

# Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007

## Descriptive Analysis on the Use of Ambulatory Services in the Brazilian Public Health System in Cities in the State of São Paulo, from 2000 to 2007

**Oswaldo Yoshimi Tanaka**

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo-SP, Brasil

**Marcos Drumond Júnior**

Coordenação de Epidemiologia e Informação, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** analisar a produção dos serviços de atenção ambulatorial do SUS no contexto da ampliação da oferta de atenção básica e das necessidades de articulação de serviços de distintas complexidades tecnológicas na esfera ambulatorial. **Metodologia:** foi feita análise descritiva da magnitude, tendência e relações entre procedimentos segundo municípios de distintos portes do Estado de São Paulo, entre 2000 e 2007, com dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS). **Resultados:** a análise da produção de serviços ambulatoriais e a construção de relações entre estas permitiram observar a ampliação da oferta dos serviços de atenção básica e suas repercussões em outros níveis do sistema e como isto ocorreu de forma diversa em municípios de diferentes portes. **Conclusões:** identificou-se o alcance das análises para a compreensão das características da oferta de serviços possibilitando orientar ajustes na política de saúde.

**Palavras-chave:** sistemas de informação em atendimento ambulatorial; avaliação de serviços de saúde; sistemas locais de saúde.

### Summary

**Objective:** to analyze the production of ambulatory health care services in the Brazilian public health system, considering the context of increasing primary health care and the need to integrate services with different technological complexities related to ambulatory care. **Methodology:** a descriptive analysis of the magnitude, trends and relations among procedures was performed in cities, of different population size, in the state of São Paulo, from 2000 to 2007, using data from the Ambulatory Information System (SIA-SUS). **Results:** the analysis of the production of ambulatory services and the relations established among them showed the increase in primary health care, its effects on other levels of the health system, and the way they happened differently according to population size. **Conclusion:** the analysis contributed to understanding the offer of services and to propose changes in the public health policy.

**Key words:** ambulatory health care information systems; health services evaluation; local health care systems.

### Endereço para correspondência:

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Avenida Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo-SP, Brasil.

CEP: 01246-904

E-mail: oytanaka@usp.br

## Introdução

A construção da política de saúde que resultou no delineamento do Sistema Único de Saúde (SUS) buscava a superação de problemas identificados na estrutura e na organização das ações e serviços de saúde vigentes, até a década 1980.

A proposta de Reforma Sanitária brasileira foi pactuada na 8ª Conferência Nacional de Saúde e os princípios e diretrizes fundamentais do SUS foram elaborados como uma possível solução para os problemas na organização dos serviços de saúde.<sup>1</sup>

São reconhecidos grandes avanços no processo de construção do SUS que incluem: a incorporação do direito à saúde na legislação, a descentralização da gestão, a ampliação do acesso, a extensão da cobertura de serviços e a participação popular.<sup>2-5</sup>

É importante considerar que o princípio da universalidade está intimamente articulado com os princípios da integralidade e da equidade. Inclusive, essa relação de indissociabilidade/entrelaçamento entre eles, já foi caracterizada como "o tríplice signo da Reforma Sanitária."<sup>6</sup>

Entretanto, os avanços apresentados no âmbito da atenção básica, apesar de necessários, não são suficientes para melhorar a resolutividade da atenção à saúde. São necessárias também ações complementares nos níveis de maior complexidade do sistema.<sup>7</sup> Este aspecto torna-se ainda mais evidente quando se observa tanto nos estudos desenvolvidos,<sup>8-10</sup> quanto na prática, que a atenção básica não é o único nível de atenção que funciona como porta de entrada para o sistema. Estudos mostram que,<sup>8</sup> os hospitais, através dos serviços ambulatoriais e de urgência/emergência, continuam sendo a principal porta de entrada e que esta utilização<sup>11</sup> depende da proximidade e acesso, dos valores sociais e culturais associados ao consumo.

No processo de descentralização em saúde<sup>4</sup> a constituição de sistemas locais de saúde que respondam adequadamente à demanda da população, deverá desencadear uma redefinição do papel de cada esfera de governo, respeitando o princípio do federalismo, com poderes conferidos para o seu desempenho.<sup>5,12,13</sup>

No entanto, identifica-se dificuldades na diferenciação de competências entre os distintos gestores do sistema de saúde, gerado em grande parte pela necessidade de mais recursos orçamentários e financeiros para a atenção à saúde. Para que essa nova etapa possa ter maior racionalidade será imprescindível que

sejam realizados estudos avaliativos que possibilitem identificar alternativas de diferenciação de atribuições que concretizem de uma maneira não competitiva os princípios do SUS.

