

De fato a crescente demanda de pacientes com queixas agudas devido à falta de equipamentos voltados ao atendimento das doenças crônicas, força o sistema responder as necessidades de maneira rápida, favorecendo a implantação de estratégias voltadas ao atendimento da demanda aguda, enfraquecendo a atenção primária no que diz respeito à educação em saúde e prevenção de doenças (Jesus & Assis, 2010).

A procura por serviços que possuam a característica de rápida resposta e preferencialmente, sem agendamentos, elevou o número de atendimentos nos prontos socorros, principalmente nos anos 90. Dois fatores podem ter influenciado esse movimento do usuário do serviço. Um deles foi a dificuldade em agendar consultas na rede de atenção básica, seja pela falta de médicos ou pela desorganização local. O outro pela falta de credibilidade histórica do paciente no atendimento prestado pelas UBS e confiança nos serviços hospitalares (Vecina & Malik, 2007). No entanto, o elevado número de pacientes deixa o serviço muito vulnerável, pois o atendimento perde em qualidade e eficiência, comprometendo todo o sistema a ele integrado (Pires *et al.*, 2010).

Por outro lado, a atenção primária, vinculada principalmente às unidades básicas de saúde e responsável pelo atendimento da maioria dos casos crônicos, encontra dificuldades em se estabelecer e em acompanhar a demanda crescente de pacientes agudos ou agudizados, resultado da própria fragmentação do sistema (Oliveira *et al.*, 2009).

Essa realidade se impôs a várias cidades brasileiras (Oliveira *et al.*, 2009; Pires *et al.*, 2010; Costa, Olinto, Gigante, Menezes, Macedo, Daltoé, Santos & Fuchs, 2008), porém em grandes cidades como São Paulo, articular todo o sistema com a problemática estabelecida pela demanda aguda e espontânea, ou seja, que precisa de atendimento rápido e não agendado, se torna bastante complicado (Puccini, 2008).

As unidades de Assistência Médica Ambulatorial surgem a partir de 2005, com a proposta de absorver essa demanda e conseqüentemente, aliviar os Hospitais para o atendimento de casos de maior complexidade, além de fortalecer as unidades básicas de saúde

de forma que estas possam trabalhar com as atividades relacionadas à prevenção e promoção da saúde (São Paulo, 2011).

Após oito anos de inserção, pode-se dizer que a AMA já têm um papel mais definido na sociedade (São Paulo, 2011). Em meio a inúmeras siglas que fazem referência aos equipamentos de saúde a serem frequentados pelos usuários do sistema público, as AMA atendem cerca de 7.105.234 consultas média/ano (<ftp://msbbs.datasus.gov.br>, acessado em 09/Out/2013) e sua relação com os outros equipamentos acontecem.

Dessa forma, a utilização pelos usuários das unidades AMA é hoje uma realidade, porém não se sabe ao certo o quanto isso exerceu de impacto no atendimento dos outros equipamentos. Será que efetivamente a AMA conseguiu reduzir o número de atendimentos dos prontos socorros dos hospitais? Será que os pacientes abandonaram as unidades básicas e o tratamento, em busca de uma resolução mais rápida, mesmo para as doenças crônicas? Qual a demanda efetivamente atendida por esse segmento de atenção criado pelo município de São Paulo?

1.1.1 Questão de Pesquisa

As dúvidas descritas anteriormente nortearam o trabalho e auxiliaram na formulação da questão principal da pesquisa:

Qual a distribuição dos atendimentos entre as unidades de Assistência Médica Ambulatorial, e Unidades Básicas de Saúde e Pronto Socorro e sua contribuição da AMA na rede de atenção à saúde?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

O objetivo principal dessa pesquisa é realizar uma análise da distribuição da demanda dos atendimentos médicos realizados na AMA, UBS e PS no município de São Paulo, em especial na Supervisão Técnica de Saúde Freguesia do Ó e Brasilândia.

1.2.2 Específicos

1. Descrever e analisar a distribuição do atendimento médico da AMA, UBS e PS de 2002 a 2013 no município de São Paulo;
2. Identificar se os motivos de procura do paciente pelo serviço prestado pela AMA correspondem aos objetivos deste equipamento;
3. Identificar se os pacientes atendidos na AMA necessitam de acompanhamento pela rede de assistência;
4. Identificar se os pacientes atendidos na AMA que necessitam de acompanhamento estão sendo assistidos pela rede.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

O contexto atual de construção do SUS tem se caracterizado basicamente por um processo de reorientação de modelo assistencial. Os modelos de saúde trazidos pelos municípios e que superaram os antigos modelos assistenciais privatistas e sanitaristas, estão baseados na realidade local e tendem a alcançar, na prática, resultados mais promissores (Paim, 2008).

Nesse processo de organização, têm-se as unidades básicas de saúde que servem de porta de entrada para o paciente no sistema que baseia sua lógica de atendimento sob a organização territorial (Feuerwerker, 2005; Giovanella *et al.*, 2009). A própria implantação de alguns programas vinculados à atenção básica, como o Programa de Saúde da Família, criou expectativas de redimensionamento da demanda e da atenção em saúde.

Sobretudo, historicamente o fluxo da demanda espontânea de usuários do SUS tem demonstrado nítida preferência ao pronto atendimento em prontos socorros e hospitais.

Apesar dos esforços do governo para a reorganização do sistema voltar-se ao acompanhamento dos pacientes realizado pelas unidades básicas, a demanda sem consulta agendada tem crescido de maneira desordenada (Oliveira *et al.*, 2009; Vecina & Malik, 2007).

Oliveira *et al* (2009), referem-se às unidades básicas de saúde:

[...] temos razões para crer que, do ponto de vista do usuário, esses pilares têm se mostrado inadequados à sua realidade de busca e obtenção de assistência de saúde, se configurando, nesse sentido, como uma racionalidade normativa tecnocrática distanciada de seu cotidiano. Isso se verifica particularmente em centros urbanos maiores.

As necessidades em saúde da população são mais bem dimensionadas quando existe avaliação e planejamento locais, contrariando toda a lógica normativa do sistema que preza pelo comportamento mais centralizador. Para Oliveira *et al* (2009), “a realidade expressa pela população usuária do SUS vem demonstrando que esse comportamento tem persistido ao longo do tempo e se mantido resistente às tentativas de reorientação do modelo assistencial”.

Essa dicotomia em relação à verdadeira porta de entrada do sistema seja pelo hospital, seja pela unidade básica de saúde, efetivamente, em uma cidade como São Paulo, não conseguiu ser resolvida. A criação da AMA para cobrir esse *gap* no atendimento da demanda espontânea, pareceu a princípio como uma boa estratégia para a população, respondendo aos anseios da mesma, por um modelo de atenção por ela elencado como ideal e por estar compreendida dentro da atenção primária, servindo de ponte para outros níveis de complexidade, de maneira mais próxima ao usuário e não tão distante como os hospitais (São Paulo, 2009).

Porém, a falta de estudos desse equipamento e da sua repercussão frente ao sistema de saúde de maneira global, precisa ser medida e avaliada, servindo de base estratégica para que se possa repensar sobre a saúde. A dinâmica da saúde em relação às necessidades da população não deve ser subestimada e frequentemente os municípios necessitam criar estratégias para acompanhar de maneira adequada toda a demanda espontânea. Essa estratégia pode ser utilizada como alternativa para compor o sistema de saúde do município (São Paulo, 2011).

O planejamento passa a ser fundamental. Entender todos os mecanismos de atenção e como eles se relacionam, ou seja, como está organizada a rede de atenção, exige total

empenho dos governantes para que os serviços sejam resolutivos e atendam as necessidades da população de maneira integral (Franco, Bueno & Merhy, 1999).

Aguiar (2003) faz uma revisão sobre a atenção primária internacional e descreve evidências da boa qualidade das redes de atenção à de saúde e de como elas podem contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento prestado à população. Essa articulação em rede ampliada aumenta os bons resultados sanitários, a satisfação dos usuários além de reduzir os custos do sistema, o que é desejável e alcançável se bem planejado.

Sendo assim, o presente estudo e metodologia poderão contribuir para os gestores, pautados na lógica da demanda espontânea, a entender melhor o sistema de saúde local e a desenvolverem estratégias de ação com a finalidade de garantir ao máximo a integralidade do paciente.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Além do capítulo 1 que introduz a presente dissertação, sua estrutura será apresentada da seguinte maneira:

Capítulo 2: Revisão da Literatura

Esse capítulo apresenta a fundamentação teórica necessária para o desenvolvimento e entendimento do estudo, fortalecendo os três pilares teóricos a saber:

- Gestão em Saúde Pública: conceito, histórico, teoria e importância;
- Gestão em rede: conceitos, distribuição da rede de assistência;
- Gestão da demanda: conceitos, tipos de demanda, necessidades da demanda e divisões.

Capítulo 3: Metodologia

Esse capítulo apresenta os processos metodológicos e banco de dados utilizados no estudo.

Capítulo 4: Análise e interpretação dos resultados

Traz a análise crítica dos resultados obtidos referentes ao equipamento de saúde AMA e sua relação com a rede de atenção.

Capítulo 5: Contribuição para a prática

Explicita as contribuições administrativas a que o estudo se propõe.

Capítulo 6: Conclusões e Recomendações

Considerações finais fundamentadas pelo referencial teórico apresentado, definindo as conclusões, limitações da pesquisa e sugestões para pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

“A administração é uma questão de habilidades, e não depende da técnica ou experiência. Mas é preciso, antes de tudo, saber o que se quer.”

(Sócrates)

Em diversos dicionários os conceitos de gestão e administração aparecem como sinônimos. De acordo com o dicionário Aurélio, o conceito da palavra administração se inclui como “Conjunto de princípios, normas ou funções que tem por fim ordenar a estrutura e funcionamento de uma organização (empresa, órgão público, etc.)” e se estabelece como a função do administrador.

Vários pensadores, cientistas e estudiosos abordam a gestão em todas as suas vertentes e áreas de atuação. Entender o principal objetivo a ser alcançado é de fundamental importância para qualquer área ligada à administração. O conhecimento é imprescindível para o bom planejamento e gestão, pois estabelece o processo que irá apoiar as resoluções concretas para a rotina do trabalho. O conhecimento traz maturidade às rotinas de trabalho através da especialização da mão de obra ligada ao planejamento e gestão, além daquelas ligadas ao atendimento direto ao paciente (Schraiber *et al.*, 1999).

2.1.1 Considerações em Saúde Pública

A Teoria Clássica da Administração provê que as organizações, baseadas em um processo de planejamento, organização, direção, coordenação e controle deveriam funcionar como uma máquina. O estímulo financeiro deveria ser fator de motivação para os trabalhadores, porém esses conceitos selam interesses provenientes do setor privado administrativo. Para o setor público, essa prática fica no rol da inviabilidade do sistema. O agravante é que não se atribui produtividade com o incentivo financeiro, provocando baixa eficiência do serviço. A área pública, portanto, fica condicionada a um processo organizacional de baixo controle operacional com excessiva divisão de tarefas realizadas de forma fragmentada (Amaral & Campos, 2012; Lucchese, 2003; Chiavenato, 2003).

Na esfera da saúde pública a organização do sistema pode ser evidenciada mediante dois aspectos complementares: o de natureza macro que engloba o planejamento

governamental, país, estado e município e o de natureza micro que está relacionado aos equipamentos de saúde, responsáveis pelo atendimento direto ao paciente. São de competência do governo o planejamento e controle das ações de saúde, sendo atribuídas as três esferas, federal, estadual e municipal, responsabilidades diferentes, principalmente em relação ao planejamento em saúde (Menicucci, 2009).

O modelo de gestão de saúde pública no Brasil, o SUS, apresenta características de centralização no poder executivo (governo) para o planejamento e organização. Existe resistência na participação dos gestores da rede, localizados na micro organização, para a tomada de decisões, o que compromete a eficácia do sistema (Amaral & Campos, 2012, p. 76). Pode-se representar esquematicamente essa relação de responsabilidades e graus de autonomia como mostra a figura 1:

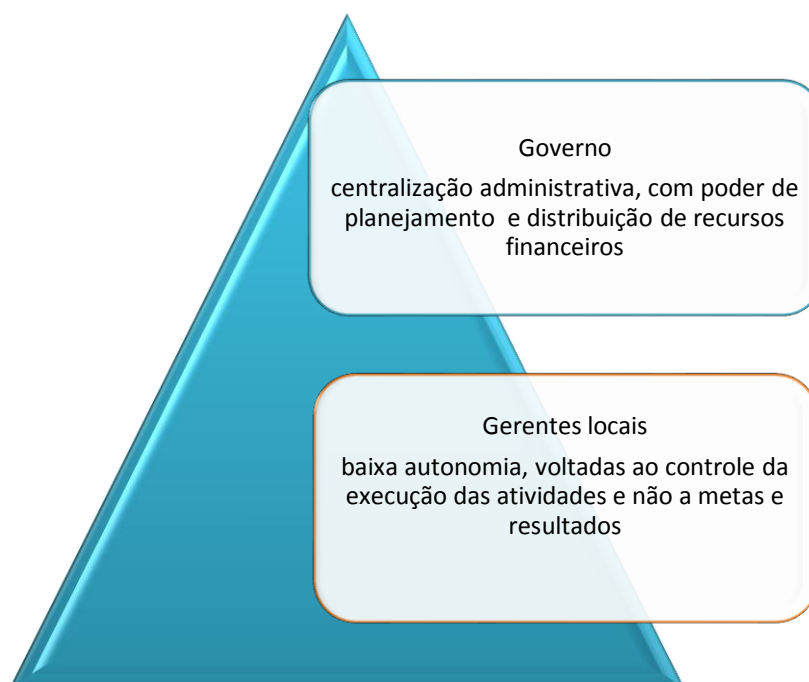


Figura 1. Relação dos níveis de organização do sistema público e sua relação de responsabilidades e controle.
Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Amaral & Campos (2012)

A centralização na tomada de decisões pela esfera governamental pode ser comparada com uma organização “mecanística” (Chiavenato, 2008) onde é dada uma responsabilidade relativa ao sistema sanitário e gerencial. Essa centralização provoca

desestímulo no nível local de atenção e organização do sistema, prejudicando todo o sistema de saúde (Amaral & Campos, 2012).

Especificamente quando se refere à esfera micro organizacional a palavra administração vem atrelada com a prática da gestão dos serviços. Para suprir a falta de valorização em nível local os gestores têm buscado maior autonomia para o planejamento das ações. Na visão de Schraiber *et al* (1999), as atividades de pesquisa sobre as necessidades do território e as ações de intervenção ficam condicionadas aos profissionais que atuam no sistema, ligados aos equipamentos de saúde. O início da vida profissional desses profissionais como atuantes na área de gestão é realizado geralmente como gerentes de unidade de saúde em nível local. A grande vantagem é que compartilham a prática assistencial aos conhecimentos ligados não somente a área da administração, mas com valores ligados à saúde pública como a integralidade das ações, à integração de equipe multiprofissional para a prática específica e à qualidade resolutiva nas questões ligadas aos casos específicos de saúde (Lucchese, 2003; Schraiber *et al.*, 1999).

No processo evolutivo da gestão deve-se considerar também os anseios e necessidades da população de maneira geral. A sociedade está passando por várias transformações econômicas e sociais e de maneira muito rápida. A população evoluiu em relação às expectativas de qualidade e nessa busca demonstram maior participação e entendimento da realidade (Buss, 2000).

Sob essa perspectiva, o mercado deve acompanhar e suprir essa necessidade, inclusive na esfera do serviço público (Carneiro, 2010). A preocupação e a responsabilidade dos gestores do sistema de saúde se tornam ainda maior. Amaral e Campos (p. 77, 2012) descrevem que “O desafio do gestor da saúde deve permear os processos de criação, valorização das relações interpessoais, construção de autonomia e capacidade de tomar decisões e resolver problemas”.

A tríade governo, gestor local e população devem trabalhar de maneira complementar, a fim de garantir um sistema de saúde mais amplo e com menos deficiências. Discutir sobre o sistema público de saúde não é uma tarefa tão simples. Em sua trajetória, a saúde pública foi abordada por diversos autores, críticos e políticos, manifestando suas idéias e propostas para se chegar a um modelo de saúde ideal, adequado às necessidades regionais e que respeite integralmente seus princípios. Mas será que realmente existe um modelo que

atinja as expectativas da população de maneira equânime e integral? Como traçar um modelo de saúde pública que considere e seja resiliente a dinâmica de crescimento e necessidades da população? As respostas a essas questões não são facilmente encontradas. Planejar em saúde compõe uma ação com diferentes vertentes e que estão suscetíveis a diversas exceções e intercorrências, transcritas principalmente no âmbito local e que podem comprometer o que foi planejado e proposto inicialmente.

2.1.2 O panorama mundial em gestão de saúde pública

Muito se discute sobre saúde pública. A preocupação em relação à gestão pública e sua relação direta em torno das condições gerais de saúde da população é histórica. Estudiosos e dirigentes de muitos países relacionam a saúde com as condições de saneamento e situação socioeconômicas como fatores determinantes de qualidade de vida e bem estar. Países como o Brasil e outros da América Latina que possuem problemas como a distribuição de renda, a presença do analfabetismo e condições precárias de habitação, reflexos da condição econômica do país, podem ter seus indicadores de saúde e de desenvolvimento humanos alterados quando comparados a países mais desenvolvidos (Buss, 2000).

Buss (2000) traz em sua pesquisa autores clássicos e faz uma alusão sobre a importância da visão holística relacionada à saúde. Países como Inglaterra na década de 40 já abordavam o tema que continua sendo discutido na atualidade. Esse conceito de saúde global está relacionado diretamente ao conceito de promoção de saúde, evidenciado e proporcionado por meio da gestão de saúde pública na figura das políticas públicas de saúde.

A contribuição das políticas públicas voltadas à promoção de saúde é de indiscutível importância. O conceito global da promoção de saúde exige atores de diferentes segmentos que devem proporcionar aos indivíduos um atendimento integral, resultado de um bom planejamento e gestão (Campos, Barros, & Castro, 2004).

[...] a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao

desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (Buss, 2000).

A promoção de saúde favorecida pelas políticas públicas é a estratégia mais discutida e viável para o enfrentamento de problemas que interferem na saúde. As ações voltadas ao cuidado do paciente com uma abordagem mais ampla, englobando não só o processo de doença, mas os cuidados com o ambiente e as condições sócio econômicas, são tendências discutidas nos fóruns internacionais como sinônimo de qualidade de vida.

As grandes Conferências Internacionais de Promoção da Saúde definem de tempos em tempos abordagens atuais e que norteiam mundialmente as tendências de estudos e práticas em saúde. Também servem de instrumento para os gestores de diferentes países na formulação de políticas públicas de saúde que valorizem essa proposta. O Brasil, junto com Bangladesh, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América são responsáveis por sessenta por cento da população do mundo e formam uma aliança, definida pela Organização Mundial da Saúde em Genebra, 1998, para a criação de diferentes estratégias governamentais (Buss, 2000).

