

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

Public outpatient clinics in the city of São Paulo, Brazil: operational conditions and repercussions on primary care in the Unified National Health System, 2006

Paulo de Tarso Puccini ¹

¹ Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

P. T. Puccini
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
Rua Domingos de Moraes
1810, São Paulo, SP
04010-200, Brasil.
ppuccini@terra.com.br

Abstract

In the process of building the Unified National Health System (SUS) as a comprehensive, universal policy in Brazil, an essential element (and unmet challenge) is to serve the demand for treatment without previously scheduled appointments, as part of upgrading primary care. In 2005, the São Paulo Municipal Health Department began implementing so-called outpatient medical care units (AMA), aimed at establishing an alternative to primary care units for meeting this demand. The aim of the current study was to verify the operating conditions of these new medical services and their repercussions on primary care in the SUS, in relation to the principles of universal, comprehensive, seamless care. A cross-sectional descriptive study was developed on the basis of data from secondary sources pertaining to outpatient services in the city of São Paulo and the conditions for the organization and functioning of the existing AMA units in 2006. These units display various structural and operational inadequacies, and the role they play in the health care model fails to confirm a positive impact on valuing primary care in keeping with the principles and strategies of the SUS.

Right to Health; Comprehensive Health Care; Organization and Administration; Basic Health Services; Outsourced Services

Introdução

Desde as primeiras mudanças influenciadas pelo movimento brasileiro de reforma sanitária, a discussão de como mudar o modelo assistencial tem priorizado o tema da atenção básica de saúde como uma questão estratégica.

As novas condições para a organização das ações de saúde no país, concretizadas com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), inauguraram um novo ciclo de disputas, qualitativamente distinto. Os princípios do SUS, em especial o da integralidade das ações, como qualificadores do direito social nascente, são elementos que impulsionam, na organização dos serviços, a disputa entre o provimento mínimo e o básico do direito à saúde, entre um “SUS para os pobres” e o SUS como uma política pública integral e universal. É um momento privilegiado no qual se constituem as alianças sociais para que o alcance e a abrangência das políticas públicas não sejam reduzidos ao mínimo ¹.

Nesse processo de construção do SUS como política integral e universal, o equacionamento do atendimento à demanda não-agendada é essencial para a qualificação da atenção básica e um desafio ainda não superado. A insuficiência da rede básica, a rigidez das suas programações tradicionais resultam em grande e desnecessária procura da população por prontas-socorros ou por ambulatorios de especialidades. Em consequência, as unidades básicas perdem sua almeja-

da condição de local onde se privilegiam os cuidados contínuos e a credibilidade para realizar ações de promoção e proteção^{2,3,4}.

No ano de 2005, a Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, Brasil, iniciou a instalação de um serviço de atendimento médico denominado assistência médica ambulatorial (AMA), realizado, em geral, em unidades acopladas às unidades básicas de saúde. Segundo a administração municipal, o objetivo com essas unidades é ampliar o acesso de pacientes que necessitam de atendimento imediato, racionalizar, organizar e estabelecer o fluxo de pacientes para as unidades básicas de saúde, ambulatoriais de especialidades e hospitais.

A proposta oficial para essas unidades é que devam funcionar de segunda-feira a sábado, das 7 às 19 horas, com equipe médica composta por dois médicos clínicos, dois médicos pediatras e um médico cirurgião ou ginecologista. Ainda, conforme decisão da administração municipal, a gestão das unidades AMAs está sendo compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde e instituições parceiras.

Considerando-se as possíveis repercussões dessa proposta no direcionamento do modelo assistencial do SUS, em especial, na conceitualização e prática da atenção básica de saúde, que passará a conviver com essas unidades intermediárias entre ela e o pronto-socorro, é motivador e oportuno conhecer e discutir essa iniciativa da administração municipal de São Paulo.

O objetivo deste trabalho foi, portanto, verificar as condições de funcionamento dessas novas unidades e suas repercussões na atenção básica do SUS, confrontando-as com os princípios da universalidade, da integralidade e da saúde como coisa pública, reconhecida legalmente como uma obrigação do Estado.

Método

Estudo descritivo transversal com base em dados de fontes secundárias: (1) dados disponíveis no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Análise das condições de funcionamento das unidades de assistência médica ambulatorial – AMAs, do Município de São Paulo – 2006), referentes às condições de organização e funcionamento das unidades AMAs, reunidos por meio de levantamento sistemático realizado no período de 11 de outubro de 2006 a 20 de dezembro de 2006, sobre o universo das trinta unidades então existentes; (2) dados referentes à produção ambulatorial do Município de São Paulo, disponíveis no Sistema de Informações

Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS; Departamento de Informática do SUS. ftp://msbbs.datasus.gov.br/Arquivos_Publicos/Estado_SP/00_index.htm, acessado em 10/Mar/2007). Na organização da série histórica anual da produção ambulatorial foi considerado o período 2000-2006 para possibilitar comparações desde 2000, que foi o último ano de funcionamento do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), antes de o Município de São Paulo integrar-se ao SUS.

A análise dos dados foi realizada mediante o uso do programa Excel 2003 (Microsoft Corp., Estados Unidos) e do TabWin 3.2 (Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde, Brasil), apresentando informações de estatística descritiva. Os resultados foram organizados em cinco grupos temáticos: contratação das parceiras, instalação e gestão das AMAs, situação do corpo clínico, organização da assistência, produção de consultas médicas.

A autorização para utilização dos dados levantados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, embora públicos, foi formalmente solicitada e concedida.