O processo de descentralização tem avançado em todo o país e, particularmente no Estado de São Paulo, a atenção básica é, atualmente, totalmente gerida pela esfera municipal.<sup>5</sup> Nesse estado, existem 159 municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde e outros 482 na de Gestão Plena da Atenção Básica, pela NOB/96.<sup>14</sup> Pela NOAS, existem 278 municípios habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e cinco na de Gestão Plena do Sistema Municipal.<sup>15</sup>

Um acordo político primordial para a concretização deste princípio é o Pacto pela Saúde,<sup>16</sup> que em sua implementação resultou no compromisso dos entes federados na implementação das Regiões de Saúde. A base para que ocorra o processo de regionalização no SUS é a implementação do princípio da integralidade. O peculiar deste é o processo de pactuação dos compromissos em que se busca conformar uma rede de serviços de saúde de distintas complexidades pressupondo um processo coordenado e colaborativo entre os gestores do SUS.

*No processo de descentralização em saúde a constituição de sistemas locais de saúde que respondam adequadamente à demanda da população, deverá desencadear uma redefinição do papel de cada esfera de governo, respeitando o princípio do federalismo, com poderes conferidos para o seu desempenho.*

Neste contexto cabe destacar a situação identificada por Hartz<sup>17</sup> que aponta: "há centenas de artigos voltados para doenças e cuidados específicos, mas são poucos os referentes ao desempenho dos sistemas no seu conjunto".

A política de saúde nacional tem procurado estimular a ampliação da oferta de atenção básica nos municípios brasileiros por meio da priorização de um modelo assistencial baseado na Estratégia da Saúde da Família (ESF) com financiamento diferenciado e

aprimoramento da gestão. A ampliação na oferta de consultas básicas tende a induzir o aumento da demanda por atendimento especializado, como previsto nos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.<sup>18</sup> É importante ressaltar que provavelmente em curto prazo poderá haver também um aumento das consultas de urgência considerando a inclusão significativa de parcela da população ao sistema de saúde, revelando pontos de estrangulamento na atenção. Considerando o porte e a incorporação tecnológica diferenciada entre municípios este processo pode gerar diferenças importantes na forma da adaptação às novas demandas incorporadas no sistema.

Para tanto, o presente estudo se propõe a conhecer o grau de implementação do SUS no estado de São Paulo, por meio da análise das consultas médicas básicas, de urgência e de especialidades, que possibilitem entender a utilização dos serviços ambulatoriais no SUS, em municípios de distintos portes populacionais. Utilizou-se de duas linhas de cuidado para análise da integralidade brindada nos serviços de saúde.

## Metodologia

Optou-se pela realização de um estudo exploratório descritivo utilizando dados secundários produzidos e disponibilizados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). Neste sistema, os procedimentos realizados são coletados de forma agregada segundo unidade produtora e mês de realização do procedimento (competência).

Na tabela de procedimentos do SIA estão contempladas ações básicas, de urgência, especializadas e de apoio diagnóstico e terapêutico ocorridas em ambulatorios, pronto-socorros e pronto-atendimentos públicos e contratados do SUS. Para analisar os aspectos pretendidos buscou-se, além das consultas gerais, selecionar procedimentos marcadores das ações analisadas em duas linhas de cuidado relacionadas às prioridades da política nacional que são: a atenção ao câncer de colo uterino e a atenção aos problemas do aparelho cardiocirculatório. Desta forma foram selecionados procedimentos gerais e alguns utilizados nas duas linhas de cuidado tomando a progressividade da oferta de tecnologia crescente para sua abordagem.

Assim foram analisadas as produções do total de consultas básicas, de urgência e especializadas.

As consultas básicas foram subdivididas entre consultas de urgência na atenção básica e consultas básicas sem urgência. Considera-se estas últimas como aquelas consultas programáticas, agendadas, sendo as primeiras as eventuais, não agendadas. Para analisar as linhas de cuidado progressivas em graus crescentes de incorporação tecnológica foram considerados, para a abordagem do câncer de colo uterino, os procedimentos coleta para realização de exames citopatológicos (Papanicolaou), colposcopia e exame anátomo-patológico do colo uterino. Para análise na linha de cuidado relacionada ao aparelho cardiocirculatório foram consideradas a realização do eletrocardiograma, as consultas de cardiologia e a ecografia cardíaca.

Como referido, estas escolhas procuraram incorporar um acompanhamento das mudanças na produção de procedimentos básicos, supondo que o eventual aumento na produção destas consultas levaria à necessidade de aumento nas consultas de urgência e/ou especializadas. Da mesma forma levariam ao aumento das coletas de exames e consultas especializadas específicas às duas linhas de cuidado selecionadas.