Porém, essa visão da gestão de saúde feita pelas grandes Conferências nem sempre é suficiente para atender as reais necessidades da população. Apenas o olhar inserido na macropolítica de saúde não identifica o problema em uma esfera menor e mais específica, de forma a respeitar as necessidades locais. No caso do Brasil, a diversidade de olhares e a falta de ajustes da gestão nacional em relação ao direcionamento efetivo das práticas em saúde, trazem consequências ao sistema provocando entraves locais de difícil resolução.

O debate das macropolíticas no setor de saúde, portanto, não tem privilegiado a questão dos modelos assistenciais, isto é, das formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde. O sistema de saúde brasileiro é hoje, assim palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, coma a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, modelo médico assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e áreas de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de modelos alternativos (Teixeira *et al.*, 1998, p. 8).

Compete ao país definir as estratégias adequadas para que isso seja aplicado na prática. A utilização da co-responsabilidade dos indivíduos, comunidades e do envolvimento dos profissionais que atuam em saúde são fundamentais para que o sistema seja realmente adequado e resolutivo (Buss, 2000; Conill, 2008).

Dentro dessa perspectiva, alguns fóruns de discussões abordam a importância da atenção primária da saúde (APS) como um dos caminhos a ser trilhado no encontro da promoção da saúde. Como características principais, a regionalização dos serviços e a integralidade entre as atividades curativa e preventiva são foco das ações em saúde primária. É importante ressaltar que os modelos de saúde adotados mundialmente possuem em sua estrutura a definição dos cuidados básicos em saúde e adotam a APS como estratégia de gestão e planejamento e saúde (Fausto & Matta, 2007 In Morosini & Corbo).

A gestão pública, utilizada como instrumento de ação política, seja na área da saúde ou em qualquer área da administração, deve ter como foco uma sociedade mais democrática e equitativa (Lucchese, 2003). O desempenho da administração pública deve ser constantemente melhorado, pois as características da sociedade e dos serviços são extremamente dinâmicas (Viacava, Almeida, Caetano, Fausto, Macinko, Martins, Noronha, Novaes, Oliveira, Porto, Silva & Szwarcwald, 2004).

Dessa maneira, a implementação de políticas que exerçam impacto positivo sobre a saúde e na qualidade de vida da população são sempre requeridas, otimizando o resultado e a efetividade do sistema. Os processos de decisão, programação, execução e avaliação das ações, seja no ambiente macro ou no micro organizacional, exige a adaptação constante a diferentes realidades e conhecimento sobre as especificidades da saúde (Silva, 2003).

2.1.3 Sistema Único de Saúde

2.1.3.1 Contribuição Mundial para o sistema de saúde brasileiro

Os sistemas de saúde internacionais trazem vários fatores em comum como as políticas públicas de saúde ou os avanços relacionados à inclusão de novas tecnologias. Porém, a forma de adequação e implantação dos equipamentos que prestam serviços à população e o desempenho do sistema são fatores divergentes e que podem fundamentar importantes estratégias na atenção em outros países. É inquestionável a relação global das necessidades e condições de vida da população, porém fatores políticos não estão dissociados do resultado que o sistema proporciona (Conill, 2008).

Conill (2008) apresenta em seu artigo uma revisão bibliográfica da história de saúde mundial e aborda os modelos que mais exerceram influência sobre o modelo brasileiro.

Também traz comparações sobre os diferentes sistemas mundiais e suas relações entre os diferentes países.

Para Conill (2008), os sistemas demonstram certa singularidade de ações e estratégias, respeitando as necessidades locais e a situação político econômica de cada país. Porém, trazem traços de modelos de outros países, principalmente naqueles de ascendência recente ou menos desenvolvidos. Essa dualidade representa que não existe sistema de saúde puro e que sempre existe possibilidade de melhoria.

O modelo do sistema brasileiro sofreu interferências de outros países e em alguns momentos suas estratégias foram trazidas e modificadas de acordo com a realidade brasileira. O resultado é o sistema de saúde implantado, o SUS, planejado de maneira diferente a cada realidade, respeitando as especificidades locais e as condições socioeconômicas. Pode-se dizer que esse modelo sofreu influência dos Estados Unidos por meio do modelo tipo empresarial permissivo, da França e Alemanha com os seguros sociais públicos e do Reino Unido e Canadá pelos sistemas ou serviços na lógica nacional, ou seja, que seguem pela esfera federal, estadual e municipal de organização (Nunes, 2008).

As influências do Canadá e da Inglaterra são hoje fortemente explícitas na forma do atendimento voltado a atenção do indivíduo de maneira globalizada e do envolvimento social. Além disso, a sistemática de negociação entre governo, trabalhadores e usuários também refletem no atual sistema instituído. O Canadá também exerceu influência por meio de conceitos sobre a ampliação da oferta de serviços de saúde a partir da atenção primária e da relação em redes de atenção, da descentralização da atenção, com envolvimento dos trabalhadores na gestão e planejamento de ações. Essa realidade é a mesma do sistema brasileiro e o assunto mais discutido pelo Ministério da Saúde, utilizado como base da estrutura do Sistema único de Saúde (Nunes, 2008).

2.1.3.2 História do SUS e considerações sobre a organização do sistema na atualidade

O Sistema único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde um simples atendimento ambulatorial, até um transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (Ministério da Saúde – Portal da Saúde - www.saude.gov.br - Entenda o SUS), acessado dia 09 de junho de 2014.

Com o tema deste estudo voltado para a Gestão de Saúde Pública, cabe o retrato de parte desta história que servirá de base para compreensão das ações de planejamento e estratégias adotadas pelos municípios na organização atual da atenção à saúde.

A saúde pública no Brasil passou por diversas fases desde a criação do Ministério da Saúde em 1953. A luta contra a ditadura, em meados da década de setenta, fomentou um movimento voltado à democratização da saúde, onde estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais da saúde passaram a defender mudanças nesse setor (Paim, 2008, p. 21–22). O acesso limitado à saúde, vinculado historicamente ao setor privado, de onde ainda o SUS não conseguiu se desligar completamente até hoje, começou a receber interferência do Estado com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e com o direito a saúde sendo atrelado às contribuições para a previdência social (Campos, 2007; Feuerwerker, 2005).

A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª. Conferência Nacional de Saúde no ano seguinte. Nesse evento reafirmou-se o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação). A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização de saúde que naquela época cunhou-se o nome de Reforma Sanitária (Teixeira *et al.*, 1998).

Esse movimento, chamado de Reforma Sanitária, trouxe uma nova vertente à saúde da população e redimensionou o arsenal do planejamento e ações de saúde (Teixeira *et al.*, 1998). Como resultado dessa luta em 1988, a Constituição Federal instituiu uma política de acesso igualitário a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) que mudou os rumos da história de saúde do Brasil (Campos, 2007; Sousa, 2010).

De fato o país não possuía infraestrutura necessária para ofertar serviço em relação a demanda existente, o que forçou o sistema a herdar o conceito de um subsistema privado, com resíduos do antigo INAMPS, onde a população arcava com alguns gastos em saúde ou sofria com os resultados de parcerias instituídas entre hospitais, laboratórios e unidades básicas junto ao sistema privado. Esse início desestruturado e desarticulado dos princípios do SUS afeta sua efetivação e consolidação junto à sociedade até hoje, pois ainda emperra em

preconceitos e articulações políticas (Paim & Teixeira, 2006). Compete então aos gestores, superar os desafios da dinâmica da saúde da população e dos problemas e adversidades do sistema, como financiamento e as práticas em saúde.

A implantação do SUS foi consolidada após 1990 e provocou estudos de adaptação e efetivação do sistema. A partir daí vários documentos e fóruns de discussão foram estabelecidos com intuito de consolidar o sistema de saúde de acordo com seus princípios e determinações (Paim & Teixeira, 2006).

A partir da década de 90, houve o processo de descentralização do SUS, sendo atribuída aos municípios a responsabilidade em planejar as ações de saúde. O número elevado de municípios e a diversidade de realidades com necessidades próprias e específicas justificariam o planejamento e gestão das ações em saúde. Dessa maneira, o sistema ficaria mais focado nos problemas locais, aumentando sua resolubilidade e eficácia (Bodstein, 2002).

Pode-se dizer que a descentralização foi um marco histórico no processo de consolidação do SUS. O conceito de descentralização, assim como, sua aplicabilidade dependem diretamente de diversos fatores de interferência que podem definir a maneira com que o modelo de saúde se consolida no território (Lucchese, 2003).

O modelo assistencial, SUS, pode ser visto no centro, como o principal objetivo estabelecido para os serviços de saúde. Para que exista sua consolidação, o Ministério da Saúde deve estabelecer as diretrizes a serem seguidas pelos governos estaduais e municipais, como documento norteador para o planejamento de saúde do território (Lucchese, 2003).

Conceitos relacionados aos processos de saúde e doença assim como ética dos serviços são estabelecidos por esses documentos, porém dependem também de como o nível local de ensino realiza suas proposições sobre os temas. Esses conceitos podem interferir no modelo de atenção, principalmente em relação a definição das prioridades, e na condução dos pacientes dentro dos serviços, tanto na esfera local como na governamental através do planejamento (Amaral & Campos, 2012).

Em termos políticos, a interferência está relacionada em como o governante enxerga a gestão e o planejamento. Esse cunho pessoal também pode sofrer interferência de interesses político partidários. O aspecto pessoal, muitas vezes, não está voltado a interesses da população ou ao que o sistema realmente necessita (Bodstein, 2002). A questão política

também define o valor a ser gasto com a saúde e em como a tecnologia vai ser administrada no território. O envelhecimento da população alavanca a necessidade da introdução de novas tecnologias, seja em equipamentos, seja em medicamentos (Amaral & Campos, 2012).

A população, por sua vez, exerce influência sob a forma do controle social. A pressão sobre o governo por políticas públicas eficientes e mais próximas da realidade local podem modificar a estruturação do modelo implantado. As diferentes realidades dentro de um mesmo município, impostas pelas diversidades locais relacionadas ao padrão populacional e condições socioeconômicas estabelecem a implantação de determinados equipamentos no território (Amaral & Campos, 2012).

Esquemáticamente a figura 2 demonstra as interferências sobre os modelos assistenciais e suas relações. Os fatores variam em graus diferentes, de acordo com a realidade a que são impostas e não são sequenciais. Suas relações são dadas de maneira contínua, cíclica e de alguma forma, estão interligadas exercendo interferência contínua sobre o modelo.



Figura 2. Fatores de interferência sobre o modelo assistencial.
Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Amaral e Campos (2012).

Analisando sob diferentes perspectivas, a descentralização ocorreu devido à dificuldade do Estado na captação de recursos, pelas mudanças políticas e suas características distantes dos interesses voltados à saúde como promoção e prevenção e pela busca do estado na eficiência e equilíbrio financeiro, distanciando das atividades de regulação, provisão e financiamento de bens e serviços sociais (Dreyer, 2010).

Basicamente a descentralização é discutida sob três vertentes complementares centrais: a transferência do poder decisório sobre a aplicação de recursos; a participação social e o controle sobre a aplicação de recursos; e o aumento das responsabilidades e das competências locais (Spedo, Tanaka & Pinto, 2009).

Atualmente, a discussão sobre a descentralização aos municípios gira em torno do poder decisório. O nível federal exerce a ordenação dos serviços através de portarias. Porém, como a definição das ações e atividades estão vinculadas aos municípios, não se sabe ao certo quem realmente possui o direito a decisão final. De fato é legítimo aos municípios a definição de políticas públicas e ações estabelecidas aos problemas de saúde locais. Porém, o problema é o controle sobre a organização do sistema de maneira efetiva e plausível (Guerra, Gonçalves & Chaebo, 2014).

Porém, independente do poder decisório, os municípios se organizam para atenderem as determinações do governo federal. Dentro da lógica da descentralização, a atuação do sistema deve ser dada através do nível mais regional possível. Existe, portanto, uma subdivisão interna, hierárquica que atua de maneira complementar entre si, de forma a ampliar as dificuldades vivenciadas pelos gestores loco-regionais (Spedo *et al.*, 2009).

A esse exemplo, e com fundamental importância para esse estudo, pode-se destacar o município de São Paulo e suas divisões em coordenadorias (CRS) e supervisões técnicas de saúde (STS). O município de São Paulo está dividido em cinco grandes regiões: Norte, Sul, Sudeste, Centro Oeste e Leste. Essa divisão foi baseada em critérios relacionados ao número populacional e oferta de serviços de saúde. Para cada uma dessas regiões existe um Coordenador. Cada CRS também está dividida em territórios, denominadas STS definidas basicamente pelo aglomerado de bairros e distribuição dos serviços de saúde. Além dessa divisão, existem as gerências locais que ficam dentro dos equipamentos e que contribuem com informações sobre os atendimentos e o território, assim como os pormenores de cada região (Spedo *et al.*, 2009).

O sistema de gerenciamento local, realizado pelos gestores das unidades de saúde, procura adaptar sua realidade para seguir as determinações governamentais, o que nem sempre é adequado. Porém, considerar os aspectos institucionais locais é importante, pois nele estão embutidos conceitos de importância local, condicionados a percepção dos problemas regionais (Guerra *et al.*, 2014). Essa mescla de poderes e opiniões é o que retrata hoje a situação do sistema de saúde público no Brasil.

2.1.3.3 Princípios do SUS

Buss (2000) faz uma análise sobre os processos de incorporação do SUS, seus princípios e doutrinas assim como o envolvimento dos diferentes municípios para que o SUS fosse efetivamente integrado como modelo assistencial. A discussão sobre a atenção ampliada, dita como primária foi na década de 70 incorporada por vários municípios como Niterói, Londrina e Campinas. Posteriormente, após a implantação do SUS estendeu-se a outros municípios. A implementação do SUS partiu dos seguintes princípios:

- 1) Universalidade: atendimento universal onde todo cidadão tem o direito em receber atenção em saúde, tendo o Estado o dever de provê-la;
- 2) Integralidade: cada cidadão deve ser compreendido em todas as suas dimensões, sendo elas biológicas, psicológicas e sociais;
- 3) Equidade: assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade, onde todos tem o direito a usufruir do sistema até o sistema pode oferecer (Buss, 2000).

Esses princípios devem ser organizados da seguinte forma:

- 1) Regionalização: a população deve estar vinculada a uma rede de serviços hierarquizados, organizadas por região, com território definido. Deve haver articulação entre os serviços disponibilizados, com comando unificado. A oferta de serviços deve ser definida de acordo com as necessidades locais;
- 2) Hierarquização: os serviços devem estar organizados de maneira crescente. Os serviços devem ser definidos em níveis de atenção e incorporar serviços de referência e de retorno ao nível básico (contra referência);
- 3) Resolubilidade: serviço deve estar capacitado a atender as necessidades do indivíduo, principalmente os de impacto coletivo, até sua total resolução;

4) Descentralização: redistribuição das responsabilidades quanto a sua ação e oferta de serviços de saúde entre os vários níveis de governo, municipal, estadual ou federal, de maneira a entender as necessidades de sua governabilidade;

5) Participação popular: é garantida sob constituição a participação popular na formulação de políticas públicas e no controle de sua execução em todos os níveis de governo. A legitimação está vinculada a formação dos Conselhos de Saúde, que possui representantes da população, trabalhadores e gestores dos diversos níveis de atuação;

6) Complementaridade do serviço privado: apenas quando necessário e quando a necessidade pública prevalecer (Buss, 2000).

2.1.3.4 Organização dos Níveis de Atenção em Saúde

Historicamente alguns conceitos devem ser considerados para a escolha do modelo de atenção. Problemas em relação ao acesso dos pacientes ao serviço e aumento dos custos governamentais em saúde estão atrelados a esses conceitos, interferindo diretamente no sistema de saúde. Segundo Conill (2008):

a) Processo saúde doença: essa concepção remete ao conceito de que o tratamento ou cura da doença é a única forma de se obter saúde;

b) Atenção individual: a concepção da saúde é dada apenas pelo processo da doença individual, onde fatores ambientais, socioeconômicos e de moradia eram desconsiderados;

c) Tecnologia: tendência à utilização da tecnologia voltada a equipamentos e não na relação profissional paciente;

d) Medicamentos: aumento da gravidade dos casos de doença, devido ao estilo de atenção voltada à cura e não a prevenção, aumentando os custos voltados à promoção da saúde;

e) Dificuldade no acesso: o aumento da tecnologia, a elevação dos custos com medicamentos e a atenção voltada apenas à consulta clínica, provoca a iniquidade do sistema pela maior dificuldade da distribuição da oferta e dos benefícios.

Esses fatores eram os únicos considerados para a escolha do modelo de saúde vigente. Com este olhar o paciente era visto apenas por seu problema de saúde, de maneira a desconsiderar todos os fatores que podem influenciar na relação saúde e doença do paciente, como o ambiente e a situação socioeconômica. O investimento em tecnologia e medicamentos se torna cada vez maior, pois a gravidade passa a definir as prioridades. A atenção primária era desconsiderada e não existia prevenção em saúde. Dessa maneira, os custos em saúde aumentam através do maior investimento do governo em relação à saúde. Como o recurso é limitado, a saúde não responde às necessidades em sua totalidade, comprometendo a relação oferta e demanda, limitando o acesso à saúde (Jesus & Assis, 2010).

O aumento dos custos gerados em relação à saúde levou as estratégias políticas a incorporarem aos seus modelos de atenção a equidade no acesso da população aos serviços de saúde, aumentando a resolubilidade com baixo custo. É o início do conceito de atenção primária a saúde (Fausto & Matta, 2007 In Morosini & Corbo).

O grande questionamento era se essas práticas de saúde não simplificariam muito a assistência e se a medicina, organizada dessa maneira, não ficaria voltada apenas para um modelo pobre. Esse conceito permeia até hoje o sistema público e traz consequências para a real efetivação dos modelos que incorporaram estratégias vinculadas ao que se chamaria atenção primária da saúde (APS) (Bernardes, 2013; Fausto & Matta, 2007 In Morosini & Corbo). No Brasil, o conceito de APS é abordado como Atenção Básica (AB) (Aguiar, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em Saúde para Todos no ano 2000, abordou a atenção primária que foi incorporada como ingrediente fundamental na divisão dos níveis de atenção em saúde. A saúde deixou de ter um enfoque voltado apenas aos processos relacionados à doença e passou a ser encarada de forma mais abrangente, onde a prevenção da doença era o foco de atenção (Bernardes, 2013).