Resultados

As unidades AMAs tinham funcionamento recente quando da coleta dos dados. A média de tempo de existência no período de outubro a dezembro de 2006 foi de dez meses. Quatro delas foram inauguradas entre março e setembro de 2005, 25 (83,3%) entre dezembro de 2005 e maio de 2006 e uma em setembro de 2006.

Contratação das parceiras

A gestão das unidades AMAs era feita segundo um modelo de parceria que transfere para empresas privadas, classificadas como *organizações sociais*, os serviços públicos estatais do SUS. A empresa parceira, uma vez habilitada pelo poder executivo à condição de organização social e por ele conveniada, passa a responder pela gerência das unidades. A forma de contratação adotada, formalizada em termo convenial, se processa de modo a dispensar os procedimentos licitatórios. Segundo informa o conselho sobre o modelo de termo de convênio assinado entre Prefeitura Municipal e parceira, esta é responsável pela organização, fiscalização e pelo pagamento de todo o pessoal técnico e de apoio necessário ao bom desenvolvimento das ações, constituindo, também, com suas obrigações: contratar serviços de terceiros; manter em perfeitas condições de uso os equipamentos e o instrumental; entregar mensalmente o rela-

tório de prestação de contas; responsabilizar-se pela orientação técnico-científica adotada na prestação de serviços na AMA.

Foram identificadas como empresas parceiras sete instituições, cada uma delas responsável por um grupo de 2 a 10 AMAs. No período de observação, uma das parceiras estava abdicando da gestão de três AMAs, sob a sua responsabilidade, por motivos relacionados à sua crise gerencial. As empresas parceiras identificadas são conhecidas atuantes na gestão de hospitais terceirizados pelo governo estadual e na implementação do Programa Saúde da Família pelo município, também levado a cabo, desde o governo municipal anterior, por meio da terceirização.

Verificou-se que o convênio para a gestão das AMAs estabelecido entre o poder público e a instituição parceira foi variado. Em alguns casos, foi utilizada uma extensão de convênio, anteriormente existente, entre a Secretaria de Estado da Saúde e essas instituições parceiras. Essa contratação da parceira pelo gestor estadual, para atuar nos serviços próprios da Prefeitura Municipal, era paga com recursos do Estado. Em outras situações foi uma extensão de convênio existente, para implantação do Programa Saúde da Família (PSF), entre a Prefeitura Municipal e as instituições parceiras e, em outras, foi firmado um convênio específico para administração das AMAs.

Nas cláusulas do termo de convênio observa-se dentre as obrigações da parceira a exigência de envio à *conveniente* de um relatório mensal de atividades, para o controle operacional da *conveniada*, pelo qual deve-se comunicar os volumes de atividades realizadas pela *conveniada* e que serão utilizados pela *conveniente* como documento comprobatório para a liberação do pagamento à parceira. Isto é, há uma fixação de metas e controles de produção de volumes de atendimentos que são utilizados pela *conveniente* como forma de gestão do convênio.

Indagada sobre as metas que fundamentam a natureza do convênio, a Secretaria Municipal da Saúde informou ao conselho que a meta contratual a ser alcançada era de pelo menos 4.500 consultas/mês por unidade, e que todas as AMAs estavam cumprindo as metas estabelecidas. Entretanto, verificou-se que embora estabelecido no termo de convênio que a parceira estaria obrigada a garantir uma produção estimada de 900 consultas/mês por médico, por ela agenciado, e a manter no mínimo as especialidades de clínica médica, pediatria e ginecologia, havia unidades, no período da verificação, que não contavam com atendimento na especialidade de ginecologia, conforme previsto.

A instalação e a direção das AMAs

A maioria das unidades, 23 delas (76,7%), foi instalada de forma acoplada a uma unidade básica de saúde e raramente houve expansão de área física. Em geral, ocorreu um processo de ocupação de parte da área da unidade cuja destinação de uso original foi alterada para abrigar o atendimento da unidade AMA. Apenas seis unidades foram instaladas de forma isolada. Chamou a atenção o fato de uma das trinta AMAs ter sido instalada de forma acoplada a um pronto-socorro, o que não condiziria com os fundamentos manifestos na proposta original.

Em relação à direção das unidades, verificou-se uma situação de duplo comando na direção das unidades AMAs, na medida em que o poder de planejamento e controle é amealhado entre o detentor formal do cargo público que responde pela unidade à qual a AMA foi acoplada, e o responsável da outra parte, da instituição parceira. Assim, de posse da condição de responsáveis pela contratação do pessoal, organização das escalas e supervisão do seu pessoal a elas contratualmente subordinado, as parceiras ou as empresas por elas contratadas – “quarteirizadas” – exerciam de fato o comando sobre os trabalhadores de saúde e sobre os processos de trabalho das AMAs.

Identificou-se, ainda, que em uma mesma unidade básica de saúde/AMA coexistiam até seis empresas privadas, cada uma delas responsável por parte das atividades, tais como os serviços de vigilância, limpeza, manutenção, patologia clínica, remoção e radiologia. Em algumas unidades a parceira utilizava-se dos serviços dessas empresas contratadas e pagas pela administração municipal.

A situação do corpo clínico

As empresas parceiras nem sempre eram as contratantes diretas da mão-de-obra médica, resultando num processo de “quarteirização do trabalho” via cooperativas ou empresas médicas contratadas pelas empresas parceiras. Três das sete parceiras contratavam diretamente os médicos pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). As demais se utilizavam de formas de quarteirização: cooperativa médica, empresas médicas e médicos autônomos, sem qualquer vínculo formal.