Para analisar a utilização diferenciada segundo porte dos municípios do Estado de São Paulo e sua consequente oferta médico-assistencial e de apoio diagnóstico, estes foram subdivididos segundo a peculiaridade da dimensão da população residente nos municípios deste estado, a saber: o Município de São Paulo, destacado pela sua especificidade; Grande Porte: os demais municípios com mais de 500 mil habitantes; Médio Porte: municípios entre 100 e 500 mil e Pequeno Porte: municípios abaixo de 100 mil habitantes. Em linhas gerais consideram-se que os municípios menores, ao elevarem a produção de consultas básicas e de outros procedimentos necessitariam do apoio dos municípios acima de 100 mil como referências de urgência, especializadas e de apoio diagnóstico e terapêutico especializado.

Assim, foram separadas as produções para os procedimentos selecionados nas seguintes categorias: Município de São Paulo tomado como referência estadual e nacional; os de Grande Porte como pólos regionais e estaduais; os de Médio Porte como pólos micro regionais e os de Pequeno Porte, os quais estariam ofertando principalmente, ações básicas, apesar de não exclusivamente.

O período analisado contemplou os anos de 2000 a 2007, quando ocorreu grande expansão da ESF e estímulo à ampliação da oferta de ações básicas municipais induzidas pelas NOB/93<sup>19</sup> e NOB/96.<sup>14</sup> Estas iniciativas com distintos tipos de financiamento, em especial expressas nas modalidades assistenciais e de gestão e suas responsabilidades e repasses diferenciados.

Foram definidos como indicadores na análise os valores absolutos na produção dos procedimentos selecionados e sua tendência, valorizando na análise os incrementos entre os anos extremos considerados. Além destes foram construídos alguns indicadores para acompanhamento do processo de mudanças na assistência à população usuária do SUS que pudessem contribuir para a compreensão da dinâmica decorrente da política de saúde adotada. Foram calculadas as proporções do total de consultas básicas, segundo tipo dos municípios de pequeno porte em relação ao total produzido, excluído o Município de São Paulo visando sintetizar a razão entre produção básica nos de pequeno porte em relação aos de grande porte. Foram ainda calculadas as razões entre a produção de consultas básicas e especializadas e entre consultas básicas e de urgência.

A tendência foi analisada pelo ajuste linear utilizando a equação  $y=ax+b$  onde **a** representa a inclinação da reta de regressão linear e **b** o intercepto.<sup>20</sup> Para a comparação das tendências expressas na inclinação das retas de regressão linear entre dados com magnitudes tão diversas foi calculada a variação percentual ajustada (VPA) obtida pela divisão da quantidade estimada de produção a mais ou a menos em cada ano (dado fornecido pelo cálculo da inclinação) pela produção ajustada média do período. Este procedimento levou as diferentes dimensões para uma mesma escala permitindo a comparação sintética da tendência da produção em municípios de diferentes portes.

Tendo em vista que o presente estudo foi realizado utilizando bases de dados secundárias e de domínio público não houve necessidade de apreciação pela comissão de ética e pesquisa.

## Resultados

Observa-se na Tabela 1 que entre 2000 e 2007 ocorreu um aumento de mais de 12,4 milhões de consultas básicas realizadas no Estado de São Paulo. Deste total, cerca de 5,5 milhões ocorreram no Município e

São Paulo. A Tabela 1 mostra que desconsiderando o Município, os demais de pequeno porte foram os que apresentaram os maiores incrementos em consultas básicas entre todos do estado. Foram 4,8 milhões de consultas igualmente distribuídas entre básicas sem urgência (programáticas) e de urgência na clínica básica (não agendadas).

Observa-se ampliação na proporção da produção de consultas básicas nos municípios de pequeno porte em relação ao total do ESP excluído o Município de São Paulo nas consultas básicas de todos os tipos. Em 2000, os de pequeno porte realizaram 41,6% das consultas básicas do ESP excluída a capital e passaram a 45,3% deste total em 2007. O aumento da proporção foi maior nas consultas de urgência em clínica básica que passaram de 26,6% para 37,4%, mas nas consultas programáticas também houve aumento de 47,4% para 48,6% entre 2000 e 2007.

É interessante observar na Tabela 1 que as consultas básicas não mostraram aumento semelhante naqueles de grande e médio porte. Nos de grande porte observou-se queda, enquanto nos de médio o aumento foi com menor dimensão. Quanto às consultas de urgência em clínica básica houve uma diminuição nos dois portes, mas mesmo as consultas básicas sem urgência mostraram nestes municípios seu menor aumento no Estado.

Na Tabela 2 observa-se que as consultas especializadas mostraram um crescimento de mais de seis milhões que foi homogêneo em municípios de distintos portes populacionais. No entanto, os de grande porte apresentaram aumento importante apenas deste grupo de consultas e chegaram a apresentar queda nas consultas de urgência. Nos de médio porte observou-se aumento tanto de consultas especializadas quanto de urgências. Estas últimas, nestes municípios, mostraram aumento só inferior ao observado no Município de São Paulo. Nos de pequeno porte houve acréscimo de consultas especializadas e de urgência. Os incrementos foram de 1,5 milhões nas especializadas e de 150 mil nas urgências.