Inicialmente foi adotada como forma de ampliação e organização da cobertura dos serviços de saúde. Porém, tendo visto que este modelo já tinha sido incorporado pela URSS, Cuba e China na década de 60, além da Inglaterra e Suécia com muito sucesso, sua implantação no restante dos países seria questão de tempo. A experiência da atenção básica nesses países decorreu em diminuição dos custos em saúde, aumento do acesso aos serviços de saúde e cobertura, além da repercussão em relação ao aumento da qualidade de vida (Bernardes, 2013).

No Brasil, a atenção primária à saúde (APS) pode ser entendida como a porta de entrada do paciente do sistema otimizando o atendimento e a resolubilidade do sistema, de maneira a contemplar os equipamentos que necessitam de menor investimento, com ações de prevenção e atendimentos de baixa complexidade (Aguiar, 2003; Bodstein, 2002).

O objetivo é maximizar a saúde e o bem estar, coordenando e integrando a atenção oferecida em algum outro lugar, ou por terceiros, quando necessário. Ela deve lidar com o contexto no qual a doença existe e exerce influência sobre a forma de resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e otimiza o uso dos vários recursos, básicos ou especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (Bernardes, 2013).

Além da atenção primária, o SUS possui outros níveis de atenção que organizam os equipamentos de saúde e compõe a estrutura do sistema implantado no Brasil. As atenções secundárias e terciárias fazem parte da organização do sistema e são divididos conforme a gravidade e especificidade dos casos. Como a atenção primária fica voltada aos casos de menor complexidade e atende grande parte da população, os outros níveis se encarregam em absorver demandas que exigem maior qualificação profissional, assim como o uso de tecnologias mais avançadas. Esses níveis de atenção são tão importantes quanto à atenção primária, porém o acesso, na maioria das vezes, está atrelado ao nível básico (Costa *et al.*, 2008).

Como forma de organização e hierarquia das redes assistenciais vê-se o Hospital no topo e a atenção básica como porta de entrada do sistema. Esquemáticamente, segue o modelo conforme a figura 3:



Figura 3: Relação entre o número de equipamentos de saúde e população atendida.
Fonte: Elaborado pelo autor e baseado em Costa *et al.*, 2008

Uma questão discutida atualmente pelo Ministério da Saúde é a relação entre esses níveis de atenção e em como o paciente transita pelo sistema. Esse assunto será abordado com maior profundidade em redes de atenção.

2.1.4 Planejamento em Saúde

2.1.4.1 Conceito e características

A capacidade de planejar e construir sistemas que funcionem bem é necessária para a eficácia das organizações e para a qualidade de vida dos usuários e da sociedade de maneira geral. Essa necessidade conduz a moderna teoria dos sistemas para sua aplicação prática: a análise e o planejamento. Para analisar ou planejar sistemas, os elementos são: ambiente, objetivos, componentes, processo e administração (Maximiano, 2007).

Sob a visão de que o planejamento é o resultado de uma escolha e que esta pode definir o futuro que se pretende chegar, o planejamento assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Daí a percepção de que o planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si. Pode-se dizer que planejamento é o ato de fugir do imprevisto, de

pensar antes de tomar qualquer decisão, é a idealização de um objetivo (Schraiber *et al.*, 1999; Teixeira & Paim, 2000).

Se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira. Se tantos caminham para direções diversas, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros. Dificilmente haverá ganhos de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente (Costa *et al.*, 2008).

Sem a realização de planejamento, as atividades são executadas por inércia. Os serviços funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela percepção do serviço e pelos conceitos adquiridos de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam (Vieira, 2009).

Planejar em saúde significa abrir possibilidades de conexões entre a política e a diretriz operacional, porém como item mediador, com poder de modificar a situação de saúde de uma região, deixando de ser meramente uma medida administrativa. Em saúde é importante atrelar o processo de planejamento ao da descentralização e da regionalização enquanto formas de planejar. Esse movimento permite entender o planejamento no mundo, remontando o caminho na história política, econômica e social, respeitando suas especificidades (Dreyer, 2010).

2.1.4.2 Panorama do planejamento em saúde

Paim (2009) e Dreyer (2010) realizaram estudos de revisão bibliográfica sobre o planejamento de saúde no contexto mundial. Sem dúvida que existem reflexos no modo em que o Brasil vivencia todo o processo de planejamento estabelecido, porém a prática do gestor brasileiro e as condições sócio econômicas dão uma dimensão diferente ao contexto brasileiro.

Primeiramente não se pode deixar de citar a influência de Mattus na trajetória do planejamento no Brasil, importando conceitos do Planejamento Estratégico Situacional na década de 80 e de Testa que reflete as discussões de cunho governamentais abrindo vertentes importantes para a discussão e compreensão do processo de planejamento da América Latina. Essa influência introduziu o planejamento estratégico dentro das perspectivas brasileiras e o

definiu como prática para o desenvolvimento das atividades práticas (Dreyer, 2010; Vieira, 2009).

No Brasil, a criação do sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – Planeja SUS, criado em 2006 é definido pelo Ministério da Saúde como “atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS,” tendo como objetivos: a) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; b) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento; c) implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; d) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e) monitorar e avaliar o processo de planejamento das ações e dos resultados alcançados (Brasil, 2009).

Sob a visão do SUS, pode-se dizer que são reconhecidos os avanços decorrentes das iniciativas com intuito de ordená-lo, consolidando o sistema no modo de operação e na integração entre os gestores, seja ele em qualquer esfera. Porém ainda existe um espaço entre sua compreensão e efetiva consolidação (Dreyer, 2010; Schraiber *et al.*, 1999; Teixeira & Paim, 2000).

O planejamento realizado da esfera micro para a macro organizacional previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990) não se concretizou, apesar dos esforços despendidos. Observa-se a desarticulação entre as diretrizes, objetivos e metas definidas em cada esfera de governo. As definições delimitadas pelo governo federal, compreendidas em saúde por meio do Ministério da Saúde, consideram estratégias que, muitas vezes, não são as mesmas defendidas por estados e municípios. Existe tensão entre a necessidade de manutenção de um grau de consistência das prioridades da política de saúde em todo o sistema e os benefícios propostos da descentralização. O resultado disso é a fragmentação de prioridades, a desarticulação das intervenções nas esferas de governo e ineficiência na alocação dos recursos (Azevedo, Pereira, Lemos, Coelho, & Chaves, 2010; Vieira, 2009).

2.2 AMA

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 (São Paulo, 2007). 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 resolubilidade.

Segundo os documentos norteador das AMAs, 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 (São Paulo, 2009).

A primeira AMA inaugurada foi a do Jardim Ângela em março de 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 (São Paulo, 2011).

Apesar disso, AMAs que funcionam 24 horas, ligadas a hospitais de urgência e emergência do município, situadas inclusive, no mesmo terreno (São Paulo, 2011). Conforme decisão da administração municipal, a gestão destas unidades é compartilhada entre a SMS e instituições parceiras.

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 infraestrutura dos serviços de prontos-socorros.

Ela propôs então a criação das 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 UBS. Estes serviços foram preferencialmente implantados junto às UBS, podendo ser acoplados a Ambulatórios de Especialidades, prontos-socorros e/ou Hospitais (Pinto, Spedo & Tanaka, 2009).

Críticos deste modelo de assistência, como Puccini (2008), 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, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado.

Permanecem em funcionamento de manhã até a noite, sete dias por semana e o atendimento/avaliação é feito por enfermeiros (Barbieri, Oliveira, Andrade, & Tanaka, 2010).

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 (São Paulo, 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, 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. Essas condições são apresentadas no site do município de São Paulo (extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br, recuperado em 15, maio, 2014).

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. Esta estratificação orientou a implantação das AMAs pelo município (São Paulo, 2009).

Entre março de 2005 e dezembro de 2013, 120 AMAs foram inauguradas no município de São Paulo.

2.2.1 Objetivos das AMAs

Os objetivos específicos das AMAs, segundo a Secretaria Municipal de Saúde estão abaixo descritos (São Paulo, 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.

2.2.2 Atendimento

Segundo o manual de diretrizes técnicas 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; Suturas simples e drenagem de abscesso RaiosX simples, vacinação, 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.

A dispensação de medicamentos deve ser feita pela farmácia dos Equipamentos de Saúde aos quais as AMAs estão acopladas. 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, 2006);

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.

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.

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 hoje de 5 a 15% das vagas diárias dos profissionais de cada UBS disponibiliza das 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.

2.2.3 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.

2.2.4 Protocolo de encaminhamento segundo áreas técnicas

2.2.4.1 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 69anos, mulheres com mais de 35 anos que se encontrem há mais de um ano, 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.

2.2.4.2 Saúde da Criança e Adolescente

Crianças maiores de 1 ano sem nenhum atendimento pediátrico no último ano, crianças com patologias crônicas: cardiorrespiratórias, endocrinológicas, nutricionais, hematólogicas, urinárias, infecciosas, crianças em situação de vulnerabilidade social: baixo nível socioeconômico, desemprego familiar, fora de escola, moradia sem saneamento básico, trabalho infanto-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.

2.2.4.3 Saúde do Idoso

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: 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: pessoa com história de duas ou mais quedas nos últimos seis meses; pessoa com déficit de equilíbrio; pessoa com marcha alterada e instável.

Também estão incluídas perdas sensoriais importantes: pessoa com acuidade visual prejudicada e com acuidade auditiva prejudicada. Síndrome consumptiva (perda de >5% de seu peso habitual nos últimos 3 meses).

2.2.4.4 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 portador 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).

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 com dados do mês e encaminhado à Coordenadoria Regional, que o encaminha mensalmente para a SMS.

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, podem 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.

2.3 GESTÃO EM REDE

2.3.1 Conceito e características do modelo de atenção à saúde do SUS: as condições agudas e crônicas

Um sistema de saúde eficiente deve buscar entender e atender todas as necessidades do indivíduo em saúde. Esse é basicamente o conceito de integralidade do SUS e deve ser alvo de um bom planejamento em saúde. Discussões dentro desse contexto e vinculados a coordenação do cuidado e fragmentação da rede de assistência não são novidade (Almeida *et al.*, 2010). A mudança no modelo de atenção vigente, voltado às condições agudas é o grande desafio dos gestores hoje. Esse modelo de Atenção à Saúde não responde com eficiência e efetividade a situação epidemiológica das doenças crônicas (Brasil, 2007).

A articulação dos equipamentos de saúde que prestam serviços à população é de fundamental importância para que o sistema de saúde instituído seja realmente efetivo. As condições sociodemográficas em diversos países, incluindo o Brasil, evidenciam o envelhecimento da população e conseqüentemente, o aumento das doenças crônicas e de maior complexidade. Essa dinâmica natural sobre as necessidades em saúde deve impor ao sistema, estratégias diferentes de acompanhamento e de inclusão aumentando a resolubilidade do modelo de saúde estabelecido (Giovanella *et al.*, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (2003) define a tipologia de doenças, voltada a organização dos sistemas de saúde: as condições agudas e crônicas. Para as condições agudas temos como características:

- a) A duração da condição é limitada;
- b) A manifestação é abrupta;
- c) A causa é usualmente simples;
- d) O diagnóstico e o prognóstico são usualmente precisos;
- e) As intervenções tecnológicas são usualmente efetivas
- f) O resultado das intervenções leva geralmente à cura.

Para as condições crônicas as características são definidas de seguinte maneira:

- a) O início da manifestação é usualmente gradual;
- b) A duração da doença é longa ou indefinida;
- c) As causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo;
- d) O diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos;
- e) As intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos;
- f) O resultado não é a cura, mas o cuidado;
- g) As incertezas são muito presentes;
- h) O conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar.

Vista dessa forma, as condições crônicas não são resumidas apenas como doenças crônicas como hipertensão, diabetes ou câncer. Também são abordadas as condições de transmissibilidade de doenças como HIV/AIDS, hanseníase, tuberculose, distúrbios mentais de longa duração, deficiências físicas ou estruturais e as condições maternas. Em geral se manifestam por um período superior a três meses, não sendo autolimitantes (Brasil, 2007).

Dentro desse contexto, surgem de novos equipamentos de saúde como estratégias para suprir, ao máximo, as necessidades da população. Para que isso ocorra de maneira a esgotar as ações de promoção da saúde, os equipamentos e as estratégias devem estar devidamente integrados e articulados para a conquista da integralidade da saúde (Almeida *et al.*, 2010). Essa articulação é denominada de Rede de Atenção à Saúde (RAS) definida pelo Ministério da Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Portaria n. 4279, 2010).

A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis (Silva, 2011).

Estudos indicam que a implementação da RAS aumenta a eficácia na produção de saúde e a eficiência da gestão do sistema de saúde além de contribuir para a consolidação do SUS. As redes melhoram a qualidade dos serviços, os indicadores de qualidade de serviços, os resultados sanitários e os custos dos sistemas de atenção à saúde. A contribuição dessa articulação é evidente em diversas áreas: no atendimento ao idoso, na saúde mental, no controle de diabetes, no controle de doenças cardiovasculares e na redução da utilização dos

serviços especializados. A Organização Mundial de Saúde (2003) reforça sobre a necessidade de investimento na atenção primária, principalmente por se estabelecer como o principal centro captador de pacientes crônicos. Locais em que a atenção primária está integrada com os demais níveis de atenção, sendo a população dividida em territórios são mais efetivos no cuidado em saúde (Mendes, 2010).

Na concepção de redes, a idéia de hierarquia deve ser substituída pela de poliarquia. Não há hierarquia entre os diferentes nós da rede sanitária, todos são igualmente importantes para os objetivos do sistema. Entretanto, as redes de Atenção à Saúde apresentam uma característica singular: elas devem ter um centro de comunicação que coordene os fluxos das pessoas e das coisas na rede e que é constituído pela Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2007).

Mendes (2007) fez um estudo de levantamento sobre as evidências positivas das redes de atenção em diversos países e que de alguma maneira contribuíram para o sistema de saúde brasileiro. A discussão sobre o conceito de redes iniciou nos EUA em meados dos anos 90, percorrendo posteriormente a Europa Ocidental e o Canadá. O conceito nasceu da idéia do atendimento integral e contínuo, sendo utilizado por hospitais comunitários nos EUA, onde os sistemas deveriam ser integrados pela eficácia dos sistemas de informação, do reforço da atenção primária, do aumento da produtividade hospitalar, da integração clínica e do realinhamento dos recursos financeiros. Existe também o reforço das ações voltadas a promoção e prevenção em saúde, favorecendo para que as condições de saúde se tornassem crônicas. A organização do serviço estaria baseada na articulação das equipes de atendimento de maneira integrada, bem coordenados, utilizando prontuários integrados por diferentes serviços.

No Canadá, Leat, Pink e Naylor (1996), constatam a fragmentação do sistema de saúde canadense e propõe maior integração através de médicos de família coo porta de entrada ao sistema, do pagamento por captação, das informações em saúde e do planejamento voltado às necessidades da população.

Na Europa Ocidental, a discussão visa basicamente o fortalecimento da atenção primária como porta de entrada do paciente, além do fechamento de hospitais e do número de leitos disponíveis. Essa mudança é gradativa e adaptada para as diferentes realidades dos países como Alemanha, Espanha, Inglaterra e Suécia. Na América Latina, as redes são incipientes com focos no Peru, México, Bolívia, República Dominicana e Colômbia (Mendes, 2010).

No Brasil as experiências ainda são pequenas, mas a semelhança dos países desenvolvidos e que utilizam essa estratégia, pode exercer impacto nos níveis de saúde, com custos suportáveis para o SUS. Minas Gerais, Ceará e Curitiba possuem ações vinculadas as redes temáticas das RAS (Mendes, 2010). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde em 2006 propõe como desafio do SUS o alinhamento da situação epidemiológica através da implantação da RAS (Brasil, 2007).

2.3.2 A organização da rede de atenção à saúde no Brasil

No Brasil, a gestão local deve trabalhar em consonância com o governo federal e aplicar as diretrizes no seu território de atuação respeitando a economia local, a qualidade, a suficiência, o acesso e a disponibilidade de recursos. A meta do governo federal é a implantação em todo o território Nacional até o final de 2014 (www.ministeriodasaude.org, acessado em 20/06/2014).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2014) também define alguns atributos essenciais para a implantação e funcionamento das RAS e que serão descritas a seguir:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos.
3. Atenção Básica à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde.
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado.
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção.
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações.
8. Participação social ampla.
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede.

11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede.
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.
14. Gestão baseada em resultado desses conceitos é relevante para a avaliação dos gestores na condução da implantação das RAS no território.

Essa visão do Ministério da Saúde direciona as RAS como uma organização horizontal dos serviços, tendo como centro norteador a Atenção Primária à Saúde. A regionalização facilita melhor acompanhamento do paciente e de maneira contínua, além da melhor previsão de gastos. A organização dos serviços deve seguir uma lógica de qualidade, com intuito de responder com eficácia e eficiência, às reais necessidades agudas e crônicas da população (Erdmann, Andrade, Mello & Drago, 2013; Silva, 2011; Almeida *et al.*, 2010). Outro ponto a ser estruturado é a garantia de acesso ao usuário, onde esse deve prevalecer sobre a eficiência do sistema (Brasil, 2007).

Baseado nesses critérios, a regionalização deve incorporar a organização das atenções primária, secundária e terciária devendo ser integradas por sistemas logísticos, suportados por potentes tecnologias da informação. Isso facilita o sistema de referência e contra-referência e centrais de regulação através de módulos como prontuário eletrônico, sistemas de internações, sistemas ambulatoriais e sanitários, laboratorial e de apoio diagnóstico, de transporte e farmacêutico (Silva, 2011).

Nessa mesma lógica, ela também deve estabelecer algumas diretrizes locais e processos no espaço micro, para melhor adequação do sistema deixando o conceito de rede mais resolutivo. Existe a preocupação nos processos de rotina como a gestão das listas de espera, prontuários eletrônicos, protocolos de atenção, eventos de urgência entre outros. Esses processos garantem a organização e ordenação das redes para a programação de saúde de forma a se estabelecer também pelas necessidades de saúde dos usuários (Andrade & Minayo, 2012).

2.3.3 Elementos Constitutivos das Redes

As redes de atenção à saúde são constituídas por três elementos chave para a organização do sistema: a população, a estrutura operacional e o sistema lógico de

funcionamento, traduzido pelo modelo de atenção à saúde estabelecida, conforme demonstrado na figura 4 (Brasil, 2009).

2.3.3.1 A população

A população é a base essencial dos modelos voltados à organização através das redes de atenção, sendo-lhe atribuída a responsabilidade das condições familiares ao sistema. Entender suas necessidades e estruturar os serviços de forma a responder aos estímulos de saúde com ações voltadas a prevenção e promoção são parte do sistema e da habilidade da gestão macro e micro (Mendes, 2010).