Nessa diversidade de formas e de responsabilidades na contratação, identificaram-se, ainda, diferenças na remuneração médica, conforme a instituição parceira, assim como entre os médicos contratados para a AMA e aqueles que já trabalhavam na unidade original. A remuneração bruta dos que trabalham nas AMAs variou

entre R\$ 470,00 e R\$ 584,00 por plantão de 12 horas, tomado como referência. Em relação às informações sobre as características dos médicos das AMAs obtiveram-se dados referentes a 17 (56,7%) delas. Nessa amostra, não-probabilística, o número de médicos e a carga horária semanal por especialidade de atendimento estão apresentados na Tabela 1, na qual pode ser observado que somente 5 (27%) das 17 possuem atendimento em cirurgia ou ginecologia como previsto.

Em relação à instituição de ensino na qual os médicos atuantes nas unidades AMAs concluíram o curso de graduação, verificou-se que havia profissionais formados em 61 escolas médicas, das quais dez agrupavam 50% do total de horas médicas contratadas. A mediana do tempo de formado dos profissionais procedentes da instituição de ensino com maior número de horas contratadas para as AMAs foi de dois anos (Tabela 2).

Considerando-se o total de 396 médicos, verificou-se que a mediana do tempo de formado foi de sete anos e que 25% deles tinham até três anos de formado. Acrescente-se a esse quadro que as parceiras, cujas obrigações incluem a orientação

técnico-científica, não tinham oferecido, até o momento das visitas, atividades formais e organizadas de capacitação do pessoal.

A organização da assistência nas AMAs

O horário de funcionamento de 28 AMAs era das 7 às 19 horas de segunda-feira a sábado e duas delas funcionavam 24h, todos os dias da semana. O tempo médio de espera para o atendimento médico nas AMAs foi de 69 ± 8 minutos.

Em relação às comissões obrigatórias, conforme resoluções do Conselho Federal de Medicina ^{5,6}, 2 (6,6%) AMAs possuíam Comissão de Ética Médica e 1 (3,3%) Comissão de Revisão de Prontuário.

Em relação à estrutura física e aos equipamentos para a realização de algumas atividades, considerando-se um rol de exigências básicas, conforme legislação pertinente ^{7,8}, verificou-se que, em geral, as AMAs não estavam adequadas para o primeiro atendimento de urgência ou emergência. Destaque-se a inadequação das condições para o atendimento na sala de emergência e para a realização de observação do paciente (Tabela 3).

Tabela 1

Número de médicos e horas semanais disponíveis, segundo assistência médica ambulatorial (AMA) e especialidade de atendimento. São Paulo, Brasil, 2006.

AMA	Cirurgia/Ginecologia		Clínica médica		Pediatria		Total	
	n	Horas/ semana	n	Horas/ semana	n	Horas/ semana	n	Horas/ semana
Chácara Cruzeiro do Sul	-	-	3	84	11	288	14	372
City Jaraguá	-	-	9	144	14	216	23	360
Dr. Geraldo S. Ferreira	-	-	3	108	5	180	8	288
Guaianases	-	-	12	216	7	120	19	336
Jardim Independência	-	-	17	252	8	144	25	396
Jardim Ângela	8	84	16	252	17	294	41	630
Jardim Campinas	5	84	10	144	8	168	23	396
Jardim Etelvina	-	-	20	276	8	96	28	372
Jardim Peri	-	-	6	216	5	168	11	384
Jardim São Luiz	-	-	17	222	11	120	28	342
Parque Maria Domitila	-	-	14	216	9	132	23	348
Parque Novo Santo Amaro	4	72	11	168	11	168	26	408
Sacomã	7	84	25	312	19	264	51	660
Vila Califórnia	-	-	12	210	5	120	17	330
Vila Guarani	-	-	6	216	3	108	9	324
Vila Guilherme	6	72	9	132	9	144	24	348
Vila Oratório	-	-	17	240	9	144	26	384
Total	30	396	207	3.408	159	2.874	396	6.678

Fonte: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Análise das condições de funcionamento das unidades de assistência médica ambulatorial do Município de São Paulo, 2006.

Tabela 2

Horas médicas semanais contratadas, número de médicos e mediana do tempo de formado (em anos), segundo escola médica de graduação. São Paulo, Brasil, 2006.

Escola médica	Horas médicas semanais			Número de médicos	Mediana do tempo de formado
	n	%	% acumulado		
Universidade Severino Sombra *	516	7,7	7,7	25	2
Universidade de São Paulo	508	7,6	15,3	29	5
Faculdades de medicina do exterior	424	6,3	21,7	22	19
Centro Universitário Lusíadas	334	5,0	26,7	15	5
Universidade de Santo Amaro *	336	5,0	31,7	16	3
Universidade Federal do Pará	294	4,4	36,1	19	10
Universidade São Francisco *	276	4,1	40,3	11	1
Universidade de Mogi das Cruzes	252	3,8	44,0	13	17
Universidade Federal de São Paulo	240	3,6	47,6	17	9
Universidade Gama Filho *	174	2,6	50,2	13	1
Demais	3.324	49,8	100,0	218	7
Total	6.678	100,0		398	7

Fonte: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Análise das condições de funcionamento das unidades de assistência médica ambulatorial do Município de São Paulo, 2006.

* Escolas com profissionais cuja mediana de tempo de graduação é de até três anos.

Em 12 (40%) AMAs não havia leitos para a observação das crianças e em 10 (33,3%) delas não havia leitos para observação de adultos. Somente 1 (3,3%) realizava a separação da observação por sexo.