A razão entre consultas básicas e especializadas (Tabela 3) mostrou gradiente crescente do maior para o menor porte como esperado, no entanto mostrou ascensão no Município de São Paulo e queda nos de pequeno porte. A razão entre consultas básicas e de urgência não apresentam um padrão claro de nível ou tendência entre portes e anos, com oscilações, no entanto mostram que a dimensão de consultas

**Tabela 1 - Número do total de consultas básicas, das consultas de urgência em clínica básica e das consultas básicas exceto de urgência produzidas no Sistema Único de Saúde e variação percentual ajustada (VPA) segundo o porte do município do Estado de São Paulo. Brasil, entre 2000 e 2007**

Classificação de municípios de acordo com o porte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	VPA(%)
<b>Consultas básicas</b>									
São Paulo	8.096.923	9.067.524	10.619.322	10.244.117	10.590.448	10.482.384	11.750.143	13.666.087	6,3
Grande porte (a)	8.323.934	8.387.806	8.167.926	7.506.107	7.888.725	8.082.634	8.175.181	8.178.674	-0,3
Médio porte (b)	19.877.642	21.225.369	22.168.838	23.754.522	21.622.838	21.705.296	21.664.807	21.958.698	0,7
Pequeno porte (c)	20.129.194	21.652.892	22.871.433	23.323.223	23.312.835	25.472.929	25.619.576	25.032.114	3,3
<b>Total</b>	<b>56.427.693</b>	<b>60.333.591</b>	<b>63.827.519</b>	<b>64.827.969</b>	<b>63.414.846</b>	<b>65.743.243</b>	<b>67.209.707</b>	<b>68.835.573</b>	<b>2,4</b>
<b>Consultas de urgência em clínica básica</b>									
São Paulo	953.632	625.379	627.979	907.169	1.182.266	841.498	2.244.092	4.624.456	38,0
Grande porte (a)	3.332.713	3.229.464	2.939.016	2.362.557	2.731.224	2.749.448	2.933.429	2.865.335	-2,0
Médio porte (b)	6.446.351	7.511.663	7.858.433	8.133.839	7.399.031	7.182.182	6.981.631	7.104.223	-0,1
Pequeno porte (c)	3.543.154	4.123.098	4.749.104	4.967.138	5.126.990	5.636.967	5.922.424	5.954.012	7,3
<b>Total</b>	<b>14.275.850</b>	<b>15.489.604</b>	<b>16.174.532</b>	<b>16.370.703</b>	<b>16.439.511</b>	<b>16.410.095</b>	<b>18.081.576</b>	<b>20.548.026</b>	<b>4,3</b>
<b>Consultas básicas exceto de urgência</b>									
São Paulo	7.143.291	8.442.145	9.991.343	9.336.948	9.408.182	9.640.886	9.506.051	9.041.631	2,4
Grande porte (a)	4.991.221	5.158.342	5.228.910	5.143.550	5.157.501	5.333.186	5.241.752	5.313.339	0,7
Médio porte (b)	13.431.291	13.713.706	14.310.405	15.620.683	14.223.807	14.523.114	14.683.176	14.854.475	1,2
Pequeno porte (c)	16.586.040	17.529.794	18.122.329	18.356.085	18.185.845	19.835.962	19.697.152	19.078.102	2,2
<b>Total</b>	<b>42.151.843</b>	<b>44.843.987</b>	<b>47.652.987</b>	<b>48.457.266</b>	<b>46.975.335</b>	<b>49.333.148</b>	<b>49.128.131</b>	<b>48.287.547</b>	<b>1,7</b>

Fonte: SIA-SUS, Ministério da Saúde

**Legenda:**

Grande porte (a): acima de 500.000 hab.

Médio porte (b): entre 100.000 habitantes e 500.000 hab.

Pequeno porte(c): menos de 100.000 hab.

**Tabela 2 - Número de consultas especializadas e de urgência produzidas no Sistema Único de Saúde e variação percentual ajustada (VPA) segundo o porte do município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2000 e 2007**