As famílias estão organizadas em seus territórios e vivem em condições diferentes uma das outras devendo o sistema ser maleável e permeável a todas as realidades. Essa abordagem é realizada pela atenção básica. Somente este segmento da atenção é capaz de identificar as populações e estratificá-las em subpopulações com a finalidade de ser mais resolutivos em relação às necessidades em saúde (Giovanella *et al.*, 2009).

2.3.3.2 A estrutura operacional

O segundo elemento dos que constituem as redes de atenção à saúde é a estrutura operacional. Ela é composta de vários elementos distintos e que, em conjunto, deveriam compor para que a rede seja mais eficiente. Mendes (2010) denomina esses elementos como “nós”, nomenclatura que será empregada para descrever a estrutura operacional por se tratar de pontos de enfrentamento. Portanto os cinco elementos que constituem a estrutura operacional são os centros de comunicação; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (Mendes, 2010).

A atenção primária à saúde, como elemento da RAS, é o intercambiador que regula todo o sistema. Esse nível de atenção possui maior conhecimento das realidades locais e consegue definir melhor as estratégias para contenção de doenças e promoção da saúde. Existem evidências de que países que investem na atenção primária entendem melhor as necessidades da população, sendo mais efetivos no enfrentamento das doenças crônicas e mais eficientes na redução dos custos como medicamentos e equipamentos que exigem maior tecnologia. Porém, não possuem autonomia para reorganizar a atenção através de fluxos e

contra fluxos de pessoas nem de acolher e responsabilizar-se sanitária e economicamente por sua população (Bernardes, 2013; Silva, 2011).

O segundo componente são os pontos de atenção secundários e terciários, responsáveis pelo atendimento especializado. A divisão entre eles baseia-se na infraestrutura e na tecnologia, onde os terciários oferecem serviços tecnológicos mais brutos. A oferta de serviços de atenção secundários é definida e distribuída aos serviços de atenção primária, que regulam essa porta de entrada aos serviços (Mendes, 2010). Porém, no nível terciário existe uma regulação diferente e quase independente dos outros segmentos de atenção, dificultando a lógica do trabalho em rede de atenção (Erdmann *et al.*, 2013; Malik, 2001).

Os sistemas de apoio constituem o terceiro componente e são os lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção, seja no campo de diagnóstico e terapêutico (diagnóstico por imagem, medicina nuclear, endoscopias, patologia entre outras), assistência farmacêutica (desde a logística de compra de medicamentos para atender as necessidades da população até o estoque e distribuição em todos níveis) e sistemas de informação (determinantes e indicadores em saúde) (Mendes, 2010).

Os sistemas logísticos são o quarto componente e são baseados em sistemas de informação, ancoradas pela tecnologia de informação que possuem a missão de regular todo o sistema de saúde, atuando nas referências e contra referências de pacientes, fluxos e contrafluxos de informações e trocas eficientes de produtos e informações. Os principais mecanismos voltados a esse componente são os cartões de identificação, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado e o sistema de transporte (Mendes, 2010).

O quinto e último componente são os sistemas de governança, que pode ser entendido como o sistema que une todos os outros componentes da rede, otimizando os fluxos entre eles e melhorando os resultados através de metas bem estabelecidas e objetivos bem definidos. Para o SUS, são exatamente os arranjos inter federativos, com envolvimento direto do governo federal, estadual e municipal (Mendes, 2010).

2.3.3.3 O modelo de atenção à saúde

O modelo de atenção à saúde é o terceiro elemento constituinte das RAS à saúde e que possui a responsabilidade de organizar todo o sistema. Ele surgiu com a finalidade de

articular o sistema, principalmente em resposta a necessidade dos pacientes portadores de doenças crônicas. Ele articula a população de acordo com o risco e ações de intervenção, definidas em função do que se interpreta por saúde, dos indicadores epidemiológicos e dos determinantes em saúde (Bernardes, 2013; Erdmann *et al.*, 2013; Fausto & Matta, 2007 In Morosini & Corbo).

Entende-se por risco em saúde os casos que oferecem maior morbidade ao paciente, ou seja, com maior risco de morte. O modelo de saúde adotado está vinculado diretamente a essas necessidades, podendo dividi-los para o atendimento de pacientes agudos e crônicos. A figura 4 demonstra o conceito de relação em rede de atenção à saúde a partir dos seus elementos constitutivos.

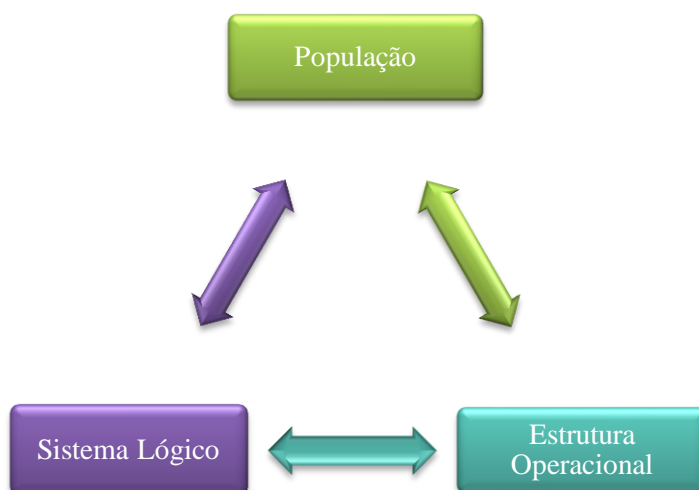


Figura 4. A relação da configuração em redes de atenção e os seus elementos constitutivos
Fonte: Elaborado pelo Autor e baseado em Mendes (2010)

Seguindo pela concepção dos modelos de atenção existem modelos voltados a doenças crônicas e agudas, assim como, as agudas que podem ter decorrido de um agravamento crônico que são os crônicos agudizados. Para os eventos agudos ou crônicos agudizados, o modelo de atenção pertence, normalmente, às redes de atenção de urgências e emergências (Mendes, 2010). Em alguns locais os equipamentos responsáveis por esse segmento de atenção estão também alocados na atenção primária da saúde (APS), por não se adequarem às características definidas para a rede de urgência e emergência, a exemplo de não serem equipamentos com funcionamento 24h.

Para o modelo de atendimento aos casos crônicos, a base é a visão global da saúde que envolve a saúde do indivíduo assim como o ambiente em que ele vive. A articulação dos serviços com a comunidade, além do indivíduo, constrói a atenção primária da saúde (Mendes, 2010; Silva, 2011).

2.4 GESTÃO DA DEMANDA EM SAÚDE PÚBLICA

2.4.1 Conceito, Características e Considerações.

O que pensar quando se fala sobre demanda? Demanda de pacientes, de usuários, de pessoas, de produtos, de bens ou serviços? Conceitos de economia em saúde como oferta e demanda faz parte desse contexto e complementa a abordagem desse pilar teórico na visão administrativa fora da área de saúde propriamente dita.

Castro (2002) aborda três conceitos fundamentais para a compreensão do tema: oferta, demanda e mercado.

A oferta é quanto de uma mercadoria será produzida por um determinado preço, ou seja, focaliza o lado dos produtores. A demanda é o desejo por um bem ou serviço, combinado com a capacidade e a habilidade de fazer este desejo conhecido e realizado, isto é, analisa o lado dos consumidores. E o mercado é um mecanismo de ajuste entre a oferta e a demanda que permite a troca de bens e serviços entre produtores e consumidores, sem a necessidade da intervenção do Estado, pois utiliza como indicadores os preços. Então, dado o preço de mercado de determinado bem ou serviço, os produtores vão ofertar suas mercadorias e os consumidores vão consumi-las de acordo com suas rendas, seus desejos e necessidades, além da estrutura organizacional e institucional da sociedade.

Baseado nesses conceitos pode-se traduzir a demanda em saúde, acrescentando características importantes para sua total compreensão. Pereira (2010) traz em seu estudo uma abordagem ampla sobre demanda em saúde, resumidos nos seguintes tópicos:

- 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;
- 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;
- 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.

Malik (2001) faz uma abordagem de diversos autores sobre esses conceitos. Em seu artigo faz uma reflexão sobre a relação entre demanda e necessidade em saúde. Três são as subdivisões para necessidade: sentida, expressa e normativa. A necessidade sentida é aquela identificada pelos indivíduos; a expressa é apresentada pela população aos serviços, traduzida para a saúde como procura de cuidados e a normativa identificada pelos profissionais da saúde. Demanda é a quantidade do bem ou serviço que as pessoas consomem por um determinado tempo. Em saúde ela é irregular e imprevisível e envolve riscos, pois depende de vários fatores incontroláveis como a confiança dos consumidores, entrada de profissionais para o mercado e controle das metas e fluxos muito distante do consumidor final.

Para Giovanella e Fleury (1996) um outro modelo, mais abrangente estrutura a relação demanda e usuário, relacionando todos os aspectos que envolvem o modelo assistencial, assim como os sistemas de saúde. Várias são as dimensões específicas dessa abordagem que propõe a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde:

- a) Disponibilidade: pode ser entendida como a relação entre o volume de usuários e o tipo de serviços existentes ou ao tipo de necessidades;
- b) Acessibilidade: a relação entre localização da oferta e dos usuários, levando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos;
- c) Acomodação ou adequação funcional: relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade dos mesmos para acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos;
- d) Capacidade Financeira: relação entre os custos dos serviços;
- e) Aceitabilidade: relação entre as atitudes dos usuários sobre os trabalhadores de saúde e sobre suas características, bem como a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários.

O Planejamento visa responder a uma demanda predeterminada, isto é, determinada pela relação entre o poder do consumidor e a capacidade de oferta do fornecedor. O ato de planejar para a oferta é uma consequência dos levantamentos de demanda para a constituição de serviços de saúde, de acordo com os padrões de consumo da população referenciada. Usuários são consumidores e o Estado, o ente regulatório da medição, da relação usuário/serviço (Jesus & Assis, 2010).

Monken, Biancolino e Maccari (2012) em seu estudo abordaram a demanda sob cinco aspectos a serem desenvolvidos: a ótica da mercadologia, o controle social, o perfil do consumidor do serviço de saúde, hábitos de uso e atitudes dos usuários e sistemas de informação em marketing (SIM). No âmbito mercadológico aborda a regionalização da saúde com autonomia dos municípios na gestão como fator favorável tanto pela aproximação com a população, a capacidade de dimensionar a demanda real e na facilidade de direcionar os recursos em saúde. Também retrata a importância do controle social para qualificar o sistema e traz a inter-relação acesso e utilização de serviços com o tipo de atendimento e recurso utilizado: “Quanto mais grave a queixa ou a doença e quanto mais sofisticado ou especializado o recurso ou serviço, menos importante ou forte é a relação entre a acessibilidade geográfica e o volume de serviços utilizados”.

Na ótica da utilização dos serviços destaca a capacidade do usuário de procurar e receber serviços, onde são consideradas a proximidade, a disponibilidade, a renda e a quantidade de serviços ofertados; a necessidade percebida do usuário a respeito do seu estado de saúde e finalmente a predisposição do usuário envolvendo as condições sócio- econômicas, demográficas e familiares. O cliente é analisado sobre todas as vertentes, onde a gestão terá como base o perfil dos usuários do sistema ou equipamento (Monken *et al.*, 2012).

A participação do cliente na utilização do serviço depende diretamente de seu papel, na decisão da escolha pelo serviço a ser utilizado. Na esfera pública outros fatores podem interferir nessa decisão como a hierarquização do sistema, a distritalização e a complexidade do serviço. A integração de todo sistema deve estar interligado através de sistemas de *softwares e hardwares* adequados. Esse devem permitir o monitoramento da relação formada entre os serviços oferecidos e os usuários (Monken, 2012).

Um ponto a ser abordado então é a oferta de serviços disponíveis para atender toda demanda. A disponibilização dos equipamentos é muitas vezes baseada apenas no reconhecimento da demanda, sem um planejamento adequado. Essa medida nem sempre atende todas as necessidades do mercado, vulnerabilizando todo o sistema (Malik, 2001).

O fato é que os equipamentos existentes demonstram-se em número insuficiente frente às necessidades de inovação tecnológica, envelhecimento da população e à relação entre recursos oferecidos e os resultados obtidos. Como o número de equipamentos não supre as necessidades da população o sistema fica obrigado a criar alternativas para melhorar o

fluxo, criando regras para a entrada do paciente dentro do sistema (Malik, 2001; Viegas & Penna, 2013). Esse fato inevitavelmente emperra nos princípios doutrinários estabelecidos pelo SUS como equidade e integralidade das ações (Viegas & Penna, 2013).

Todas essas medidas de gestão estão contidas dentro da perspectiva do acesso. A palavra acesso em saúde está vinculada ao conceito de entrada ou “porta de entrada” ao sistema (Jesus & Assis, 2010). Ela traduz o caminho a ser percorrido pelo usuário pelos diferentes equipamentos de saúde. Além disso, traz consigo a forte batalha da população para a própria história do SUS e para o direito aos serviços de saúde, irrigado por todos os seus princípios. Visto dessa maneira, pode-se afirmar que o acesso vai além da entrada ao sistema. Remete a concepção do planejamento em saúde no campo da saúde Coletiva e na consolidação do SUS propriamente dita (Jesus, 2006).

Ao tratar a questão do acesso a partir das possibilidades de encontro dos serviços com a população, deve-se ter uma visão que possibilite comportar a dimensão econômica, técnica e política referentes à relação entre oferta e demanda, a relação à planificação e organização das redes de atenção e serviços e ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular respectivamente. A dimensão simbólica está relacionada diretamente a representações sociais e ao sistema de saúde (Jesus & Assis, 2010).

Dentro desse paradoxo, entre a disponibilização dos serviços a toda a população em caráter integral e equânime; e a limitação do sistema em responder a isso, o acesso aos serviços passa a representar o centro das articulações do sistema (figura 6).

A atenção primária em saúde é a reguladora do sistema de acesso, pois compõe equipamentos de maior descentralização e permeabilidade do sistema. Essas equipes tem maior possibilidade de criar vínculos com a comunidade e/ou de reconhecer as peculiaridades do território. Essa proximidade com a comunidade favorece maior planejamento das ações em saúde e facilita a gestão microorganizacional a atender o paciente de maneira integral, pois consegue permear todos os segmentos de serviços (Baraldi & Souto, 2011; Souza, Vilar, Rocha, Costa Uchoa, & Rocha, 2008).



Figura 5: Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde.
 Fonte: Adaptado de Jesus (2006); Jesus e Assis (2010), Giovanella e Fleury (2006)

Um fator importante a ser ressaltado é que a abordagem de atenção primária e atenção básica são hoje consideradas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013) termos equivalentes devido a abordagem e característica do serviço prestado, principalmente pela abordagem gerada a partir da linha de cuidado.

[...] atenção básica e atenção primária (nas concepções atuais) como equivalentes, associando esses termos às noções de vinculação e responsabilização de equipes de saúde pelo cuidado continuado de pessoas em seus territórios de vida, acessibilidade, atenção abrangente e integral (não focalizada e não seletiva), alta resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (Brasil, 2013).

Dessa maneira, a atenção básica é responsável por grande parte dos problemas e necessidades da população, abordando a demanda de forma variada, entendendo seus

problemas e necessidades e se articulando com outros níveis de atenção (Baraldi & Souto, 2011; Brasil, 2013; Souza *et al.*, 2008). É importante ressaltar que a demanda atendida pela atenção básica compreende o atendimento dos pacientes em condições agudas e crônicas, seja ele na forma agendada ou programática, seja sem consulta agendada ou espontânea. O Ministério da Saúde preconiza que o atendimento realizado por esses equipamentos sejam resolutivos, buscando a integralidade das ações promovendo a prevenção e a promoção da saúde e não apenas equipamentos de passagem de pessoas ou de acesso a outros serviços de saúde.

A abordagem sobre demanda e sua importância para esse estudo necessita da compreensão dos conceitos de demanda espontânea e programática, que seguem em tópicos diferentes a seguir.

A demanda programática ou demanda agendada é aquela em que o usuário agenda sua consulta em horário e dia pré-estabelecido para o atendimento. O controle desses agendamentos faz parte das ações programáticas que organizam a demanda (Souza *et al.*, 2008). Paim (2008) define estas como: “[...] as ações programáticas em saúde resultam da redefinição de programas especiais no nível local, por meio do trabalho programático, aproximando-se da proposta da oferta organizada, embora concentrando suas ações no interior das unidades de saúde”.

A demanda espontânea é aquela que procura os serviços de saúde sem atendimento prévio, normalmente por queixas agudas ou por aquilo que interpreta como sendo necessidade urgente em saúde (Azevedo *et al.*, 2010).

Um dos problemas para os gestores é que este tipo de demanda é de difícil estimativa. Essa demanda depende principalmente de fatores sazonais dos processos de doenças, das condições sócio econômicas, do número de pacientes SUS dependente e das condições do território (Azevedo *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2009).

Pelos princípios doutrinários do SUS o sistema deve obrigatoriamente acolher o paciente e resolver o seu problema, seja no mesmo equipamento em que é atendido, seja dando encaminhamento a outros segmentos de atenção. Dessa maneira, o sistema deve ter equipamentos que absorvam essa demanda de forma ampliada em relação ao acesso. O paciente recebe as ações voltadas a esse tipo de atendimento nas unidades básicas de saúde,

unidades de pronto atendimento, prontos socorros vinculados ou não a hospitais e pronto atendimento especializados, dependendo do município e do território (Erdmann *et al.*, 2013)

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

Não existe pesquisa sem metodologia. A metodologia é uma palavra derivada de “método”, do Latim “methodus” cujo significado é “caminho ou via para a realização de algo” (<http://www.significados.com.br/metodologia>, acessado dia 13/09/2014). Pode-se dizer que método é o processo para se atingir um determinado fim ou para se chegar ao conhecimento (Martins & Theóphilo, 2009).

Em ciências sociais aplicadas Martins e Teófilo (2009, p 37) abordam a metodologia como sendo “o aperfeiçoamento dos procedimentos e critérios utilizados na pesquisa”. Na prática, a metodologia pode ser interpretada como a captação da realidade para a ciência.

Vista dessa maneira, ela se torna imprescindível desde a concepção da idéia até a evolução e finalização da pesquisa. Ela define se o caminho é ou não viável para se obter o resultado. Portanto, a escolha do método é parte do caminho a ser percorrido.

Na verdade não existem receitas para investigar. O que se tem são estratégias de investigação científica, com técnicas gerais e particulares, e métodos especiais para as diversas tecnologias e ciências. O método científico não é, nem mais nem menos, senão a maneira de se construir boa ciência: natural ou social, pura ou aplicada, formal ou factual (Martins & Teóphilo, 2009 p. 37)

Esse pensamento sobre fazer ciência permeia também as áreas da medicina e da saúde coletiva. Pode-se dizer que essa mescla entre administração e saúde tem sido bastante produtiva e ganhou notoriedade após o advento das escolas clássicas (Merhy, 1999). Foi dentro dessa lógica que este estudo foi desenvolvido.