Os registros dos atendimentos eram feitos em folhas avulsas de atendimento. Duas (6,7%) AMAs usavam uma ficha específica para o registro do atendimento na observação. Em 22 (73%) AMAs foram encontrados registros médicos que não atendem os requisitos legais, conforme legislação pertinente⁶.

Em 9 (30%) AMAs há freqüente marcação (formal ou informal) de retorno. Nesses casos, o registro do seguimento tem se dado em novas fichas avulsas, sem a abertura de prontuário para o seguimento da pessoa em tratamento.

A espera para agendar nas unidades básicas de saúde era em média de noventa dias para a clínica médica e de quarenta dias para a pediatria, segundo informações dos responsáveis. Em apenas 2 (6,6%) o encaminhamento para uma unidade básica de saúde, quando necessário, incluía agendamento prévio.

Os pacientes que chegavam à unidade em horários próximos ao seu fechamento eram orientados a procurar atendimento no pronto-socorro mais próximo, para o que algumas AMAs providenciavam um transporte em grupos de pacientes. Aqueles que estavam em observação eram removidos, com acesso nem sempre asse-

Tabela 3

Distribuição das assistências médicas ambulatoriais (AMAs), segundo adequação para a realização de algumas atividades. São Paulo, Brasil, 2006.

Atividade/Instalações	AMA em situação adequada	
	n	%
Emergência	2	6,7
Observação	2	6,7
Geral *	14	46,7
Medicação	17	56,7
Sutura	21	70,0
Inalação	22	73,3

Fonte: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Análise das condições de funcionamento das unidades de assistência médica ambulatorial do Município de São Paulo, 2006.

* Inclui manutenção, limpeza, sinalização, acomodações, bebedouro e sanitários públicos.

gurado, para um pronto-socorro mais próximo por meio de ambulâncias. Em 8 delas (26,7%) afirmou-se haver dificuldades para referenciar os pacientes. Em 20 (66,7%) AMAs havia, no local, ambulância transporte e em 3 (10%) ambulância UTI. Apesar dessa estrutura, em 11 delas (36,7%) afirmou-se que a remoção ocorria com dificuldades.

Produção de serviços

Em relação aos atendimentos médicos, foram enviados ao conselho dados de 18 unidades. Dezesete delas que funcionaram durante o trimestre julho a setembro apresentaram média de 7.148 consulta/mês, numa relação média de cinco consultas/hora médica contratada, e em algumas unidades este valor chegava a sete consultas/hora.

Analisando-se os dados do SIA-SUS verificou-se a tendência global da produção de consultas médicas nos diferentes serviços municipais de saúde.

Na análise comparativa dos tipos de serviços ao longo dos últimos sete anos, apresentada na Tabela 4, foram considerados três grupos de atividades: o grupo 1 reúne a produção de consultas médicas das unidades AMAs em conformidade com a norma da administração municipal⁹ que,

Tabela 4

Comparativo dos atendimentos médicos na atenção básica e na urgência realizados nas unidades públicas do Município de São Paulo, Brasil, no período 2000-2006.

Procedimentos (SIA-SUS) *	Atendimentos médicos no ano						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Grupo 1							
0201102: consulta/atendimento de urgência clínica básica com remoção	51.363	29.214	44.838	42.804	91.394	27.712	43.923
0201103: consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas	902.269	596.165	583.141	859.088	1.056.317	850.562	2.088.458
0201104: atendimento médico de urgência com observação – até 8 horas	0	0	0	5.277	34.555	49.187	111.711
Total grupo 1	953.632	625.379	627.979	907.169	1.182.266	927.461	2.244.092
Grupo 2							
0201201: atendimento clínico – indicação/fornecimento de diafragma	1.403	1.052	286	555	2.386	3.622	847
0201202: atendimento clínico – indicação/inserção de DIU	2.025	1.835	3.960	6.198	7.910	7.119	5.358
0201203: consulta de pré-natal realizada por médico	383.267	379.863	495.474	559.324	496.792	551.729	464.282
0201204: consulta em clínica médica	2.612.483	2.935.762	3.263.472	2.668.535	2.582.791	2.672.913	2.388.559
0201205: consulta em gineco-obstetrícia	532.621	477.449	418.303	273.664	220.965	216.458	232.245
0201206: consulta em ginecologia	1.298.440	1.390.389	1.839.126	1.681.027	1.640.847	1.915.886	1.553.239
0201207: consulta em pediatria	1.953.500	2.635.969	2.987.926	2.568.088	2.393.638	2.654.589	2.304.804
0201208: consulta médica do PSF	347.349	606.313	950.230	1.486.999	1.933.365	2.241.715	2.316.526
0201209: consulta médica domiciliar	12.202	10.090	19.205	29.869	35.434	47.701	81.128
0201210: consulta médica para hanseníase	1	0	52	933	1.396	1.478	1.136
0201211: consulta médica puerperal – assistência obstétrica	0	56	1.631	8.864	17.739	26.126	29.029
0201212: consulta médica diagnóstica para diabetes mellitus	0	385	1.364	2.037	2.324	4.326	11.641
0201213: acompanhamento médico de portadores de diabetes mellitus	0	2.982	9.832	44.407	63.276	84.023	109.794
0201214: consulta médica – identificação de casos novos de tuberculose	0	0	213	3.855	5.094	2.858	3.228
0201215: consulta/tratamento auto-administrado – tuberculose	0	0	243	2.042	2.091	2.168	2.011
0201216: consulta/tratamento supervisionado – tuberculose	0	0	26	551	2.134	1.383	2.224
Total grupo 2	7.143.291	8.442.145	9.991.343	9.336.948	9.408.182	10.434.094	9.506.051
Grupo 3							
0701101: atendimento médico com observação – até 24 horas	467.064	463.544	495.190	531.836	625.249	684.858	660.155
0701104: atendimento médico especializado – urgência/emergência	4.853.569	5.438.524	7.381.788	8.012.831	8.654.710	9.689.611	8.879.352
Total grupo 3	5.320.633	5.902.068	7.876.978	8.544.667	9.279.959	10.374.469	9.539.507
Total	13.417.556	14.969.592	18.496.300	18.788.784	19.870.407	21.736.024	21.289.650