Classificação de municípios de acordo com o porte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	VPA(%)
<b>Consultas especializadas</b>									
São Paulo	6.434.576	6.585.193	7.855.498	7.996.594	7.870.202	8.225.007	8.273.532	8.207.452	3,5
Grande porte (a)	3.276.730	3.387.721	3.525.308	3.657.809	3.927.014	4.200.278	4.278.330	4.324.559	4,6
Médio porte (b)	6.880.861	7.046.669	7.463.492	7.877.521	7.765.686	8.069.536	8.422.393	8.803.612	3,5
Pequeno porte (c)	3.873.098	4.023.331	4.261.287	4.378.170	4.475.703	4.656.052	5.201.653	5.406.826	4,9
<b>Total</b>	<b>20.465.265</b>	<b>21.042.914</b>	<b>23.105.585</b>	<b>23.910.094</b>	<b>24.038.605</b>	<b>25.150.873</b>	<b>26.175.908</b>	<b>26.742.449</b>	<b>3,9</b>
<b>Consultas de urgência</b>									
São Paulo	467.064	463.544	495.190	531.836	625.249	650.813	660.155	636.263	6,1
Grande porte (a)	382.832	499.794	417.526	319.988	363.725	328.528	353.619	331.031	-4,0
Médio porte (b)	946.535	862.566	855.499	860.545	854.090	979.011	1.197.106	1.072.710	3,8
Pequeno porte (c)	855.586	943.451	888.980	789.731	815.993	827.171	997.437	1.057.139	2,1
<b>Total</b>	<b>2.652.017</b>	<b>2.769.355</b>	<b>2.657.195</b>	<b>2.502.100</b>	<b>2.659.057</b>	<b>2.785.523</b>	<b>3.208.317</b>	<b>3.097.143</b>	<b>2,6</b>

Fonte: SIA-SUS, Ministério da Saúde

**Legenda:**

Grande porte (a): acima de 500.000 hab.

Médio porte (b): entre 100.000 habitantes e 500.000 hab.

Pequeno porte (c): menos de 100.000 hab.

de urgência é muito menor que aquela observada nas consultas especializadas. Como esperado, nos municípios de pequeno porte foi encontrada uma razão mais elevada que os demais em muitos anos no período analisado.

As Tabelas 4 e 5 mostram que os marcadores relativos às linhas de cuidado escolhidas para análise, podem ser analisados segundo a frequência com que ocorrem nos distintos grupos de municípios. Aqueles diretamente relacionados às consultas básicas mostraram que sua tendência acompanhou a ampliação destas. A coleta de Papanicolau e o ECG tiveram crescimento maior, acompanhando as con-

sultas básicas, no Município de São Paulo e naqueles de pequeno porte.

O aumento de consultas especializadas de cardiologia (Tabela 4) destacou-se nos municípios de grande porte, apesar de crescer em todo o ESP. As ecocardiografias cresceram nos municípios de pequeno e grande porte, porém sua magnitude nos primeiros é expressivamente maior que a sua oferta nos pequenos, o que destaca seu crescimento no período analisado que passou de cerca de 28 mil para 61 mil, um incremento de 33 mil exames realizados. Nos municípios de pequeno porte o incremento foi de cerca de 11,6 mil.

**Tabela 3 - Razão entre consultas básicas e especializadas e entre consultas básicas e de urgência realizadas no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2000 e 2007**

Classificação de municípios de acordo com o porte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Razão consulta básica/especializada</b>								
São Paulo	125,8	137,7	135,2	128,1	134,6	127,4	142,0	166,5
Grande porte (a)	254,0	247,6	231,7	205,2	200,9	192,4	191,1	189,1
Médio porte (b)	288,9	301,2	297,0	301,5	278,4	269,0	257,2	249,4
Pequeno porte (c)	519,7	538,2	536,7	532,7	520,9	547,1	492,5	463,0
<b>Total</b>	<b>275,7</b>	<b>286,7</b>	<b>276,2</b>	<b>271,1</b>	<b>263,8</b>	<b>261,4</b>	<b>256,8</b>	<b>257,4</b>
<b>Razão consulta básica/urgência</b>								
São Paulo	1.733,6	1.956,1	2.144,5	1.926,2	1.693,8	1.610,7	1.779,9	2.147,9
Grande porte (a)	2.174,3	1.678,3	1.956,3	2.345,7	2.168,9	2.460,3	2.311,9	2.470,7
Médio porte (b)	2.100,0	2.460,7	2.591,3	2.760,4	2.531,7	2.217,1	1.809,8	2.047,0
Pequeno porte (c)	2.352,7	2.295,1	2.572,8	2.953,3	2.857,0	3.079,5	2.568,5	2.367,9
<b>Total</b>	<b>2.127,7</b>	<b>2.178,6</b>	<b>2.402,1</b>	<b>2.590,9</b>	<b>2.384,9</b>	<b>2.360,2</b>	<b>2.094,9</b>	<b>2.222,6</b>

Fonte: SIA-SUS, Ministério da Saúde

**Legenda:**

Grande porte (a): acima de 500.000 hab.

Médio porte (b): entre 100.000 habitantes e 500.000 hab.

Pequeno porte (c): menos de 100.000 hab.

A Tabela 5 mostra que a produção de colposcopia apresentou baixo crescimento no ESP e com variação segundo porte na direção oposta ao observado no exame anátomo-patológico do colo uterino. As primeiras cresceram mais no Município de São Paulo e nos municípios de médio porte e chegaram a cair nos de pequeno porte. Os anatomopatológicos cresceram nos de pequeno porte, mas mostraram seu maior incremento nos municípios de grande porte.