A escassez de estudos sobre a AMA favoreceu a abordagem exploratória do tema, pois fomenta a introdução de padrões, idéias ou hipóteses. Esse tipo de pesquisa não exige a confirmação das hipóteses e sim quais teorias ou conceitos existentes podem ser aplicados a um determinado problema ou se novas teorias e conceitos devem ser desenvolvidos. A finalidade do estudo é enunciar questões e hipóteses para investigações subsequentes. Sua utilização baseia-se em realizar um estudo preliminar do principal objetivo. Pode-se dizer que proporciona a familiarização da pesquisa com o fenômeno a ser investigado, de maneira a proporcionar novos estudos com maior compreensão e precisão. As pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato (Piovesan & Temporini, 1995).

O tema escolhido para a dissertação refere-se à gestão em saúde pública e teve como base de estudo alguns equipamentos utilizados para o atendimento de grande parte da demanda atendida no município de São Paulo. O eixo principal da pesquisa baseou-se na inclusão da AMA como equipamento pertencente à rede de atenção no município de São Paulo e em avaliar como os usuários do sistema de saúde público se comportaram frente à inclusão desses novos equipamentos.

Esta reflexão foi necessária para definir a idéia principal do estudo realizado segundo a luz da seguinte questão de pesquisa: Qual o perfil de atendimento das unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e sua contribuição na rede de atenção à saúde?

Os objetivos foram traçados sobre essa mesma lógica, sendo eles abordados nesse estudo anteriormente, porém trazidos para o capítulo de metodologia em forma de figura (figura 6), para facilitar o entendimento.

Portanto para se atingir os objetivos principal e específicos da pesquisa foi utilizada uma abordagem descritiva exploratória por meio do banco de dados SIA, análise documental e relatórios de pacientes.

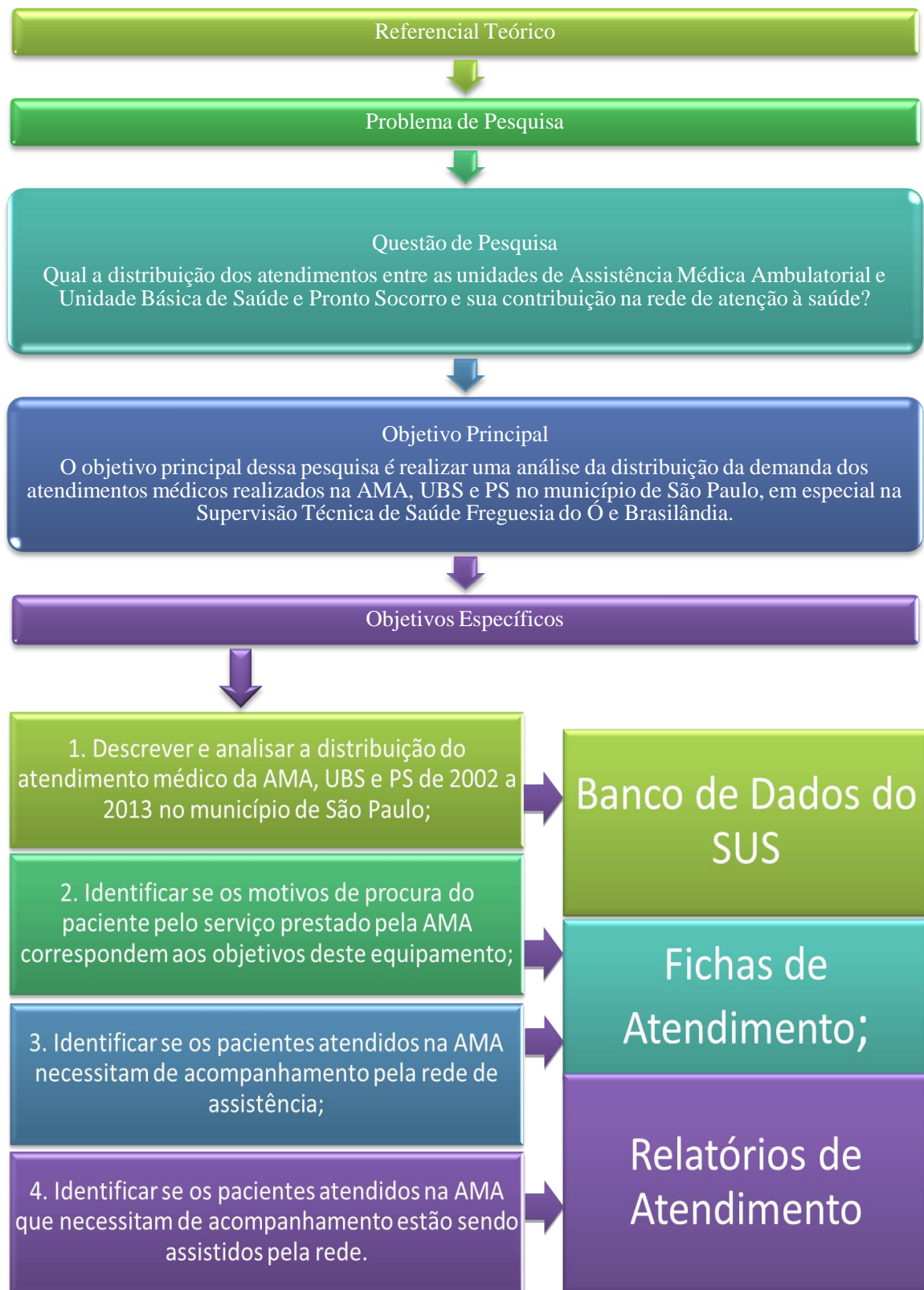


Figura 6 – Fluxo de atividades do projeto de pesquisa.
Fonte: Elaborado pelo autor, baseado no referencial teórico.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Nesta fase da pesquisa, foram analisados os pressupostos, baseados na Revisão de Literatura capítulo 2, onde foi feito um levantamento dos principais polos teóricos discutidos nesse projeto. O levantamento bibliográfico abordou principalmente questões referentes à gestão em saúde pública, gestão em rede e gestão da demanda e teve o objetivo de constituir o delineamento teórico que fundamenta o objetivo principal da pesquisa.

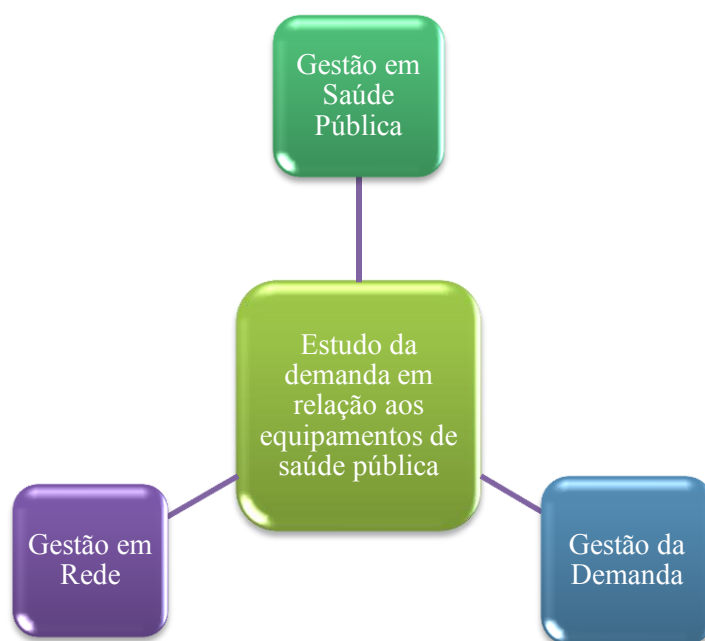


Figura 7- Polarização teórica do estudo da demanda em relação aos equipamentos de saúde pública.
Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme a figura 7, as fundamentações conceituais envolvem a problemática da pesquisa visando definir e situar as principais questões que envolvem o objetivo principal, respondendo a questão principal de pesquisa. Os pilares identificados na figura serviram de base para as figuras 8,9 e 10, identificando as principais referências da literatura e os aspectos relevantes que serão utilizados como subsídios para a formulação das proposições e construção do constructo.

Pilar	Referencial Teórico	Aspectos Relevantes
Gestão em Saúde Pública	Puccini, 2008	Aspectos de funcionamento sobre a AMA e sua relação com o sistema de saúde de maneira geral
	Shraiber, 1999	Análise de gestão pública e a relação com os sistemas de planejamento
	Lucchese, 2003	Gestão em saúde e o desafio da equidade dos serviços
	Vieira, 2009	Avanços e desafios do planejamento do SUS
	Guerra <i>et al.</i> , 2014	Políticas públicas de saúde no Brasil
	Amaral e Campos, 2012	Recursos utilizados na gestão em saúde pública
	Campos, 2007	Organização do trabalho nas esferas macro e micro regionais.
	Paim e Teixeira, 2006	Política em saúde, planejamento avanços tecnológicos como instrumentos para a gestão do SUS
	Paim, 2009	Análise sobre a repercussão da Reforma Sanitária sobre a gestão em saúde

Figura 8 - Referencial teórico e aspectos relevantes para o pilar: gestão em saúde pública.

Fonte: Elaborado pelo autor, fundamentado pela literatura descrita.

Pilar	Referencial Teórico	Aspectos Relevantes
Gestão em Rede	Silva, 2011	Mecanismos de regulação sobre as redes de atenção em saúde pública
	Mendes, 2010	Conceito e construção das redes de atenção em saúde pública
	Bernardes, 2013	Atenção básica e as redes de assistência
	Andrade <i>et al.</i> , 2012	Acesso dos serviços de saúde
	Giovanella <i>et al.</i> , 2009	Atenção primária em sua articulação com a rede de atenção
	Almeida <i>et al.</i> , 2010	Articulação em rede entre os diferentes equipamentos da rede em saúde pública

Figura 9 - Referencial teórico e aspectos relevantes para o pilar: gestão em rede.

Fonte: Elaborado pelo autor, fundamentado pela literatura descrita.

Pilar	Referencial Teórico	Aspectos Relevantes
Gestão da Demanda	Souza <i>et al.</i> , 2008	Excesso de consultas médicas dentro da rede, tendo como evidência que o paciente utilize os mesmos serviços pela mesma queixa.
	Oliveira <i>et al.</i> , 2009	Demanda de prontos socorros e reorientação do modelo assistencial
	Azevedo <i>et al.</i> , 2010	Organização da demanda nos serviços hospitalares
	Erdmann <i>et al.</i> , 2013	A distribuição da demanda incluindo equipamentos da atenção secundária em saúde pública.
	Baraldi e Solto, 2011	Organização da demanda em atenção primária

Figura 10 - Referencial teórico e aspectos relevantes para o pilar: gestão da demanda.

Fonte: Elaborado pelo autor, fundamentado pela literatura descrita.

3.2 CONSTRUINDO O CONSTRUTO

A construção do construto foi idealizada a partir das informações verificadas nas figuras 8, 9 e 10 que trazem evidências científicas que fundamentaram a teoria dos três pilares deste estudo. De acordo com Martins e Teóphilo (2009), o construto apresenta como significado a construção intencional de teorias, a partir de uma observação teórica que possa ser delimitada, traduzida em proposição e mensurada.

A figura 11 apresenta os pressupostos necessários para buscar a aderência a questão principal de pesquisa, conseqüentemente os objetivos e posteriormente as conclusões do estudo.

No pilar Gestão de Saúde Pública os pressupostos gerados, favoreceram a pesquisa pela abordagem da descentralização do SUS e pela responsabilização dos municípios na organização da atenção em saúde. Esse fator explica a AMA ter sido uma estratégia utilizada pelo município de São Paulo para aumentar o acesso dos pacientes que necessitam de atendimento imediato.

O pilar Gestão em Rede reafirma os conceitos de aumento do acesso do paciente aos serviços, sob a responsabilidade do município, respeitando as características locais e os equipamentos existentes. O conceito da RAS normatiza a atenção primária como porta de entrada do paciente ao sistema e contribui com a evidência da necessidade de articulação entre os equipamentos de saúde como forma de dar maior resolubilidade ao sistema. Esse resultado requerido da atenção e dos modelos existentes fomentou o estudo como forma de investigação inicial sobre a distribuição da demanda dentro do sistema de saúde vigente em São Paulo, relacionados à utilização dos equipamentos responsáveis pelo atendimento médico. Além disso, contribuiu evidenciando a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre os motivos pelos quais a população procura determinado serviço de saúde.

O pilar Gestão da Demanda trouxe conceitos sobre oferta e demanda em saúde e aborda o planejamento como o principal elemento dessa esfera. Retrata as diferentes condições em que a demanda de pacientes necessita para ser atendido. A partir desses conceitos, ela contribui efetivamente para a definição das características dos pacientes que procuram a AMA e auxilia conceitualmente na classificação desses pacientes. Também fundamenta as questões que envolvem a regulação entre os serviços, além dos critérios de encaminhamento e conhecimento do paciente na utilização do sistema de saúde, que são fatores de interferência na adesão dos pacientes aos serviços que prestam atendimento contínuo.

Qual a distribuição dos atendimentos entre as unidades de Assistência Médica Ambulatorial, Unidade Básica de saúde e pronto Socorro e a contribuição da AMA na rede de atenção à saúde?		
Objetivos Específicos	Pilares	Pressupostos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrever e analisar a distribuição do atendimento médico da AMA, UBS e PS de 2002 a 2013 no município de São Paulo; 2. Identificar se os motivos de procura do paciente pelo serviço prestado pela AMA correspondem aos objetivos deste equipamento; 	Gestão em Saúde Pública	<p>O modelo de saúde assistencial (SUS), com diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, possui dificuldades em atender as necessidades locais da população com equidade, descentralizando aos municípios o planejamento em saúde (Guerra <i>et al.</i>, 2014; Paim, 2009). Está relacionado ao objetivo 1.</p> <p>Os municípios, apesar das tendências políticas, viabilizam a saúde de acordo com o planejamento local, respeitando a complexidade do ambiente, os processos econômicos, sociais e culturais assim como a disponibilidade de equipamentos e</p>

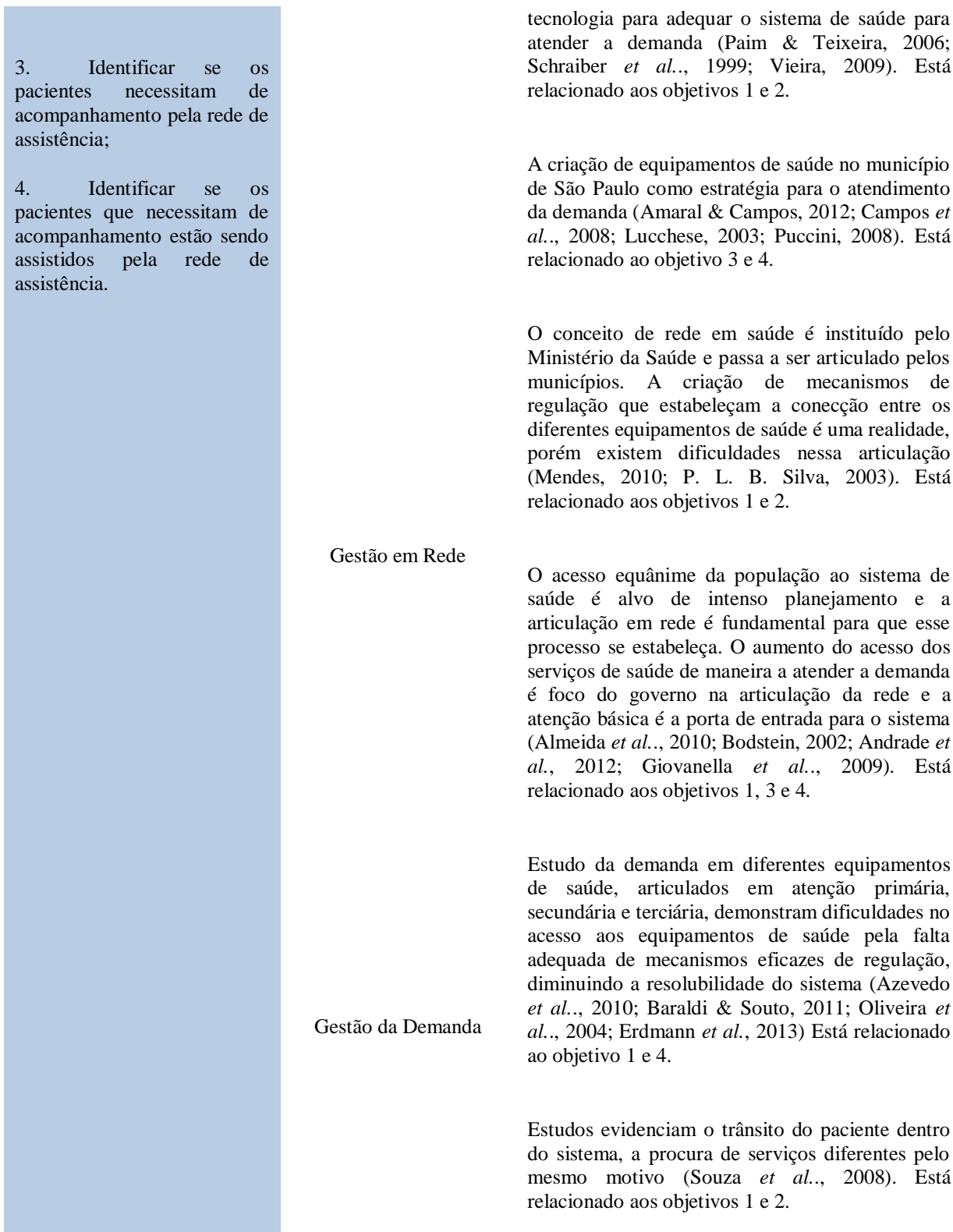


Figura 11: Construto: objetivos, pilares e pressupostos

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado na literatura descrita.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada utilizando-se três fontes diferentes, coletadas em momentos subsequentes, de maneira complementar e com intuito de atingir, além do objetivo geral, os objetivos específicos da pesquisa. A figura 12 representa resumidamente a relação dos tipos documentos e as especificações da coleta e análise.