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS; Departamento de Informática do SUS. ftp://msbbs.datasus.gov.br/Arquivos_Publicos/Estado_SP/00_index.htm, acessado em 10/Mar/2007).

* Grupo, código e descrição.

em 13 de fevereiro de 2006, determinou que a produção destas ações deveria ser codificada e apresentada no SIA-SUS como um dos procedimentos deste primeiro grupo (códigos: 0201102, 0201103 e 0201104). Ressalta-se que esses códigos de procedimentos já eram utilizados para registrar parte da produção da unidade básica. A produção da AMA vai, portanto, adicionar-se ao volume de produção já anteriormente apresentado nesses códigos utilizados. O grupo 2 refere-se a procedimentos médicos realizados nas unidades básicas de saúde, e o grupo 3 em prontos-socorros do município.

A comparação dos dados indica um aumento da produção de consultas médicas no ano de 2006, em relação aos anos anteriores, seletivo aos procedimentos realizados pelas AMAs, isto é, limitado ao grupo 1, com tendência à redução dos atendimentos médicos básicos (grupo 2) e de urgência ou emergência especializadas (grupo 3) e do total das consultas anuais.

Vale ressaltar que 25 das 30 AMAs iniciaram suas atividades entre dezembro de 2005 e maio de 2006, o que deve ser levado em consideração, pois os valores do grupo 1 seriam maiores se todas as unidades estivessem em funcionamento desde o início do ano.

Entretanto, os resultados globais do ano de 2006 são preocupantes independente dessa situação, pois é fato que pela primeira vez no período 2000-2006 ocorre uma diminuição global (incremento negativo) de 446 mil atendimentos médicos nas unidades públicas do município (Tabela 5). Mais importante que isso: o tipo de serviço mais afetado em desempenho no ano de 2006 foi o realizado pela atenção básica, resultando numa diminuição de 928 mil atendimentos médicos básicos. As consultas de urgência ou emergência especializadas reduziram-se, também,

em 835 mil consultas. Essas reduções foram em parte substituídas – em termos de volume, o que não significa em termos de qualidade e natureza – com o aumento de 1.317 mil atendimentos classificados no grupo 1, possivelmente realizados pelas unidades AMAs, conforme anteriormente explicitado.

Discussão

A instalação das unidades AMAs resultou, no ano de 2006, em aumento de consultas médicas de urgência, acompanhado da redução de consultas médicas da rede básica e de pronto-socorro especializado. A posição assistencial intermediária entre a rede básica e os prontos-socorros ocupada por essas novas unidades, realça a dificuldade em se avaliar o seu impacto, focando a discussão apenas nos limites internos da sua organização. Visando a uma apreciação crítica do fenômeno, adotou-se o caminho metodológico enfatizado por Kosik¹⁰, evitando a discussão dos dados de forma apartada da totalidade concreta na qual se produz o seu significado. Assim, foi na inter-relação das condições operacionais verificadas no contexto do SUS que se estabeleceram duas questões para o desenvolvimento da discussão: o modelo de gestão adotado e o modelo assistencial praticado.

As AMAs e o modelo de gestão

O modelo de gestão adotado para as AMAs é parte de um movimento político-administrativo que defende a necessidade e a legalidade da transferência de serviços de saúde estatais do SUS para a gestão de empresas privadas, do tipo organização social. Esse modelo já vinha sendo adotado para

Tabela 5

Incremento anual de consultas médicas básicas e de urgência realizadas nas unidades públicas do Município de São Paulo, segundo grupos de procedimentos Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). São Paulo, Brasil, no período 2000-2006.

Grupo de consultas	Incrementos de consultas médicas						Média (2005-2000)	2006 * -2005
	2001-2000	2002-2001	2003-2002	2004-2003	2005-2004			
Grupo 1	-328.253	2.600	279.190	275.097	-254.805	-5.234	1.316.631	
Grupo 2	1.298.854	1.549.198	-654.395	71.234	1.025.912	658.161	-928.043	
Grupo 3	581.435	1.974.910	667.689	735.292	1.094.510	1.010.767	-834.962	
Total	1.552.036	3.526.708	292.484	1.081.623	1.865.617	1.663.694	-446.374	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS; Departamento de Informática do SUS. ftp://msbbs.datasus.gov.br/Arquivos_Publicos/Estado_SP/00_index.htm, acessado em 10/Mar/2007).

* Incremento com a produção das unidades de assistência médica ambulatorial incluídas.

a implementação da modalidade de atendimento do PSF desde o governo próximo passado do Município de São Paulo (2001-2004). No governo atual, além de continuidade, essa modalidade de gestão está sendo ampliada para os serviços hospitalares e para as AMAs.