## Discussão

O enfrentamento de desafios colocados para o aprimoramento da gestão do SUS necessita subsídios, a partir de conhecimento gerado, que orientem a formulação de uma política universal, integral e

equânime. Neste trabalho procurou-se abordar a relação existente entre a ampliação na oferta de atenção básica e suas consequências em outros níveis da atenção, explorando as mudanças ocorridas de forma diferenciada nos municípios de diferentes portes no ESP. Estudo semelhante foi realizado em Santa Catarina com o mesmo propósito.<sup>21</sup>

A análise das relações entre consultas básicas, urgências e de especialidades mostram que os municípios implementaram propostas de expansão da oferta de modo diferenciado. O Município de São Paulo especificamente apresenta uma expansão acentuada nos últimos dois anos do período estudado tanto na atenção básica como na urgência, mostrando uma política específica. A capital além de retornar ao SUS em 2001, teve uma grande expansão da ESF em

**Tabela 4 - Número de eletrocardiogramas, consultas de cardiologia e ecocardiografias realizados e variação percentual ajustada (VPA) segundo o porte do município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2000 e 2007**

Classificação de municípios de acordo com o porte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	VPA(%)
<b>Eletrocardiogramas</b>									
São Paulo	473.790	482.418	577.192	568.189	733.583	783.167	790.872	837.689	9,7
Grande porte (a)	247.815	223.225	246.457	216.639	257.957	299.963	310.373	330.617	5,7
Médio porte (b)	521.971	552.485	587.206	564.229	566.171	650.708	696.590	721.485	4,7
Pequeno porte (c)	347.198	384.900	406.945	409.125	465.213	517.847	539.288	571.342	7,7
<b>Total</b>	<b>1.590.774</b>	<b>1.643.028</b>	<b>1.817.800</b>	<b>1.758.182</b>	<b>2.022.924</b>	<b>2.251.685</b>	<b>2.337.123</b>	<b>2.461.133</b>	<b>7,2</b>
<b>Consultas de cardiologia</b>									
São Paulo	615.220	636.240	751.730	776.112	746.290	758.477	741.772	710.477	2,0
Grande porte (a)	226.713	217.583	227.061	225.792	244.135	260.426	279.483	284.043	4,2
Médio porte (b)	559.224	548.000	547.662	583.737	563.414	597.868	627.345	639.168	2,3
Pequeno porte (c)	608.836	622.788	611.929	577.654	566.321	608.096	704.204	702.963	2,0
<b>Total</b>	<b>2.009.993</b>	<b>2.024.611</b>	<b>2.138.382</b>	<b>2.163.295</b>	<b>2.120.160</b>	<b>2.224.867</b>	<b>2.352.804</b>	<b>2.336.651</b>	<b>2,3</b>
<b>Ecocardiografias cardíacas</b>									
São Paulo	122.413	111.283	103.805	116.307	128.770	130.507	107.893	114.841	0,2
Grande porte (a)	28.013	28.708	35.985	42.600	43.479	48.504	55.516	61.064	12,6
Médio porte (b)	50.520	64.651	72.003	78.003	80.152	91.049	90.678	96.628	8,5
Pequeno porte (c)	6.429	6.871	7.994	8.526	9.313	12.787	16.095	18.052	18,7
<b>Total</b>	<b>207.375</b>	<b>211.513</b>	<b>219.787</b>	<b>245.436</b>	<b>261.714</b>	<b>282.847</b>	<b>270.182</b>	<b>290.585</b>	<b>5,5</b>

Fonte: SIA-SUS, Ministério da Saúde

**Legenda:**

Grande porte (a): acima de 500.000 hab.

Médio porte (b): entre 100.000 habitantes e 500.000 hab.

Pequeno porte(c): menos de 100.000 hab.



**Tabela 5 - Número de coletas de exame Papanicolau, colposcopias e anátomo-patológico do colo uterino realizadas e variação percentual ajustada (VPA) segundo o porte do município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2000 e 2007**