PESQUISA DESCRITIVA EXPLORATÓRIA			
Tipo de Documento	Coleta	Especificação	Análise dos Dados
Banco de Dados	Boletim CeInfo- SP, SIA/DATASUS	Número de atendimentos médicos da AMA, UBS e PS de 2002 a 2013, do município de São Paulo e STS Freguesia do Ó e Brasilândia	Distribuição dos atendimentos
		Número de Unidades de AMA, UBS e PS 2006 a 2013 no município de SP e da STS FÓ e Brasilândia	Distribuição do número de unidades
Fichas de Atendimento	Fichas de Atendimento dos pacientes da AMA (3 unidades, 156 fichas válidas) da FÓ/Brasilândia	Classificação por paciente sobre a pertinência da queixa ao equipamento AMA (segundo objetivos da AMA)	Analisar se o paciente deveria ou não ser atendidos na AMA
		Classificação por paciente sobre a necessidade de acompanhamento (UBS ou outro equipamento), segundo Diretrizes Técnicas da AMA	Analisar se os pacientes atendidos necessitam ou não de acompanhamento por equipamento específico.
Relatórios de Atendimento	Relatórios de atendimento dos pacientes atendidos na AMA (fichas de atendimento) pelo CNS	Número de vezes em que o paciente utilizou a AMA ou UBS/outros nos anos de 2012 e 2013.	Analisar a frequência dos pacientes na AMA ou UBS/outros, atrelando esse dado aos dados das fichas de atendimento e a portaria 1101/MS

Figura 12: Resumo metodológico.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.3.1 Banco de Dados

Para a primeira fase da coleta dos dados, foi utilizado banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), coletado a partir de publicações do CEINFO-SP (http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=19289#04, acessado em 10/11/2014) que é um órgão ligado a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

O SIA/DATASUS compreende hoje um centro de informação dentro da saúde e serve de referência legítima, para embasar estudos nessa área. A utilização desse banco sugere aos diferentes gestores amplas possibilidades para o planejamento de ações e ancora discussões em todos os níveis de atenção e de governo.

Possui informações de saúde como indicadores, dados assistenciais, informações epidemiológicas e de morbidade, informações sobre a rede de assistência à saúde, estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas (Brasil, 2008).

Para este estudo foi utilizada a série histórica anual da produção de consultas médicas ambulatorial de UBS, AMA e PS no período de 2002 a 2013, do município de São Paulo. O período foi designado com intuito de possibilitar comparações entre o número de atendimentos médicos no período anterior e posterior a implantação das AMAs.

Dentro dessa mesma lógica, uma nova coleta foi realizada especificamente na região da STS FÓ/Brasilândia, localizada na Zona Norte de São Paulo. A intenção foi de avaliar se o comportamento da distribuição da demanda nos diferentes equipamentos se deu de maneira semelhante a do município. Essa região foi escolhida por ser o território de atuação profissional da autora do trabalho e, por esse motivo, ter acesso às fichas de atendimento utilizadas posteriormente.

Outro levantamento realizado utilizando esse mesmo banco de dados foi o número de unidades inauguradas de AMA, UBS e PS do município, no período de 2006 a 2013 e da região de FÓ/ Brasilândia de 2007 (data de inauguração da primeira unidade de AMA na região) a 2013. Esses dados possibilitaram estabelecer uma relação entre o número de

unidades e o número de atendimentos médicos realizados no município e especificamente no território ao longo dos anos.

3.3.2 Fichas de Atendimento

A análise das fichas de atendimento justifica a segunda fase da coleta de dados, para se atingir aos objetivos 2 e 3. Essas fichas foram coletadas em unidades de AMA, no município de São Paulo. As unidades de escolha estão localizadas na Zona Norte, região de Freguesia do Ó e Brasilândia. A região coincide com uma Supervisão Técnica de Saúde (STS), divisão dada pela Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2014 e que atribui responsabilidades regionais a equipe administrativa da região. As unidades de AMA objetos do estudo são administradas por uma instituição parceira da prefeitura de SP e foram elencadas para o estudo devido ao acesso às informações e fichas de atendimento.

Foram levantadas as fichas de atendimento dos pacientes que utilizaram a AMA, em um dia e horário, sorteados em site online (<http://www.sorteador.com.br/>, acessado dia 29 de janeiro de 2014). Para o dia foi considerado o período de 1 a 31 e para o horário, de 7 a 19. A amostra aleatória foi realizada no dia 14/02/2014 das 10 às 13h, totalizando 192 pacientes. A amostra válida e utilizada neste estudo foi de 156 fichas de atendimento. Os pacientes que vieram encaminhados do sistema de referência e contra referência indicados de outros serviços de saúde, resultados de exames ou que continham alguma informação ilegível, foram desconsiderados neste estudo. As fichas foram analisadas por um único examinador, ficha a ficha, num total de 20 por dia, para evitar divergência na coleta de informações e fadiga do pesquisador.

Nesta etapa da pesquisa cada paciente foi classificado de duas formas distintas e sucessivas:

- a) Classificação por paciente sobre a pertinência da queixa ao atendimento prestado pela AMA, sendo o paciente classificado em “correspondem aos objetivos da AMA” e “não correspondem aos objetivos da AMA”;
- b) Sobre a necessidade ou não de acompanhamento a ser realizado pela UBS ou outro que possua essa característica (centro de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios de especialidades (AE), assistência médica ambulatorial especialidades (AMAE) e rede hora certa (RHC)).

A classificação foi realizada respeitando os critérios de encaminhamentos definidos pelas Diretrizes Técnicas da AMA e dos protocolos de saúde estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Ministério da Saúde. Esses dados foram tabulados em uma planilha de Excel e foram posteriormente analisadas.

Dessa maneira conseguiu-se complementar as informações produzidas pelo banco de dados do SIA, onde agora a busca foi analisar se a queixa do paciente que procura a AMA condiz com seus objetivos deste equipamento e se este paciente necessita de acompanhamento de outros serviços pertencentes à RAS.

3.3.3 Relatório analítico

Os pacientes atendidos pela AMA e que correspondem às fichas de atendimento levantadas, serviram de base para gerar o relatório analítico a partir do sistema SIGA – Saúde. Esse sistema é utilizado por todos os equipamentos de saúde ligados a rede municipal de atendimento de São Paulo e encontra-se em parceria com o Ministério da Saúde no projeto de integração da saúde, proposto a todos os municípios brasileiros (<http://www.ima.sp.gov.br/noticias/siga-saude-e-gestao-do-sus>), acessado em 29 de maio de 2014.

O relatório contém o histórico de informações sobre os equipamentos frequentados pelo paciente ao longo dos anos. Dessa maneira, conseguiu-se identificar quais os equipamentos em que o paciente foi assistido, a frequência e a data da consulta, além de outros como vacinação e procedimentos de enfermagem. Esses dados foram importantes para se atingir o objetivo 4.

Através da senha de acesso ao sistema, o relatório foi gerado mediante o número do cartão SUS do paciente, de forma individual. Portanto, foram obtidos 156 relatórios, referentes a cada ficha de atendimento analisada anteriormente e com a mesma numeração. Os dados alimentaram a planilha de Excel que foi utilizada anteriormente, respeitando-se a mesma ordem, de forma coincidente ao paciente.

Os critérios estabelecidos para a classificação dos pacientes foram definidos da seguinte forma:

- a. O número de consultas médicas realizadas pela AMA nos anos de 2012 e 2013;

- b. O número de consultas médicas realizadas por serviços de acompanhamento, considerando UBS, CAPS, AMAE e RHC, nos anos de 2012 e 2013;
- c. A definição de acompanhamento, sim ou não, seguindo as Diretrizes Técnicas da AMA, baseadas nos protocolos de atendimento do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2012 e 2013.

O presente trabalho tem registro e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Nove de Julho (UNINOVE) com protocolo número 368014.1.0000.5511 (CAAE).

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

As AMAs, sob a iniciativa da SMS-SP, caracterizavam-se por serem serviços planejados com intuito de atender patologias de baixa e média complexidade, sem agendamento prévio, contando basicamente com exames de análises clínicas, exames radiológicos e ambulância em período integral.

Sua inserção foi realizada dentro do âmbito da AB com o enfoque principal voltado a continuidade das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde realizado principalmente pelas UBS, com a garantia do enfoque do risco.

Sua implantação ocorreu basicamente em estruturas acopladas a UBS já existentes e teve o apoio de instituições parceiras a Secretaria Municipal de Saúde que se responsabilizaram pelas adequações prediais, contratação de pessoal e administração.

A primeira AMA foi inaugurada em março de 2005 no Jardim Ângela, região extremamente carente do município. No final deste ano a cidade contava com 12 unidades. Em 2009, 115 estavam implantadas e em pleno funcionamento. Ao final de 2012, data da última unidade inaugurada, totalizou 120 unidades, sendo a maioria acopladas a UBS, junto a ambulatórios de especialidades, em pronto socorros de hospitais e funcionando de maneira isolada (figura 13). Pinto *et al* (2009) reflete em seu estudo sobre a falta de articulação da AMA com a UBS, mesmo encontrando-se localizada no mesmo prédio.

Os primeiros dados levantados do banco de dados do Ceinfo decorreram da dúvida se a AMA estava realmente atendendo a demanda a que se propôs: “Ampliar o acesso da população à rede básica de saúde, por meio da oferta de serviços que possibilitem respostas ágeis as suas necessidades...” (São Paulo, 2009).

A figura 13 demonstrou a evolução do número de equipamentos UBS, AMA E PS no município de São Paulo, após a implantação da AMA como equipamento pertencente a rede de atenção. Notou-se que o número de unidades de AMA aumentou significativamente até 2009, apontando um maior investimento do governo municipal nesse tipo de equipamento. Em relação a UBS, o crescimento ocorreu de maneira gradativa.

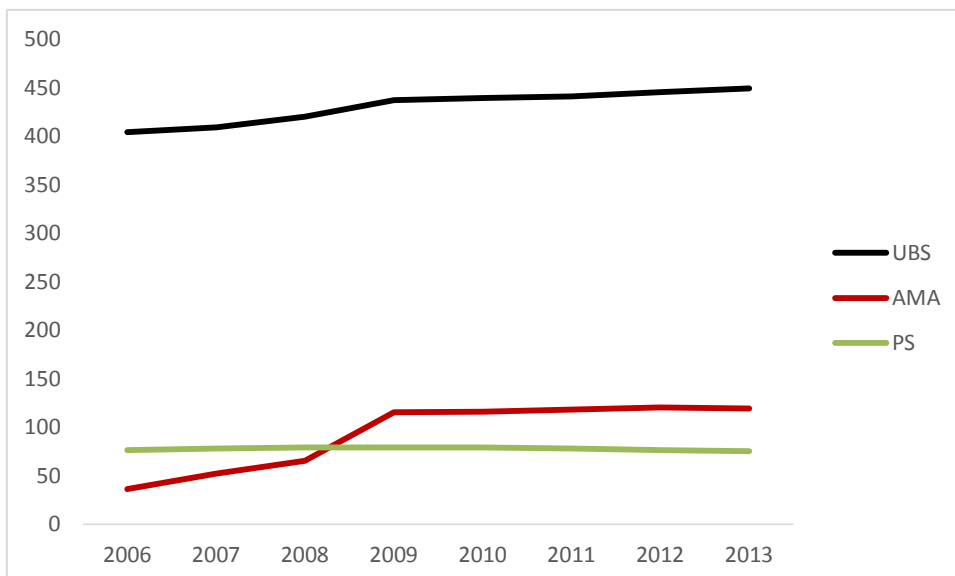


Figura 13. Número de unidades de AMA, UBS e PS de 2002 a 2013 no município de São Paulo. Fonte: Boletim CEInfo-SMS-SP (2006 a 2013).

A preocupação frente ao número de unidades se estende quando comparados com o número de atendimentos no município. A figura 13 mostra que apesar de existir aumento do número de UBS, mesmo que de forma gradativa e crescente, o número de atendimentos médicos diminuiu, principalmente após a implantação da AMA em 2005.

Segundo portaria 1.101/MS (2011), no ano de 2005 na cidade de São Paulo, estimava-se que a necessidade de consultas para a assistência emergencial/habitante/ano era de 15%. Naquela época, essa proporção atingia valores de 43%, indicando inversão da pirâmide assistencial entre consultas pré-agendadas e emergenciais, resultando em um cenário desfavorável na relação de oferta de serviços nos seus diferentes níveis de assistência. A AMA nasceu como a estratégia para aumentar o acesso da população às consultas médicas de urgência, adequando o município a portaria 1.101/MS (São Paulo, 2011).

Analisando os dados da figura 14, percebeu-se que o número de atendimentos do município aumentou ao longo dos anos, havendo certa estabilidade após 2009, período coincidente com o pico de unidades de AMA inauguradas. Observou-se que existiu queda brusca no número de atendimentos em 2008, possivelmente explicado pela alteração nos códigos do SIA para a computação da produção pelas unidades.

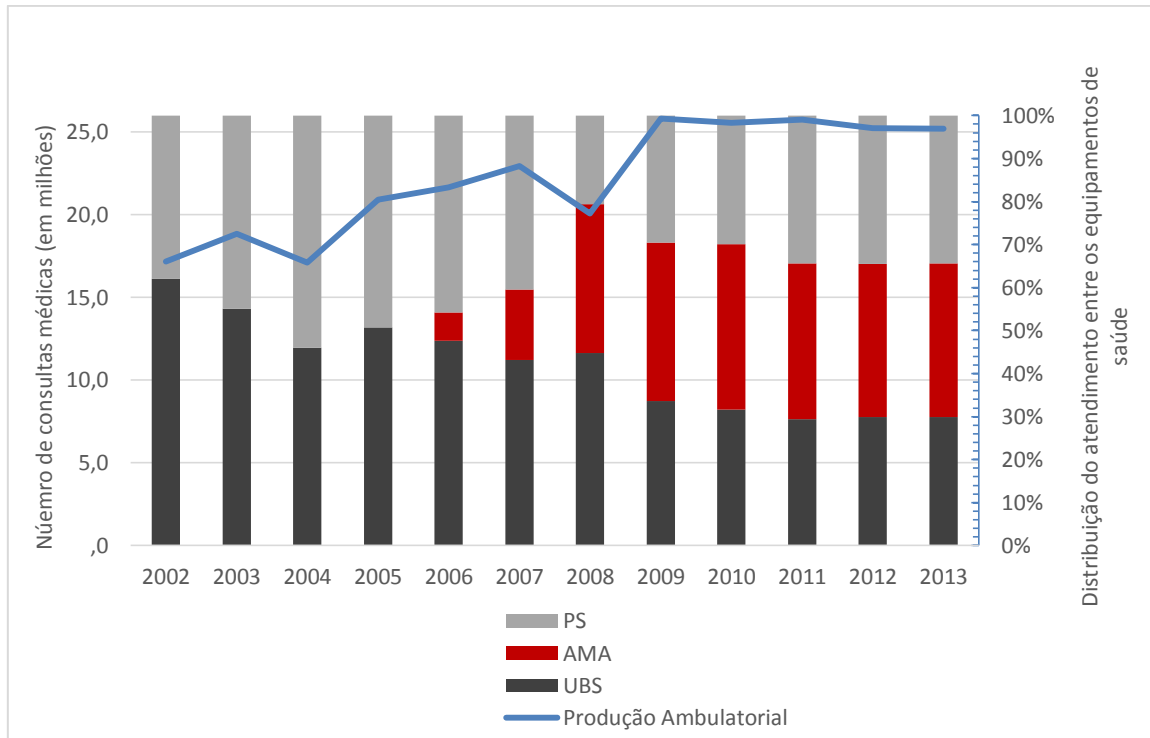


Figura 14. Distribuição do atendimento (em milhões) entre os equipamentos de saúde de 2002 a 2013 no Município de São Paulo.

Fonte: Boletim CEInfo-SMS-SP, período de 2002 a 2013

Em números absolutos a cidade passou de 17.162.069 números de atendimentos médicos para 25.192.665 (tabela 1). Para a UBS houve redução de 10.640.288 consultas para 7.545.408, fator preocupante quando analisamos os dados da figura 14. Notou-se que após 2009, com 115 das 120 unidades já inauguradas, as consultas mantiveram-se estáveis, sofrendo um leve declínio após 2012. Porém, existiu o detrimento das consultas voltadas ao acompanhamento dos pacientes, realizadas pelas UBS. Puccini (2008) demonstrou em seu estudo esse declínio nas consultas das UBS após as AMAs e manifestou desacordo e preocupação com o futuro da AB nesse novo modelo de atenção.

Tabela 1: Distribuição do número de atendimentos médicos de 2002 a 2013 no município de São Paulo.

ANO	UBS	AMA	PRONTO SOCORRO	TOTAL
2002	10640288	0	6521781	17162069
2003	10381159	0	8474298	18855457
2004	7868352	0	9252478	17120830
2005	10616529	0	10313175	20929704
2006	10315127	1435016	9911180	21661323
2007	9917989	3748098	9288633	22954720
2008	8993068	6926902	4143633	20063603
2009	8680362	9487298	7636692	25804352
2010	8085796	9820835	7661586	25568217
2011	7578272	9314113	8868455	25760840
2012	7533453	9004382	8714395	25252230
2013	7545408	9000945	8646312	25192665
TOTAL	108155803	58737589	99432618	266326010

Fonte: Boletim CEInfo-SMS-SP, período de 2002 a 2013

O acompanhamento dos pacientes realizados pelas UBS é fundamental, pois representa melhor condição de saúde para a população de maneira geral (Giovannella & Mendonça, *et al.*, 2009). Um paciente hipertenso controlado sugere a redução de possíveis agravos provenientes dos picos de alteração dessa pressão. As AMAs deveriam complementar o atendimento prestado absorvendo a demanda sem consulta agendada e que necessita de atendimento de urgência. No exemplo citado acima, o papel da AMA é o de controlar um eventual pico de pressão e encaminhar esse paciente de volta para a UBS para realizar o acompanhamento, evitando novos picos.

Não é possível com os dados da tabela 1 avaliar se o mesmo paciente frequenta os dois equipamentos ao mesmo tempo e nem se ele utiliza os serviços da AMA com queixas pertinentes a UBS. Para isso, é necessário um estudo qualitativo dessa demanda.

Seguindo por esse raciocínio, algumas questões podem ser levantadas para reflexão. Por que os pacientes estão deixando de passar em consultas para acompanhamento nas UBS? Os pacientes estão preferindo equipamentos voltados ao atendimento da demanda espontânea?

Algumas considerações podem ser levantadas com intuito de entender o movimento desses pacientes dentro da rede de assistência. Para discutir essa relação, pode-se levantar os seguintes aspectos:

- 1) Excesso de demanda espontânea atendidas na UBS e que migraram para outro segmento mais específico da atenção, como as AMAs;
- 2) A falta de médicos na UBS em decorrência da oferta de emprego proveniente da inauguração das AMAs, diminuindo a oferta de consultas agendadas voltadas ao acompanhamento dos pacientes;
- 3) Dificuldade de adesão do usuário aos serviços de consulta agendada;
- 4) Facilidade de acesso a consultas nas AMAs;
- 5) Facilidade de acesso ao agendamento de consultas nas UBS através das AMAs;
- 6) Desconhecimento da população sobre aspectos voltados a saúde, levando a mesma a procurar serviços de maior acessibilidade e baixa resolubilidade;
- 7) Dinâmica da população voltada ao trabalho com dificuldades de adesão a serviços com agendamento coincidente ao horário de trabalho.