Essa é uma opção conhecidamente polêmica nos seus fundamentos jurídicos e políticos, em relação à sua obediência legal, sua efetiva capacidade superior à administração pública e às repercussões que essa alternativa terá em fraudar ou não o princípio fundamental da política de saúde, isto é, a saúde como direito social, uma política de estado, universal, integral, igualitária e aberta ao controle social^{11,12,13}.

Vale lembrar que, como já vivido no município, determinadas opções táticas aparentemente sintonizadas com maior produtividade e agilidade gerencial podem ter conseqüências de grande envergadura no colapso de determinados princípios e sobre a natureza da coisa pública. É fato que alguns dos encaminhamentos operacionais adotados no caso das AMAs têm similitudes com os do PAS, uma experiência de muitos equívocos vivida no mesmo Município de São Paulo, cujas conseqüências ainda se fazem presentes.

No modelo do antigo PAS a prefeitura municipal contratava diretamente as cooperativas de trabalho dos servidores (estes já selecionados ou concursados) que eram liberados para atuarem via uma cooperativa¹⁴. Agora a contratação se faz de forma intermediada por uma parceira, que eleita, sem processo licitatório (uma vez que a relação é entendida como um convênio), contrata uma cooperativa ou outra empresa, também sem processo licitatório, que por sua vez contrata o pessoal sem seleção ou concurso público. Algumas parceiras contratam diretamente os trabalhadores, também sem seleção ou concurso público.

Os regramentos das funções de recrutamento, seleção e contratação, decorrentes da opção gerencial adotada, resultaram em vínculos sem concurso ou seleção pública e, em algumas vezes, sem qualquer relação empregatícia formal. Essa precariedade do processo de contratação do pessoal convive com uma política salarial diferenciada, na dependência de uma das múltiplas formas de contratação utilizada.

Conforme constatado, há multiplicidade de valores salariais entre os médicos das AMAs que não se justifica por diferente grau de responsabilidade ou por carga de trabalho ou por produtividade ou por distância, como há, também, diferenças salariais entre os médicos das AMAs e os demais médicos servidores públicos que já atuavam, inclusive, no mesmo ambiente de trabalho. Verificou-se, ainda, em relação à política de pes-

soal, que o contingente médico das AMAs tem, em média, poucos anos de exercício profissional, uma razão a mais para que se inicie um programa de educação permanente, conforme previsto no convênio como obrigação das parceiras.

Algumas cláusulas do termo de convênio podem levantar dúvidas jurídicas sobre se as transferências de responsabilidades e recursos para as parceiras poderiam ser feitas nos moldes adotados, isto é, sem a necessidade dos regramentos licitatórios da contratação. Essa dúvida ganha força quando se verifica, dentre as obrigações da parceira, a exigência de envio à *conveniente* de um relatório mensal de atividades para o controle operacional da produção de consultas pela *conveniada*. A fixação de metas de volumes de atendimentos e sua utilização pela *conveniente* como forma de controle e gestão do convênio definem um padrão de relacionamento que dificilmente parece enquadrar-se no modelo convencional.

A Secretaria Municipal da Saúde informou formalmente, como meta contratual a ser alcançada, a realização de pelo menos 4.500 consultas/mês por unidade, considerando as três áreas básicas de atendimento médico. Essa meta, já limitada no seu escopo enquanto uma proposta para uma relação do tipo convênio, se conecta a uma outra que fixa um volume estimado de consultas/mês por médico (900 consultas/mês), frente a qual a *conveniada* se compromete. Esse compromisso, focado no controle algébrico de atos médicos, firmado como uma cláusula de um convênio entre duas instituições, decerto, também, não favorece a busca de maior qualificação do trabalho médico. Em síntese, pode-se sugerir que há razões evidentes para uma dúvida sobre se o processo de contratação das parceiras adotado seria condizente com a natureza de uma relação convencional e se os controles estabelecidos favorecem a plena realização da consulta médica.

Entre as questões gerenciais verificadas destacam-se positivamente o ágil processo de instalação das unidades e, também, a existência de um novo contingente de médicos em atuação, com poucos descumprimentos do quadro mínimo de pessoal fixado. Em pouco mais de um ano, trinta novas unidades foram instaladas. Por outro lado, as relações fluidas e diversas entre o poder público e as parceiras ficaram evidenciadas. Exemplificam esse quadro os seguintes achados: multiplicidade de linhas de comando, resultando em fragmentação e desarticulação da gestão; falta de padronização sobre as atividades a serem desempenhadas pelas parceiras; falta de regramento para a utilização, pela instituição parceira, dos serviços próprios ou terceirizados da unidade básica de saúde; não adoção, de forma regular, dos procedimentos licitatórios e de contratação

de pessoal que asseguram a concretização dos princípios de legalidade, impessoalidade e publicidade que regulamentam a administração pública, de modo a evitar disfunções administrativas como o clientelismo e o nepotismo ¹¹.

O modelo assistencial e o funcionamento das AMAs

São questões estratégicas, já amplamente reconhecidas para a remontagem do sistema de saúde brasileiro, o papel, a extensão e a organização que a rede básica deve assumir. Desenvolver uma organização de serviços e uma prática comprometida com a integralidade do cuidado é a questão central ^{2,15}.

Atenção básica é aqui entendida conforme conceituação formalmente adotada na *Portaria nº. 648/2006* ¹⁶ do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica: “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde... Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.

O documento estabelece, ainda, que é fundamento da atenção básica constituir porta de entrada preferencial do sistema e efetivar uma integração entre ações programáticas e demanda espontânea. Deve desenvolver um processo de trabalho voltado para a solução de problemas de saúde mais frequentes e realizar uma assistência básica integral e contínua que inclui da realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas. Esse entendimento identifica que a amplitude e a capacitação da equipe multidisciplinar determinam a abrangência e as condições efetivas para a atenção básica inverter o modelo de alta demanda desnecessária em unidades de urgência e de especialidades.