Classificação de municípios de acordo com o porte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	VPA(%)
<b>Coletas de exame de Papanicolau</b>									
São Paulo	181.531	321.571	563.263	714.308	741.491	746.648	683.907	719.904	14,4
Grande porte (a)	178.979	237.124	282.033	256.559	279.023	270.546	287.026	340.897	6,5
Médio porte (b)	367.854	466.584	675.013	656.283	631.038	715.943	780.109	859.218	10,4
Pequeno porte (c)	294.557	405.112	606.870	588.090	588.477	669.972	737.167	693.151	10,7
<b>Total</b>	<b>1.022.921</b>	<b>1.430.391</b>	<b>2.127.179</b>	<b>2.215.240</b>	<b>2.240.029</b>	<b>2.403.109</b>	<b>2.488.209</b>	<b>2.613.170</b>	<b>11,0</b>
<b>Colposcopias</b>									
São Paulo	83.434	85.683	106.487	104.719	128.990	111.533	97.045	101.762	2,7
Grande porte (a)	30.247	32.474	29.282	31.467	33.226	34.547	31.062	30.254	0,4
Médio porte (b)	57.419	61.896	68.127	68.520	65.629	66.598	68.936	70.889	2,3
Pequeno porte (c)	16.190	16.818	23.088	17.612	17.606	19.176	17.874	16.371	-0,3
<b>Total</b>	<b>187.290</b>	<b>196.871</b>	<b>226.984</b>	<b>222.318</b>	<b>245.451</b>	<b>231.854</b>	<b>214.917</b>	<b>219.276</b>	<b>2,0</b>
<b>Exames anátomo-patológicos do colo uterino</b>									
São Paulo	14.014	13.915	12.398	11.825	13.467	15.022	11.244	11.375	-2,0
Grande porte (a)	1.514	3.890	3.314	1.987	3.893	4.291	4.181	5.821	13,7
Médio porte (b)	7.308	8.223	10.233	9.673	9.217	8.806	8.737	9.574	1,9
Pequeno porte (c)	456	719	691	770	1.074	1.035	781	833	6,9
<b>Total</b>	<b>23.292</b>	<b>26.747</b>	<b>26.636</b>	<b>24.255</b>	<b>27.651</b>	<b>29.154</b>	<b>24.943</b>	<b>27.603</b>	<b>1,5</b>

Fonte: SIA-SUS, Ministério da Saúde

**Legenda:**

Grande porte (a): acima de 500.000 hab.

Médio porte (b): entre 100.000 habitantes e 500.000 hab.

Pequeno porte(c): menos de 100.000 hab.

especial após 2002. Em 2005, iniciou a implantação em grande escala das unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), caracterizada como um serviço de pronto-atendimento para consultas não agendadas. Esta situação explica que, do total do incremento observado na produção de consultas básicas na capital, mais de 3,6 milhões ou dois terços do incremento deveram-se às de urgência na clínica básica, procedimento adotado para o registro da produção destas nas unidades. As especificidades das mudanças da política de saúde deste município serão analisadas em outro trabalho.

O aumento observado nas consultas básicas nos municípios de pequeno porte revela a expansão na oferta e produção de ações de atenção básica no ESP. Nos municípios de médio e grande porte a menor tendência de aumento poderia ser reflexo de uma organização e oferta prévias da atenção básica mais estruturada. Nestes municípios, o maior aumento observado foi o de consultas especializadas sugerindo que estes poderiam ter sido pressionados por uma demanda adicional por atenção especializada gerada pelos usuários referidos pelos municípios de pequeno porte e passaram a responder por um novo papel de pólo microrregional, regional e/ou estadual para procedimentos com maior incorporação tecnológica, deslocando seus investimentos da atenção básica.

Enquanto o aumento nos municípios de grande porte deveu-se às consultas especializadas, nos municípios de médio porte o maior incremento proporcional ocorreu nas urgências, apesar do aumento ter ocorrido também nas consultas especializadas. Esta característica foi encontrada em um estudo realizado na Região Metropolitana de São Paulo,<sup>10</sup> onde foi constatado que os usuários do SUS tendem a utilizar mais os serviços de urgência/emergência como porta de entrada do sistema em comparação aos usuários de planos de saúde. Para os autores, esta situação pode refletir uma menor oferta e/ou acessibilidade à rede de unidades básicas. Estudo desenvolvido em Maringá-PR<sup>9</sup> identificou os seguintes motivos para a utilização dos serviços de pronto-atendimento como porta de entrada: a resolução do problema de saúde, a proximidade da residência e a rapidez no atendimento.

O gradiente crescente da razão entre consultas básicas e especializadas do maior para o menor porte era esperado, no entanto a ascensão no Município de

São Paulo e a queda nos de pequeno porte indicam que na capital as consultas de pronto-atendimento explicam o ocorrido, mas nos de pequeno porte, o declínio observado sugere que o aumento de consultas básicas foi acompanhado da possível ampliação do suporte de referência especializada no próprio município, de forma semelhante ao ocorrido nos pólos regionais.

Os municípios pólos no Estado de São Paulo parecem ter assumido papéis diversos no sistema com as mudanças decorrentes da política de saúde nacional. Os municípios pólos de menor porte passaram a assumir as urgências, sendo que as consultas especializadas foram ampliadas nos diversos municípios, possivelmente com variações entre as especialidades dependendo da capacidade local de incorporação da tecnologia de apoio necessária, o que será aprofundado em outro trabalho.