Oliveira *et al.*(2009), em sua pesquisa com alguns usuários, traz uma reflexão sobre a inflexibilidade do sistema em relação a porta de entrada pela APS. Os autores defendem a ideia de livre escolha do paciente quando se trata de demanda espontânea. Vecina e Malik (2007) complementam o estudo quando afirmam que o paciente prefere os serviços hospitalares as UBS pela credibilidade do serviço.

Em relação ao PS, pode-se dizer que a AMA impactou no número de atendimentos realizados em 2008/2009. Porém, ao longo dos anos, o atendimento voltou a aumentar, deixando questionável a proposta da AMA na redução das consultas nos PS.

O desafio na condução de um modelo de assistência à saúde em uma grande cidade como São Paulo, com mais de 11 milhões de habitantes, com uma parcela importante da população economicamente ativa, deve impulsionar a quebra de paradigmas, para que as necessidades da população sejam efetivamente respondidas (São Paulo, 2011).

São Paulo por sua vasta extensão territorial, com densidades demográficas e características diferentes entre os territórios necessita que a regionalização seja respeitada e voltada para a integralidade. Para que o estudo fosse viável, foi realizado um recorte do município, onde foi considerado o território correspondente a STS FÓ/ Brasilândia, localizado

na Zona Norte de São Paulo. Os dados levantados serviram de base para a análise das fichas de atendimento e para os relatórios de atendimento dos pacientes, realizados no mesmo local (figura 15).

A inauguração da primeira unidade de AMA dessa região foi em 2007, totalizando duas unidades no final deste ano e quatro no final de 2008 (tabela 2). O número de unidades básicas no período de 2007 a 2013 cresceu para 17 (dezesete unidades). Não houve implantação de unidades de pronto socorro nesse período.

Tabela 2. Número de unidades da STS FÓ/ Brasilândia (SP) no período de 2007 a 2013.

	UBS	AMA	PS
2007	15	2	2
2008	15	4	2
2009	15	4	2
2010	15	4	2
2011	16	4	2
2012	17	4	2
2013	17	4	2

Fonte: Fonte: Boletim CEInfo-SMS-SP (2007 a 2013).

Comparativamente, a distribuição da demanda nesse território foi muito semelhante ao que ocorreu no município, quando levantados os atendimentos da UBS. O número de consultas da UBS teve um declínio após a implantação da AMA e de forma bastante expressiva. O número de atendimentos passou de 2002 a 2013 de 459.356 para 264.256, uma redução de 57,5% dos atendimentos médicos voltados ao acompanhamento de pacientes.

Nota-se também que a faixa que representa o volume de atendimentos da AMA é muito expressiva em relação ao PS e UBS. Mesmo quando comparado aos atendimentos dos prontos socorros, percebe-se que, ao contrário do que ocorreu no município a AMA tem mantido o número de atendimentos mais estável e melhor quando comparado com os anos anteriores (figura 15).

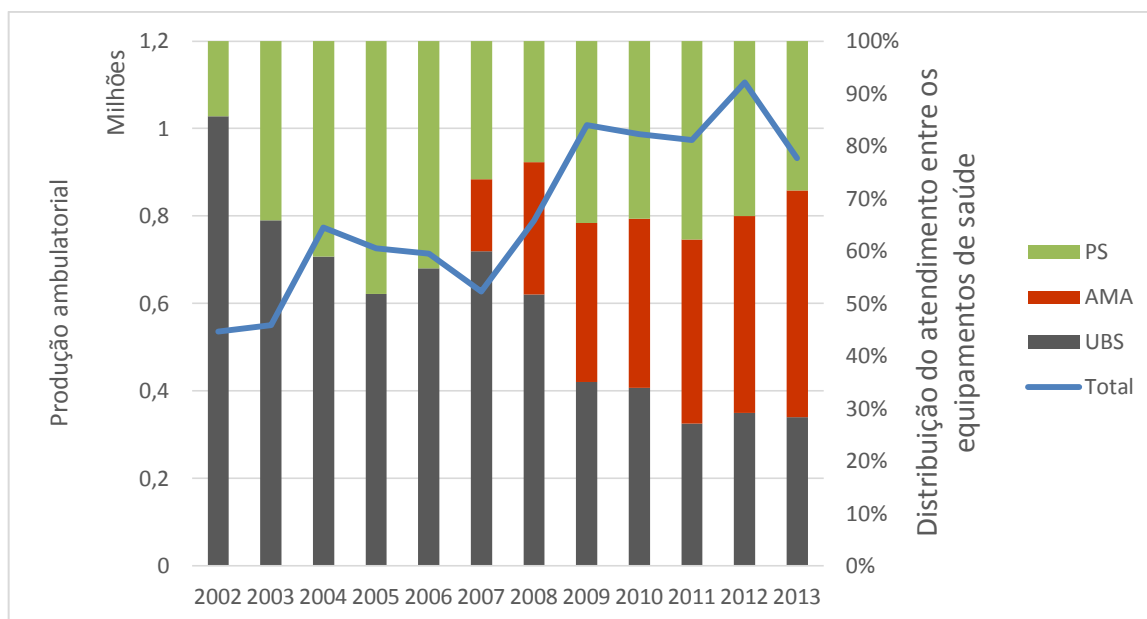


Figura 15 - Distribuição do atendimento (em milhões) entre os equipamentos de saúde de 2002 a 2013 na Supervisão de Saúde Freguesia do Ó- Brasilândia (SP)
Fonte: Boletim CEInfo-SMS-SP (2002 a 2013).

Para esta pesquisa também foram levantados dados das fichas de atendimento dos pacientes de AMA, desse território. A escolha das unidades deveu-se pela área de atuação profissional da autora. Esses dados deverão identificar se os pacientes que passaram em consulta na AMA correspondem ao objetivo específico, segundo as Diretrizes Técnicas da AMA (2009):

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.

É importante ressaltar que os casos e características compatíveis com baixa complexidade e com a AB foram abordadas no referencial teórico deste estudo. As fichas foram classificadas em “Corresponde ao objetivo da AMA” e “Não corresponde ao objetivo da AMA” de acordo com o diagnóstico apresentado.

Tabela 3 - Análise da amostra das fichas dos atendimentos realizados na AMA quanto à pertinência da queixa e o serviço, 2014.

Atendimentos	n	%
Correspondem aos objetivos da AMA	143	91,7%
Não correspondem aos objetivos da AMA	13	8,3%
Total	156	100,0

Fonte: Fichas de atendimento dos pacientes atendidos na AMA da STS Freguesia do Ó e Brasilândia (SP), 2014.

Do total de 156 fichas válidas atendidas pela AMA, 91,7% dos pacientes correspondem aos objetivos do equipamento, ou seja, os pacientes apresentaram diagnósticos pertinentes ao atendimento imediato. Apenas 8,3% dos pacientes, não deveriam ter ido a esse equipamento (tabela 3). Dentre as queixas apresentadas pelos pacientes encontram-se solicitações de atestados médicos, coleta de exames sem dor ou doença prévia, manchas na pele sem queixa, patologias crônicas e sem necessidade de atendimento imediato dentre outras. Todos os pacientes foram previamente avaliados pela enfermagem e passaram em consulta médica, independente da queixa apresentada.

Pelo que se pode evidenciar pela evolução numérica registrada no processo de implantação das AMAs, esse serviço demonstra ter respondido ao atendimento da demanda espontânea do município. Esses pacientes com certeza estariam nas filas dos prontos socorros aguardando atendimento das queixas que necessitam de certo imediatismo para sua resolução (Pinto *et al.*, 2009). Dessa forma, pode-se afirmar que essas unidades podem fornecer retaguarda para a AB, desde que fosse de maneira organizada e integrada.

Não se pode esquecer que a característica do atendimento da AMA está atrelada somente ao atendimento imediato, sem acompanhamento das doenças que necessitam de cuidado contínuo. A esse exemplo pode-se citar a hipertensão. Um paciente que apresente uma pressão arterial elevada pode procurar a AMA como equipamento de suporte. Porém, ele necessita de medicamentos de uso contínuo e de acompanhamento médico para reduzir as chances de uma nova crise. Esse acompanhamento a AMA não realiza. A retaguarda desse paciente é dada pela UBS ou ambulatórios de especialidades médicas.

Quando da criação das AMAs foi estabelecido um modelo de referência e contra referência, que obriga esse equipamento e mediante a esses casos, encaminhar o paciente para

a UBS através de vagas disponibilizadas no SIGA-SAÚDE. Qualificar o processo foi a denominação atribuída pelos precursores desses equipamentos, em resposta a organização do sistema em redes de atenção.

Outro dado levantado nas fichas de atendimento foi a necessidade ou não do paciente em realizar acompanhamento em equipamento específico, como UBS, ambulatórios de especialidades ou centro de atenção psicossocial (CAPS). Esse levantamento seguiu os critérios estabelecidos pelas Diretrizes Técnicas de AMA, seguindo o protocolo prioritário de referência da AMA para a UBS e de encaminhamento segundo Áreas Técnicas (São Paulo, 2009). Os pacientes foram então classificados em:

- a) Paciente com necessidade de acompanhamento externo: identificado como paciente em que existe a necessidade de acompanhamento fornecida por outro equipamento, exceto AMA, segundo critérios estabelecidos;
- b) Paciente sem necessidade de acompanhamento externo: identificado como paciente em que não é necessário acompanhamento de outras unidades.

A AMA faz o registro dos pacientes através das fichas de atendimento e não utiliza prontuário. Se o paciente necessita de um novo atendimento, seja em outro dia ou até mesmo, no mesmo dia uma nova ficha de atendimento é aberta, ou seja, não existe seguimento dos atendimentos, eles são independentes.

A tabela 4 mostra que 33,5% dos pacientes que deveriam estar na AMA necessitam de acompanhamento de outros equipamentos de saúde. A maioria dos pacientes, 66,4% não necessitam de acompanhamento de acordo com patologias descritas e segundo o protocolo de diretrizes técnicas. Esses pacientes não são encaminhados de volta para a rede de atenção.

Outro dado interessante é sobre os pacientes que não deveriam ter ido a AMA. 84,6% desses pacientes necessitam de acompanhamento e 15% não necessitam, ou seja, ele procurou uma unidade de pronto atendimento sem queixa pertinente e que não necessita de atendimento de outro equipamento da rede, naquele momento e sob as condições encontradas.

Tabela 4 - Perfil de atendimento dos pacientes que atendidos nas unidades de AMA da Freguesia do Ó e Brasilândia, fevereiro de 2014.

		Unidade		Total
		Corresponde aos objetivos da AMA	Não corresponde aos objetivos da AMA	
Paciente com necessidade de acompanhamento externo	n	48	11	59
	%	81,4%	18,6%	100,0%
Paciente sem necessidade de acompanhamento externo	n	95	2	97
	%	97,9%	2,1%	100,0%
Total	n	143	13	156
	%	91,7%	8,3%	100,0%

Fonte: Fichas de Atendimento dos pacientes das unidades de AMA da FÓ/Brasilândia (SP), 2014

A característica de “porta aberta” dessas unidades facilita o acesso dos usuários ao atendimento médico. Pinto (2009) destaca em seu estudo que a população manifesta preferência por essas unidades à UBS, justamente por esse motivo. Muitas vezes, o tempo de espera é muito reduzido. O paciente passa no serviço, é atendido pelo médico e de forma rápida. Essa facilidade complementa o estudo de Oliveira *et al.*(2004) que relata a preferência dos usuários por atendimentos de fácil acesso e rápidos, se adequando a rotina dos usuários em decorrência da falta de tempo pela jornada de trabalho e longe do domicílio.

Em análise dos pacientes que possuem necessidade de acompanhamento, 78% estavam em acompanhamento (tabela 5). Porém, quando deve-se pensar que 22% estão sem nenhum tipo de atendimento contínuo. São possivelmente pacientes hipertensos, diabéticos, crianças menores de 1 ano e idosos, com potencial risco pela falta de acompanhamento.

Tabela 5. Relação de acompanhamento entre os pacientes com e sem necessidade de acompanhamento, 2014.

		Necessidade de acompanhamento		Total
		Sim	Não	
Em acompanhamento	n	46	63	109
	%	78,0%	64,9%	69,9%
Sem acompanhamento	n	13	34	47
	%	22,0%	35,1%	30,1%
Total	n	59	97	156
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Fichas de Atendimento dos pacientes das unidades de AMA da FÓ/Brasilândia (SP), 2014.

Há de se pensar também em como esse usuário que não necessita de atendimento pode sobrecarregar o sistema desnecessariamente, acarretando em mais consultas e tornando o sistema ineficiente além de ser mais oneroso para o governo.

Mas será que esses pacientes que necessitam de acompanhamento estão sendo assistidos pela rede de atenção? Será que a facilidade de acesso da AMA não favorece que o paciente utilize o sistema indiscriminadamente e sem necessidade? Será que o paciente está devidamente assistido, com qualidade, pela rede de atenção de acompanhamento?

Através do histórico de atendimentos dos pacientes referentes às fichas analisadas, foi feito um levantamento de dois anos (2012 e 2013), sobre o número de vezes em que esse paciente passou em atendimento na AMA e em serviços de acompanhamento.

A tabela 6 descreve que dos 156 pacientes que passaram em atendimento na AMA passaram nesse equipamento 6,43 vezes e na UBS 2,06, totalizando 8,49 consultas. O parâmetro segundo a portaria 1101/MS, define o total de 2 a 3 consultas por habitante/ano, o que nessa amostra de pacientes, está abaixo do utilizado pelos usuários do sistema. O paciente que menos utilizou o sistema passou apenas 1 vez na AMA e nenhuma na UBS ou outro. O paciente que mais utilizou o sistema passou na AMA 81 vezes e 20 na UBS nestes últimos 2 anos.

Tabela 6 - Número de consultas por paciente na AMA e UBS em 2 anos (STS)

	Número de consultas por paciente (STS)		
	AMA	UBS	Total
nº Válido	156	156	156
Média	6,43	2,06	8,49
Mínimo	1	0	1
Máximo	81	20	89

Fonte: Relatório de frequência de atendimento por CNS, 2012 e 2013.

Tabela 7 – Distribuição da frequência de consultas/ano entre AMA e UBS (STS)

	Consultas/ano					
	Total		AMA		UBS	
	n	%	n	%	n	%
1 consulta/ano	22	14,1	37	23,7	111	71,2
2 a 3 consultas/ano	52	33,3	68	43,6	32	20,5
4 a 5 consultas/ano	40	25,6	26	16,7	11	7,1
> 5 consultas ano	42	26,9	25	16,0	2	1,3
Total	156	100,0	156	100,0	156	100,0

Fonte: Relatório de frequência de atendimento por CNS, 2012 e 2013.

A tabela 7 relaciona o número de atendimentos realizados e levantados por este estudo com a portaria 1101-MS 2002. Observou-se que mais de 50% dos pacientes tiveram acesso a mais de três consultas por ano, ficando a maioria nessa faixa. Esse número contempla o esperado pelo Pacto da Saúde. Porém, na relação entre AMA e UBS, notou-se nítida diferença na frequência entre os equipamentos, com 71,2% dos pacientes que tiveram acesso a UBS apenas uma vez no ano. O número estimado de vezes da unidade básica deve ser de 63% das consultas programadas, contra 12% das consultas de emergência em atenção básica.

Com esses dados pode-se questionar sobre o motivo de busca do paciente na AMA. Pode ser que o paciente que procurou o serviço de pronto atendimento tivesse realmente uma queixa pertinente para ser atendido, conforme descrito na tabela 4. Porém, deve-se refletir que a procura excessiva de um mesmo paciente, por exemplo, é um alerta em relação a sua condição de saúde. Esse fato pode remeter ao interesse em explorar o serviço prestado pelas UBS, por serem divulgadores da promoção e prevenção à saúde, tão explorada pela OMS.

Comparando esse dado com os da tabela 2 têm-se as condições de procura pelos diferentes serviços por pacientes que necessitam de algum tipo de acompanhamento. Espera-se que esse usuário seja acompanhado pelas UBS/ outros e que estejam controlados a ponto de não necessitarem de tantas intervenções de unidades de pronto atendimento.

Tabela 8 – Distribuição da frequência de consultas/ano dos pacientes em relação a necessidade de acompanhamento.

		Necessidade de acompanhamento		Total
		Sim	Não	
1 consulta/ano	N	9	13	22
	%	15,3%	13,4%	14,1%
2 a 3 consultas/ano	N	15	37	52
	%	25,4%	38,1%	33,3%
4 a 5 consultas/ano	N	18	22	40
	%	30,5%	22,7%	25,6%
Mais de 5 consultas ano	N	17	25	42
	%	28,8%	25,8%	26,9%
Total	N	59	97	156
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Relatório de frequência de atendimento por CNS, 2012 e 2013.

A tabela 8 apresenta a distribuição da frequência de consultas totais dos pacientes com e sem necessidade de acompanhamento e em como esses pacientes estão distribuídos na rede, considerando o número de consultas. Para esse segmento de pacientes notou-se que os pacientes que necessitam de acompanhamento passam em mais de 4 consultas por ano. Os pacientes que não necessitam de acompanhamento, passam de 2 a 3 consultas.

Tabela 9 – Distribuição da frequência de consultas/ano na AMA dos pacientes em relação a necessidade de acompanhamento.

		Necessidade de acompanhamento		Total
		Sim	Não	
1 consulta/ano	N	12	25	37
	%	20,3%	25,8%	23,7%
2 a 3 consultas/ano	N	26	42	68
	%	44,1%	43,3%	43,6%
4 a 5 consultas/ano	N	11	15	26
	%	18,6%	15,5%	16,7%
Mais de 5 consultas/ano	N	10	15	25
	%	16,9%	15,5%	16,0%
Total	N	59	97	156
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Relatório de frequência de atendimento por CNS, 2012 e 2013.

Esses mesmos pacientes que necessitam de acompanhamento, utilizam a AMA de 2 a 3 vezes ao ano, número ideal. Um número bastante importante que foi destacado é que 16,9% dos pacientes crônicos passam em unidades de pronto atendimento mais de 5 vezes ao ano. Esses pacientes devem ser observados por unidades básicas, para melhor investigação dos motivos pelo qual estão utilizando a AMA (tabela 9).

Tabela 10 – Distribuição da frequência de consultas/ano na UBS dos pacientes em relação a necessidade de acompanhamento.

		Necessidade de acompanhamento		Total
		Sim	Não	
1 consulta/ano	N	37	74	111
	%	62,7%	76,3%	71,2%
2 a 3 consultas/ano	N	17	15	32
	%	28,8%	15,5%	20,5%
4 a 5 consultas/ano	N	4	7	11
	%	6,8%	7,2%	7,1%
Mais de 5 consultas/ano	N	1	1	2
	%	1,7%	1,0%	1,3%
Total	N	59	97	156
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Relatório de frequência de atendimento por CNS, 2012 e 2013.