É sabido que até período recente, especialmente durante o governo municipal anterior (2001-2004), a estratégia prioritária da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a atenção básica era a transformação das unidades básicas em unidades cumpridoras do PSF. Assim, foram escolhidas algumas unidades e direcionou-se o empenho administrativo e os recursos para tal intenção ^{17,18,19}. Algumas das parceiras gestoras das AMAs já eram utilizadas como operadoras desse processo para impulsionar e viabilizar a conversão. Elas realizaram adaptações prediais, contratação de pessoal e incontáveis treinamentos para pediatras, gineco-obstetras e clínicos ge-

rais já atuantes na rede na sua área profissional e para novos contratados, a fim de transformá-los em “generalistas”. Muitos recursos financeiros foram direcionados para as parceiras para essas empreitadas. Sem uma avaliação mais rigorosa dessas medidas, partiu-se agora para a instalação das AMAs. Isso, talvez, devido a duas questões que ficaram evidentes: a rede básica continuava com baixa acessibilidade e resolubilidade, sem realizar um atendimento imediato, quando necessário, e os prontos-socorros mais cheios com atendimento cada vez mais precário ²⁰. Essa, também, é a justificativa para a versão federal da AMA, recentemente apresentada, denominada de unidade de pronto atendimento (UPA) ²¹.

De fato o não-atendimento imediato em situações necessárias de questões afeitas ao papel da atenção básica não é um problema resultante só da alternativa PSF desenvolvida. Uma atenção básica resolutive dificilmente se realizará nos moldes de equipes simplificadas, segundo uma idéia distorcida de atenção básica como aquela primária, “destinada aos pobres” ^{22,23,24}.

A organização dessas novas unidades AMAs, intermediárias entre a atenção básica e os prontos-socorros, para realizar um atendimento do tipo queixa-conduta, comumente denominado de pronto-atendimento, não se limita à idéia sensata e necessária de pronto atender as demandas não-agendadas que chegam a uma unidade básica de saúde e, assim, poder efetivamente reduzir a procura desnecessária aos prontos-socorros e ambulatórios de especialidades. Esclareça-se que queixa-conduta é aqui entendida como aquele tipo de atendimento médico desvirtuado, de baixa qualidade, *medicalizante*, sem cuidado efetivo, que resulta, com frequência, em utilização desnecessária de encaminhamentos, exames subsidiários e de sucessivos retornos do paciente sem se chegar à possível resolução do seu problema ²⁵.

Esse tipo de atendimento tem história no Brasil. O Plano de Pronta Ação (PPA) estabelecido pela *Portaria nº. 39/1974* ²⁶ do Ministério da Previdência e Assistência Social, teve como objetivo declarado tornar mais acessível o atendimento aos segurados da previdência e seus dependentes. O PPA distinguiu-se pela legalização de uma política de atenção médica voltada para os atendimentos de urgência ou emergência e teve responsabilidades na perda do controle gerencial por parte da previdência, levando a significativas fraudes das contas médico-hospitalares. Tal política representou um poderoso mecanismo de alavancagem do setor privado na área da saúde. Após sua implantação, verificou-se intensa produção de atendimentos, nem sempre necessários ou racionais. Ficou notória a avaliação do

Professor Carlos Gentile de Mello sobre a forma de pagamento adotada que contabilizava volume de atos médicos – unidades de serviços as quais ele denunciava como “fatores incontroláveis de corrupção”^{27,28}.

Aspectos verificados no funcionamento das unidades evidenciam que a prática assistencial resultante é a do tipo queixa-conduta: indefinição da área de abrangência da AMA e sua fragilidade na articulação com a rede básica; falta de garantia na continuidade do cuidado; elevado tempo de espera para uma consulta agendada nas unidades básicas de saúde; tendência de fixação da sua clientela, isto é, de retorno de paciente na própria AMA, segundo o conhecido ciclo vicioso do atendimento nos moldes da queixa-conduta; e, finalmente, revelando o sentido global do processo, advém o dado da redução do volume de atendimento médico característico da atenção básica, substituído por outro tipo e natureza de atendimento, isto é, o realizado na AMA.

O modelo de atendimento praticado nas AMAs tem conseqüências na prática profissional dos médicos, induz um sentido e um papel para a atenção básica que a reduz, menospreza o princípio da integralidade e continuidade do cuidado em favor de uma valorização das aparentes facilidades oferecidas por um serviço do tipo queixa-conduta. Desenvolve-se, com um “pronto-atendimento”, um relacionamento entre serviço de saúde e população que se caracteriza, pelo que tem sido entendido por muitos, como uma degradação da prática clínica do profissional médico^{29,30}.

Nessas condições, a proposição das unidades AMAs configura-se como uma provável capitulação diante das dificuldades na organização da atenção básica, segundo os princípios do SUS. Em termos de concepção, não chegam para resolver o pronto atender na atenção básica, pois objetivamente não fortalecem a compreensão da necessidade vital da abrangência, integralidade e continuidade de cuidado a ela necessárias para a mudança do modelo assistencial.