Quanto às linhas de cuidado observa-se que a ampliação da oferta básica levou à necessidade de suporte especializado, o que induziu o seu crescimento, em especial nos municípios de grande porte. Como exemplo pode-se citar o aumento mais significativo nas consultas especializadas de cardiologia nos municípios de grande porte que parece confirmar uma divisão de papéis entre os municípios segundo o porte, com os maiores assumindo os procedimentos que exigem maior incorporação tecnológica. A queda no Município de São Paulo sugere que muitas ofertas migraram deste para outros pólos estaduais/regionais. No entanto para todos os marcadores utilizados houve claro gradiente entre portes de municípios. As relações entre os marcadores da linha de cuidado estudados, tais como ecocardiografia/consulta de cardiologia, colposcopia/papanicolau e anátomo patológico/papanicolau indicam o papel de referência que os municípios de maior porte exerceram em relação aos outros municípios que compõem as Regiões de Saúde.<sup>16</sup>

Observou-se, no entanto que os municípios de pequeno porte também têm investido em incorporação tecnológica o que pode ter lógica diversa à necessidade de organização do sistema, pois pode estar refletindo uma disponibilidade e conseqüente oferta de médicos especialistas na busca de mercados potenciais. Neste contexto é preocupante observar o baixo uso de colposcopia no ESP, em especial nos municípios de pequeno porte, dada a baixa necessidade de investimento deste procedimento, e considerando

que este deveria estar mais diretamente relacionado ao incremento observado no exame de Papanicolau. Um fator que poderia estar relacionado a este padrão observado seria o baixo estímulo financeiro de alguns procedimentos básicos na linha de cuidado. Outro fator seria a influência do mercado estimulando a incorporação de tecnologia independentemente de análise crítica e planejamento objetivo. Assim esses fatores podem estar dificultando o atendimento das reais necessidades de saúde da população e uma oferta mais adequada e racional de procedimentos na rede de serviços de saúde.

Essa dinâmica observada na oferta de serviços ambulatoriais aponta que houve uma diferenciação

da prestação de serviços de saúde nos municípios segundo porte populacional, o qual poderia estar refletindo a disponibilidade de recursos humanos qualificados assim como financeiros para aquisição de equipamentos.

No presente estudo buscou-se analisar criticamente a utilização de serviços ambulatoriais por meio de informações pouco valorizadas na produção de conhecimento extraídas do SIA-SUS. Pretende-se, desta forma, estimular uma ampliação do uso das bases de dados assistenciais que pode ser útil para a captação de problemas na organização da oferta e no desempenho do SUS, bem como identificar as relações que tem se estabelecido no sistema em resposta aos desafios.

## Referências

1. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90; relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciências & Saúde Coletiva* 2001; 6(2):269-293.
2. Cordoni Jr L. Política de saúde nos anos 90 e a reforma sanitária - considerações sobre o artigo "Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas". *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(2):306-307.
3. Scatena JHG, Tanaka OY. A descentralização da saúde no estado de Mato Grosso: financiamento e modelo de atenção. *Revista Panamericana de Saúde Pública* 2001; 8(4):242-249.
4. Conselho Nacional de Saúde. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Brasília: CNS; 2002.
5. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. 15 anos de SUS: desafios e perspectivas. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Convergências e Divergências sobre Gestão e regionalização do SUS*. [monografia na Internet]. Brasília: CONASS; 2004 [acessado em 15 fev.2008]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>
6. Cecílio LCO, Andreazza R; Souza ALM; Lacaz FAC; Pinto NRS; Spedo SM, et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde* 2007; 1(2):200-207.
7. Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. Desafios para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Caderno de Saúde Pública* 2006; 22(9):1845-1853.
8. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13(3):469-478.
9. Oliveira MLE, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Revista Ciência, Cuidado e Saúde* 2002; 1(1):123-128.
10. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 2(2):351-362.
11. Goldbaum M, Gianinia RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39(1):90-99.
12. Bobbio N, Matteuci N, Pasquino G. *Dicionário de Política*. 7ª ed. Brasília: UnB; 1995.
13. Oliveira MHC. Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. In: Pierantoni CR, Vianna CMM, organizadores. *Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ- IMS; 2003. p.59-92.

14. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, p.58, 06 nov. 96. Seção 1.
15. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, p.52, 28 fev. 2002. Seção 1.
16. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, p.43, 23 fev. 2006. Seção 1.
17. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública 2004; 20 Suppl 2: 31-336.
18. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p. 33, 13 jun. 2002. Seção 1.
19. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, p. 20, 24 maio. 1993. Seção 1.
20. Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. São Paulo: EPU; 1981.
21. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do programa de saúde da família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil, Cadernos de Saúde Pública 2008; 23(3):809-819

Recebido em 29/09/2009  
Aprovado em 26/06/2010