

Respostas de Paulo de Tarso Puccini¹

1) As AMAs em São Paulo ou as UPAs no Rio são saídas eficiente e eficaz de pronto-atendimento ou é um desvio de finalidade?

De fato há uma questão primeira sobre as razões que justificariam esse novo tipo de unidade. O questionável é se o tipo de unidade denominado de pronto-atendimento, organizado para prestar um serviço específico para demandas “simples”, que adota como forma de trabalho médico o contato pontual, de baixa qualificação profissional e baixa resolubilidade seria um tipo de serviço capaz de pronto atender de forma integral e adequadamente qualificado às pessoas que procuram por um motivo qualquer de urgência ou emergência um primeiro atendimento imediato. É forçoso se perguntar porquê não resolver essas demandas no âmbito da organização do processo de trabalho da unidade básica de saúde ou do pronto-socorro com os seus conjuntos de definições e exigências técnicas e profissionais?

Não existe, do ponto de vista da morbidade, doenças que seriam classificadas como reservadas ao processo de trabalho característico de um serviço médico de pronto-atendimento. Não existe uma definição técnica ou legal-formal de um serviço de pronto-atendimento, como existe de pronto-socorro, de unidade básica de saúde. Em termos médicos define-se a urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica e a emergência como condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento imediato. Na visão médica o balizamento é dado pela irreversibilidade do dano, que é, também, o fundamento do significado jurídico do termo, isto é, significa o que uma situação tem a ver com a irreversibilidade de um dano ou prejuízo para alguém que poderia ter sido evitado com a intervenção imediata.

A procura pela população de uma vaga na hora, imediata, para ser prontamente atendida, que em geral acaba lotando os prontos-socorros, não é fruto de ignorância sobre gravidade, é experiência vivida nas condições de acesso à saúde do seu grupo social e do valor moral de tudo fazer para preservar a vida e a saúde própria ou a dos seus. É a experiência vivida da debilidade histórica de acesso nos serviços de atenção básica.

2) Não estaríamos invertendo papéis quando se investe nas UPAs ou nas AMAs e menos na Atenção Básica? Ou seja, seria causar na população uma falsa expectativa de que o problema do SUS, de demandas de saúde, está resolvido? Ou de que ela não precisa mais da rede básica ou da Saúde da Família?

Acredito que sim. A idéia de grave para o usuário tem a ver mais com o temor (que não é ilusório) de uma situação, que sem resposta, poderia ter conseqüências sérias para sua vida ou a de seus familiares, ao passo que para os profissionais de

¹ Médico sanitarista, doutor em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, pesquisa sobre avaliação e monitoramento da atenção básica, é autor do artigo:
PUCCINI, Paulo de Tarso. 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* 2008; (24)12: 2755-66.

saúde a idéia de grave é mais sentida como razões importantes que levariam a um proceder técnico especializado e imediato. No caso de um serviço limitado a um pronto-atendimento há um conflito crescente entre essas duas lógicas, pois a natureza do trabalho desmotiva a ação clínica abrangente e completa do profissional médico e estimula uma prática desidiosa. Estimula, por outro lado, que os usuários valorizem exageradamente um contato superficial e sem efetividade para a recuperação possível da saúde. 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 tem sido um dos desafios do papel transformador esperado para a atenção básica abrangente e integral.

O modelo de assistência praticado numa unidade de pronto-atendimento 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 desse tipo. Desenvolve-se, com o 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.

Nessas condições, a proposição dessas unidades 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.

3) Em sua análise, como deve ser feito o Pronto-Atendimento? Em artigo, Gilson Carvalho propõe que "o Pronto Atendimento deva ser feito sempre junto à Atenção Básica, Primária e Primeira e complementarmente junto à urgência-emergência".

Conforme conceituação formalmente adotada na Portaria Nº. 648/2006 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, 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 freqüentes e realizar uma assistência básica integral e contínua que *inclui a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas*. O fato é que pronto atender, e com médicos, é objetivamente fundamental para a atenção básica. A questão que se coloca é como fazer isso de forma racional, ampla, estável e articulada com os princípios gerais de defesa do direito de todos à saúde; como fazer isso de forma a ampliar o cuidado imediato, quando necessário, com a contribuição de variadas profissões de saúde; como reconhecer o momento da intervenção de um ou de outro profissional; como fixar e articular protocolos que possam permitir uma ampliação do trabalho interdisciplinar e um cuidado continuado. 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, fragilmente organizadas, embaralhadas com as pretensas verdades nacionais do PSF e desumanizadas na sua ação.

4) A UPA se faz mesmo necessária hoje no sistema de saúde, especificamente para dar conta da realidade das grandes metrópoles como o Rio de Janeiro? Pergunto pois a população, na ausência da atenção básica, passou a procurar os hospitais e a superlotá-los.

Negar essa procura seria desconsiderar uma necessidade e o direito das pessoas a uma resposta imediata, quando necessária, dos serviços básicos de saúde. Porém, resolver essa demanda por meio de unidades de pronto-atendimento é confundir o pronto atender como outro tipo de serviço, historicamente distorcido, sobretudo da ação médica, restrito aos moldes de queixa-conduta. 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 chegar à possível resolução do seu problema.

Aspectos verificados no funcionamento de unidades de pronto-atendimento 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 UBSs; tendência de fixação da sua clientela, isto é, de retorno de paciente na própria AMA, segundo o conhecido ciclo vicioso resultante do atendimento nos moldes da queixa-conduta; e, finalmente, revelando o sentido global do processo, advém a redução do volume de atendimento médico característico da atenção básica, substituído por outro tipo de atendimento em termos de qualidade e natureza, isto é, o realizado numa unidade de pronto-atendimento.

5) Voltando um pouco a primeira pergunta: por que no lugar das UPAs não se investiu nos postos de saúde? Por que não fazer dos postos 24 horas, como exames, etc, como hoje são as UPAs no Rio ou as AMAs em SP?

A organização dessas novas unidades, intermediárias entre a atenção básica e os prontos-socorros para realizar um atendimento tipo queixa-conduta, não se limita à idéia sensata e necessária de pronto atender às demandas não-agendadas que chegam a uma UBS e, assim, poder efetivamente reduzir a procura desnecessária aos prontos-socorros e ambulatorios de especialidades. Esse tipo de atendimento tem história de interesses no Brasil. O Plano de Pronta Ação (PPA) estabelecido pela portaria do MPAS Nº. 39/1974 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”. No caso do município de São Paulo significou, também, uma iniciativa política para a transferência apressada da gestão de unidades públicas estatais não-hospitalares para empresas privadas tipo organização social.

6) UPA ou AMA é desvio de dinheiro do SUS?

A transição pretendida com as unidades de pronto-atendimento, ao revés do complexo educacional-assistencial proposto para a atenção básica no SUS, pode aparentar um acerto fugaz. Porém, ela não tem a potencialidade de realizar as tarefas necessárias e equacionar uma variedade de processos, capacitando efetivamente a atenção básica para atender as pessoas de forma integral. É uma iniciativa que consome muitos recursos, em detrimento do seu emprego no rumo proposto pela reforma sanitária brasileira. Não é um desvio de dinheiro, mas é um recurso empregado estrategicamente de forma equivocada. A reestruturação da atenção básica não é questão restrita à produção de volumes de atos médicos. A despeito do volume adicional de consultas médicas realizadas momentaneamente, nos moldes da queixa-conduta, há um desperdício de dinheiro e de oportunidade histórica para o efetivo desenvolvimento da rede básica.