Os profissionais e os usuários foram historicamente deseducados segundo esse tipo de produção-consumo dos serviços de saúde que com as AMAs é reforçado de modo a preferirem um relacionamento pontual e repetitivo, sem um

adequado acompanhamento e a possível solução dos problemas de saúde. Inverter tal significado é um dos desafios do papel transformador esperado para a atenção básica abrangente e integral. Assim, avalia-se que a organização da atividade de pronto atender qualificada, segundo o princípio da integralidade, não surgirá subitamente, sem que se atente para o fluxo de uma longa história de unidades básicas em número insuficiente, como é o caso de São Paulo, fragilmente organizadas, embaralhadas com as pretensas verdades nacionais do PSF e desumanizadas na sua ação.

Conclusões

A proposta da terceirização dos serviços estatais do SUS por meio de organizações sociais iniciada no Município de São Paulo com a implementação do PSF, expandida para hospitais municipais e para as unidades AMAs carrega questionamentos legais, técnicos, financeiros e políticos. São polêmicas a natureza jurídico-política adotada e a não-obediência, por parte das empresas privadas parceiras, dos mecanismos formais de licitação no uso dos recursos públicos e na seleção e contratação do pessoal para a ocupação de postos de trabalho no setor público.

Apresentando várias inadequações estruturais e operacionais, essas novas unidades se põem a atender as pessoas de modo que os resultados concretos verificados não confirmam uma repercussão positiva para a valorização da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS.

A transição pretendida com as unidades AMAs, ao revés do complexo educacional-assistencial proposto para a atenção básica no SUS, pode aparentar um acerto fugaz. A reestruturação da atenção básica não é questão restrita à produção de volumes de atos médicos. É uma mudança técnica e política inserida no gradativo reconhecimento do usuário como cidadão portador do direito à saúde. Ela tem como tarefa necessária equacionar uma variedade de processos, capacitando efetivamente a atenção básica para atender às pessoas de forma integral.

Resumo

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como política integral e universal, o atendimento à demanda não-agendada é essencial para a qualificação da atenção básica e permanece como um desafio não superado. No ano de 2005, a Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, Brasil, iniciou a instalação de serviços médicos denominados assistência médica ambulatorial (AMA), visando a estabelecer uma alternativa às unidades básicas para o atendimento a essa demanda. O objetivo do presente estudo foi verificar as condições de funcionamento desses novos serviços e suas repercussões na atenção básica do SUS, confrontando-os com os princípios da universalidade e da integralidade com a continuidade do cuidado. Foi desenvolvido um estudo descritivo transversal com base em dados de fontes secundárias relativos à produção ambulatorial do Município de São Paulo e às condições de organização e funcionamento das unidades de AMA existentes em 2006. Verificou-se que essas unidades apresentaram várias inadequações estruturais e operacionais e que o papel desempenhado no modelo assistencial não confirma uma repercussão positiva para a valorização da atenção básica em conformidade com os princípios e estratégias do SUS.

Direito à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Organização e Administração; Serviços Básicos de Saúde, Serviços Terceirizados

Agradecimentos

À direção e aos profissionais do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Referências

1. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1342-53.
2. Puccini PT. Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.
3. Furtado BMASM, Araújo Jr. JL, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7:279-89.
4. Mendes HW. Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao serviço de urgência/emergência de um hospital universitário [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 1.657/2002. *Diário Oficial da União* 2002; 20 dez.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 1.638/2002. *Diário Oficial da União* 2002; 9 ago.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 50/2002. *Diário Oficial da União* 2002; 21 fev.
8. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 2.048/2002. *Diário Oficial da União* 2002; 12 nov.
9. Coordenação de Epidemiologia e Informação, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Avaliação do impacto dos serviços AMA na produção dos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo. <http://www.saudeprev.com.br/comunidade/artigo/avaliacaoamasjaneiro2007.pdf> (acessado em 06/Ago/2008).
10. Kosik K. *Dialética do concreto*. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1995.

11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
 12. Brasil. Lei Federal nº. 8.080/1990. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
 13. Brasil. Lei Federal nº. 8.142/1990. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.
 14. Câmara Municipal de São Paulo. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o Programa de Assistência à Saúde. São Paulo: Câmara Municipal de São Paulo; 2001.
 15. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:429-35.
 16. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648. Política Nacional de Atenção Básica: anexo. Diário Oficial da União 2006; 29 mar.
 17. Secretaria de Comunicação, Prefeitura Municipal São Paulo. Mudanças na saúde: trechos de entrevista da prefeita Marta Suplicy. http://portal.prefeitura.sp.gov.br/noticias/sec/comunicacao_e_informacao/2003/02/0072 (acessado em 06/Mar/2003).
 18. Leite F. Posto de saúde "virtual" dribla déficit de SP. *Folha de São Paulo* 2004; 14 mar.
 19. Alves Sobrinho EJM. Fratura exposta. *O Estado de São Paulo* 2004; 12 set.
 20. Paciente espera 5h para marcar consulta. *Folha de São Paulo* 2004; 14 mar.
 21. Presidente lança serviço que mudará urgência e emergência no país http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=43077 (acessado em 08/Mar/2008).
 22. Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
 23. Cecílio LCO. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. *Saúde Debate* 1999; 23:30-6.
 24. Puccini PT. Limites e possibilidades da proposta de humanização dos serviços e satisfação dos usuários na disputa pelo direito à saúde [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2002.
 25. Gonçalves RBM. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.
 26. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº. 39/1974. Diário Oficial da União 1974; 5 out.
 27. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.
 28. Luz M. *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1986.
 29. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
 30. Gariglio MT, Radicchi ALA. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:153-63.
-
- Recebido em 18/Out/2007
Versão final reapresentada em 11/Mar/2008
Aprovado em 25/Mai/2008