Quando analisamos sob a ótica da UBS, os pacientes que necessitam de acompanhamento passam em consulta uma vez ao ano. Esse número é bastante significativo e pode ser indicativo de que os pacientes estão frequentando pouco a UBS. Esse dado vem de encontro com o levantamento realizado no município e, até mesmo, na FÓ/ Brasilândia abordados no início do estudo (tabela 10).

Giovanella (2009) aborda a questão da integralidade do cuidado como fator determinante de saúde e vem de encontro com a visão da falta de assistência de acompanhamento desses pacientes, ocorridas em todo o município.

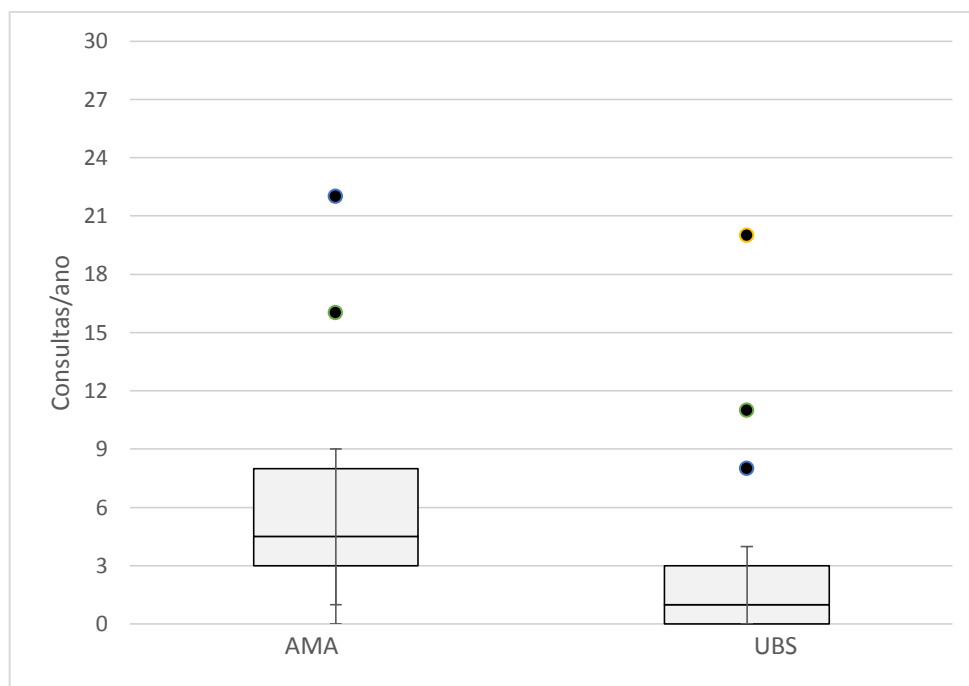


Figura 16. Número de consultas médicas/ ano nos anos de 2012 e 2013 na AMA e UBS.

Fonte: Relatório de frequência de atendimento por CNS, 2012 e 2013.

A figura 16 confirma graficamente a maior frequência da utilização da AMA como equipamento de saúde, principalmente em relação aos serviços de acompanhamento, como as UBS. Como já discutido, 70% das queixas que chegam na AMA são pertinentes a esse tipo de equipamento. Porém, destaca-se a importância em observar os casos que possuem forte tendência de adesão a esse tipo de equipamento, o que não deveria ocorrer.

De certa maneira, pode-se afirmar que esse tipo de modelo de assistência, atende as expectativas da população, principalmente no que diz respeito ao acesso. Pinto *et al* (2009), descreve a AMA como uma opção de porta aberta para o paciente. A grande questão fica em decorrência de maiores investimentos em outros equipamentos como a UBS e PS. O autor descreve em sua pesquisa a satisfação da população com a AMA, mas aborda o gerente local como fator importante para, em conjunto com o planejamento da SMS e CRS, direcionar e articular a saúde de maneira a favorecer o paciente. Essa visão administrativa proporcionou levantar e entender sobre como a demanda de atenção básica se comportou após a implantação das AMAs e fomenta novos estudos.

5 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente estudo está inserido dentro da área da Saúde Pública e foi analisado sob a ótica da Administração. O tema aborda questões relacionadas a gestão e planejamento e fundamenta aplicações práticas de um modelo de atenção já constituído em São Paulo.

A introdução de unidades de pronto atendimento (AMA) na atenção básica provocou mudanças significativas na distribuição da demanda após sua inclusão em 2005. Analisar esse comportamento é de fundamental importância para se estabelecer um retrato do modelo adotado e possibilitar um planejamento em saúde mais adequado às necessidades da população.

Dessa forma, proporciona aos gestores de diversos setores a análise crítica sobre a inserção de equipamentos, voltados ao atendimento de urgência e emergência nos territórios, como parte integrante da rede de atenção. Para os gestores dos equipamentos de saúde, indica-se a importância no planejamento e gerenciamento da demanda local de maneira responsável e integrada.

Aos gestores governamentais, a articulação em rede de assistência deve ser melhorada, com a diminuição dos custos e o aprimoramento da atenção ao usuário, fortalecendo a porta de entrada ao sistema, promovendo a atenção primária à saúde de acordo com os princípios do SUS.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A contextualização crítica do sistema macro e micro organizacional da saúde são imprescindíveis para que se consiga entender a organização do sistema e suas consequências para a população em geral, já que o mais importante a ser considerado são os benefícios gerados por essa rede de atendimento.

A autonomia dos municípios para planejar a saúde de acordo com a realidade a ele imposta foi, inegavelmente, de grande importância para atingir resultados positivos na condição de saúde da população, o que nem sempre é atingido como devido. O risco imposto por este movimento é a influência da divergência de idéias dos governantes locais, assim como a situação política e econômica da época e a prevalência de projetos político partidários.

Nos grandes centros, como na cidade de São Paulo, por exemplo, esse planejamento desfragmentado traz consequências para todo o sistema público. A população fica vulnerável ao próprio sistema de saúde, pois fica perdido entre diferentes nomenclaturas utilizadas para serviços de atuação semelhante como o acolhimento nas unidades básicas de saúde (urgência para a população adstrita), o atendimento das unidades de assistência médica ambulatorial, as unidades de pronto atendimento e prontos socorros, onde todos esses equipamentos possuem a missão em atender pacientes de demanda espontânea (sem consulta previamente agendada).

Para que se atinja o resultado adequado é necessário um bom planejamento e conhecimento do território e das condições de vida e de trabalho da população local pelo gestor de saúde e que os trabalhadores do sistema e a população interfiram nesse processo.

Dentro desse contexto, a criação das AMAs pelo município de São Paulo, provocou um impacto no atendimento e proporcionou uma maior oferta de consultas para a população. Porém, é preocupante a curva descendente do número de atendimentos realizados nos últimos anos nas UBS em contrapartida ao aumento de consultas dos serviços de urgência e emergência, sem consulta agendada.

Quando nos referimos ao acompanhamento e prevenção de doenças fica claro que a população está nitidamente procurando serviços de fácil acesso e baixa resolubilidade. O foco ficou voltado ao pronto atendimento, a soluções voltadas a queixas agudas e de baixa complexidade. A descaracterização e desentendimento da população frente ao que realmente é saúde se tornam preocupante. A obrigação de quem entende sobre saúde em transmitir

conhecimento sobre o tema é urgente, seja no ambiente micro e no contato direto com o paciente, seja no macro pelas autoridades do assunto em atingir grandes massas. Deve-se utilizar dos meios disponíveis para articular a rede de modo que todos os equipamentos estejam articulados e que cada segmento de atenção tenha uma proposta efetiva, com características próprias e bem sedimentadas.

Como limitações do estudo e recomendações para novos estudos:

- 1) O estudo foi aplicado apenas em um território da Zona Norte de São Paulo. As características das outras regiões podem se manifestar de formas diferentes, devendo ser abordada em outros estudos.
- 2) O estudo de demanda será realizado somente na atenção básica, especificamente nas unidades de AMA. O estudo pode ser estendido a outros equipamentos de saúde, incluindo unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais.
- 3) A amostra das fichas de atendimento foi elencada por sorteio, podendo ser escolhido por meio de outros critérios;
- 4) As fichas de atendimento e relatórios utilizados no estudo podem apresentar variação nas informações, pois os profissionais técnicos e administrativos, não foram calibrados para a inserção dos dados nas fichas e no sistema, podendo haver distorções nos dados. Melhorar, através da calibração dos profissionais, a inserção adequada dessas informações.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, R.A.T. (2003). *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, MG, Brasil.
- Almeida, P. F., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., & Escorel, S. (2010). Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*, 26(2), 286–98.
- Amaral, M. A., & Campos, G. W. S. (2012). Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In G. V. Neto & A. M. Malik. *Gestão em saúde* (Cap. 5, pp. 73–84). São Paulo: Elsevier.
- Andrade, L. O. M., & Minayo, M. C. S. (2012). Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2862.
- Azevedo, A. L. D. C. S., Pereira, A. P., Lemos, C., Coelho, M. F., & Chaves, L. D. P. (2010). Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 736-745. Recuperado em 03 de junho, 2014, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/v4/v12n4a20.htm>.
- Baraldi, D. B., & Souto, B. G. A. (2011). A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 36(1), 10–17.
- Barbieri, A. R., Oliveira, L. H., Andrade, S. M. O., & Tanaka, O. Y. (2010). A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, 10 (Supl. 1): S201-S208.
- Bernardes, E. H. (2013). • Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção. *Ciência et Praxis*, 1(1), 47–52.
- Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saude Coletiva*, 7(3), 401–12.
- Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2007). Sistema Único de Saúde. *Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS*, 1., 291p. Brasília, DF
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva - trajetória e orientações de operacionalização. *Textos Básicos de Saúde*, 381p. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família*. 28(1), 56p. Brasília, DF. Recuperado em 02 de abril, 2014, de http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2014). *Redes de Atenção à saúde*. Recuperado em 20 de junho, 2014, de http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php.

Brasil, Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Regulação, Avaliação e Controle / Coordenação Geral de Sistemas de Informação. (2008). *Manual do Sistema de Informação Ambulatorial / SIA*. Atualização Vol 2, 96 p. Recuperado em 02 de abril, 2014, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva*, 5(1), 163–177.

Campos, G. W. S. (2007). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 301–306.

Campos, G. W., Barros, R. B., & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 745–9.

Campos, G. W. S., Minayo, M. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. (2008). *Tratado de saúde coletiva* (2a ed.). São Paulo: Hucitec, 13–837.

Carneiro, M. F. D. S. (2010). *Gestão Pública: o papel do planejamento estratégico, gerenciamento de portfólio, programas e projetos e dos escritórios de projetos na modernização da gestão pública*. Rio de Janeiro: Brasport.

Castro, J. D. (2002). Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, 7, 122-35.

Chiavenato, I. (2008). *Os novos paradigmas: Como as mudanças estão mexendo com as empresas* (5a ed.). São Paulo: Manole.

Chiavenato, I. (2003). *Introdução à teoria geral da administração* (9a ed.). São Paulo: Elsevier.

Conill, E. M. (2008). Sistemas Comparados em Saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs). *Tratado de saúde Coletiva* (Cap. 17, 563-614). São Paulo: Hucitec.

Costa, J.S.D., Olinto, M.T.A, Gigante, D.P., Menezes, A.M.B., Macedo, S., Daltoé, T., Santos, I.S., Fuchs, S.C. Utilização dos Serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: Alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro*, 24 (2), 353-363.

Dreyer, M. F. V. (2010). *Uma proposta para o planejamento regional do SUS*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Ba, Brasil. Recuperado em 12 de fevereiro, 2014, de <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/10354/1/5555.pdf>.

Erdmann, A. L., Andrade, S. R., Mello, A. L. S. F., & Drago, L. C. (2013). A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(esp), 131–139.

Fausto, M. C. R., Matta, G. C. (2007). Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas Morosini, M., & Corbo, A. D. (2007). *Modelos de atenção e a saúde da família*. (pp. 43-68). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Feuerwerker, L. (2005). Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*, 9(18), 489–506.

Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. saúde pública*, 15(2), 345–353.

Gil, C. R. R. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro Primary health care, basic health care, and family health program: synergies and singularities. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), 1171–1181.

Giovanella, L., Fleury, S. (1996). Universalidade na Atenção à Saúde: o acesso como categoria de análise. In: Eibenschütz, C. (Org). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pag177-198.

Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., Escorel, S., Senna, M. C. M., Fausto, M. C. R., Martins, M. I. C. (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 783–94.

Guerra, M., Gonçalves, A. G., & Chaebo, G. (2014). Instituições e políticas públicas no Brasil: agenda de pesquisa para a saúde. *Gestão e Saúde*, 5(1), pag–194.

IBGE- Nota Metodológica Projeção Revisão, 2013. (2013). Recuperado em 14 de março, 2014, de ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf.

Jesus, W. L. A. (2006). Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana (BA), Brasil.

Jesus, W. L. A., & Assis, M. M. A. (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 161–170.

Kovacs, M. H., Feliciano, K. V., Sarinho, S. W., & Veras, A. (2005). Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr*, 81(3), 251–8.

Leatt, P., Pink, G. H., & Naylor, C. D. (1996). Integrated delivery systems: Has their time come in Canada?. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 154(6), 803.

Lei nº: 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 128(182). Brasília, DF.

Lucchese, P. T. (2003). Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 439–448.

Malik, A. M. (2001). Oferta em serviços de saúde. *Revista USP*, (51), 146-157. Recuperado em 14 de maio, 2014, de <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/35109/37848>.

Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas.

Maximiano, A. C. A. (2007). *Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital*. São Paulo: Atlas.

Mendes, E. V. (2007). Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. *Brasília: Ministério*.

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 15(5), 2297–2305.

Menicucci, T. M. G. (2009). O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas *Cad. Saúde Pública*, 25(7), 1620-1625.

Merhy, E. E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 305–314.

Ministério da Saúde – Portal da Saúde - www.saude.gov.br - Entenda o SUS. Recuperado em 9 de junho, 2014, de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>.

Monken, S. F., Biancolino, C. A., & Maccari, E. A. (2012). O Cartão Nacional de Saúde (CNS) como Instrumento de Análise Mercadológica da Demanda Feminina na Assistência Ambulatorial. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 1(2), 102-121.

Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação* 22(37), 7-32.

Nunes, E.D., (2008). Saúde Coletiva: Uma História Recente de um Passado Remoto. In Campos. G.W.S., Minayo. M.C.S., Akerman.M., Drumond.M., Carvalho.Y.M.(Org). *Tratado de Saúde Coletiva* (Cap. 1, pp. 19-39). São Paulo-Rio de Janeiro: Fiocuz.

Oliveira, L. H., de Mattos, R. A., & de Souza, A. I. S. (2009). Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial: uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora [versão eletrônica]. *Ciência & Saúde Coletiva* 14(5), 1929-1938.

Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / OMS- Brasília, DF*.

- Paim, J. S. (1992). A Reforma Sanitária e a municipalização. *Saúde e Sociedade*, 1(2), 29–47.
- Paim, J. S. (2007). Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em*, 20, 91–122.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Ba, Brasil. Recuperado em 12 de fevereiro, 2014, de <http://xa.yimg.com/kq/groups/21524420/217908517/name/Reforma+Sanitaria+Brasilera.pdf>.
- Paim, J. S. (2009). Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, 33(81), 27–37.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. *Revista saúde pública*, 32(4), 299–316.
- Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*, 40(Esp), 73-78.
- Pereira, D. C. D. (2010). Estudo do impacto das AMAs na demanda de internações por condições sensíveis à atenção básica no município de São Paulo. Dissertação de mestrado. Fundação Getulio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.
- Pinto, N. R. D. S., Spedo, S. M. & Tanaka, O. Y. (2009). A (re) construção do SUS no município de São Paulo SP: Uma avaliação sobre a incorporação da integralidade na política municipal de saúde. (Tese) Doutorado. USP p 106-37.
- Piovesan, A., Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública*, 29(4), 318-325
- Pires, M. R. G. M., Göttems, L. B. D., Martins, C. M. F., Guilhem, D., & Alves, E. D. (2010). Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Cien Saude Colet*, 15(Supl 1), 1009-1019.
- Portaria nº2048, de 5 de novembro de 2002, Publicação L. No. 2048 (2002)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 19 de fevereiro, 2014, de http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_2048_B.pdf.
- Portaria nº1535, de 27 de setembro de 2006, Publicação L. No. 1535 (2006)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 08 de abril, 2014, de <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6188>.
- Portaria nº4279, de 30 de dezembro de 2010, Publicação L. No. 4279 (2010)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 22 de janeiro, 2014, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Puccini, P. T. (2008). 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*, 24(12), 2755–2766.

São Paulo. (2007). Secretaria Municipal de Saúde. Documento técnico Preliminar de AMA.

São Paulo. (2009). *Diretrizes Técnicas da Assistência Médica Ambulatorial na Atenção Básica*, Coordenação da Atenção Básica, 46 páginas.

São Paulo. (2011). Compartilhando Lições Aprendidas: 2005-2011. *Secretaria Municipal da Saúde Coordenação da Atenção Básica*, São Paulo: 256 páginas.

Schraiber, L. B., Peduzzi, M., Sala, A., Nemes, M. I. B., Castanhera, E. R. L., & Kon, R. (1999). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 221–261.

Silva, S. F. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2753–2762.

Silva, P. L. B. (2003). Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1), 69–85.

Sousa, M. F. (2010). UPAs, AMAs, AMEs e PSF–Nenhum a Menos... *Saúde Coletiva*, 7(44), 229.

Souza, E. C. F., Vilar, R. L. A., Rocha, N. S. P. D., Costa Uchoa, A., & Rocha, P. M. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. *Cad. saúde pública*, 24(Sup 1), S100–S110.

Spedo, S. M., Tanaka, O. Y., & Pinto, N. R. D. S. (2009). O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1781-1790.

Teixeira, C. F., & Paim, J. S. (2000). Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 63–80.

Teixeira, C. F., Paim, J. S., & Vilasbôas, A. L. (1998). SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. SUS*, 7(2), 7–28.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Revista Saúde Pública*, 39(3), 507–14.

Vecina, G., & Malik, A. M. (2007). Trends in hospital care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 825–839.

Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., Martins, M., Noronha, J.C., Novaes, H.M.D., Oliveira, E.S., Porto, S.M., Silva, L.M.V. & Szwarcwald, C. L. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*, 9(3), 711-24.

Viegas, S. M. F., & Penna, C. M. M. (2013). O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 181-190.

Vieira, F. S. (2009). Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(supl 1), 1565-1577.