

AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO E COBERTURA ASSISTENCIAL EM SAÚDE

EVALUATION OF PRODUCTION AND ASSISTANCE COVERAGE IN HEALTH

EVALUACIÓN DE LA PRODUCCIÓN E DE LA COBERTURA ASISTENCIAL EN LA SALUD

Darlene Moreira Gomes¹
Carolina Costa Valcanti Avelino²
Denismar Alves Nogueira³
Maurício Durval de Sá⁴
Sueli Leiko Takamatsu Goyatá⁵

A avaliação da cobertura assistencial é uma ferramenta de gestão do Sistema Único de Saúde no município. Este estudo teve como objetivo avaliar a cobertura assistencial e a produção do Sistema de Saúde de um município Polo da Microrregião Sul de Minas Gerais no período de 2009 a 2013. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória e retrospectiva. Seguiram-se como etapas: coleta, tabulação e análise dos dados. Os resultados indicaram superávit na produção de consultas médicas de urgências e de especialidades e menor produção nas consultas médicas básicas. Foi verificada uma inversão do acesso dos usuários e da produção de consultas médicas. Concluiu-se que a redução da cobertura das consultas básicas tornou claro que a produção não atingiu os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, o que evidencia a não conformidade das unidades básicas como porta de entrada para o sistema municipal de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em saúde. Administração de serviços de saúde. Saúde pública.

The evaluation of healthcare coverage is a Unified Health System management tool in the municipality. This study aimed to evaluate the healthcare coverage and the production of the Health System from a southern micro-region of Minas Gerais in the period between 2009 and 2013. This is a quantitative, descriptive, exploratory and retrospective research. The phases were: data collection, tabulation and data analysis. The results indicate a surplus in the production of emergency medical appointments and medical specialties, and a lower production in primary healthcare. An inversion was verified in relation to user access and medical appointment productivity. It is concluded that the reduction in the coverage of primary healthcare made it clear that production did not achieve the parameters recommended by the Ministry of Health, which evidences non-conformity of the primary healthcare units as a gateway for the municipal health system.

KEYWORDS: Health assessment. Health service administration. Public health.

La evaluación de la cobertura asistencial es una herramienta de gestión del Sistema Único de Salud en el municipio. El objetivo de este estudio fue evaluar la cobertura asistencial y la producción del Sistema de Salud, de un Municipio Polo de la Microrregión del Sur de Minas Gerais. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y

¹ Enfermeira. Residente em Saúde da Família da Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. darlenemgomes@yahoo.com.br

² Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. ccv89@yahoo.com.br

³ Professor Adjunto do Instituto de Ciências Exatas da Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. denisnog@yahoo.com.br

⁴ Enfermeiro. Secretário Municipal de Saúde de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. mauspu@gmail.com

⁵ Professora Adjunta e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. sueligoyata@yahoo.com.br

retrospectivo. Las etapas realizadas consisten en: recogida de datos, tabulación y análisis de los datos. Los resultados indicaron un superávit en la producción de consultas médicas de urgencia y de especialidades y menor producción en las consultas médicas primarias. Se concluye que la reducción de la cobertura de las consultas primarias tornó claro que la producción no alcanzó los parámetros preconizados por el Ministerio de la Salud, lo que evidencia la no-conformidad de las unidades básicas como puerta de entrada para el sistema municipal de salud.

PALABRAS-CLAVE: Evaluación en salud. Administración de servicios de salud. Salud pública.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e as leis orgânicas que regulamentaram os processos de organização político-territorial do sistema de saúde brasileiro, que estabelecem a regionalização e a descentralização como estratégia fundamental para redefinir o papel do Estado nas funções públicas de normalizar, regular e garantir o acesso da população, além de controlar os serviços de saúde que permanecem sob sua gestão (LIMA et al., 2012). O serviço de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e dos serviços de saúde foi regulamentado pela Lei Federal n. 8.080/1990, sendo de competência comum dos gestores federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.101, que dispõe sobre os parâmetros assistências de saúde, constituindo-se o principal instrumento de avaliação da cobertura assistencial, para o planejamento, controle, regulação e avaliação do SUS (BRASIL, 2002).

Esses parâmetros destinam-se a orientar os gestores, oferecendo subsídios para a análise das necessidades da população, comparada à rede de oferta de serviços. Além disso, orienta o planejamento da Programação Pactuada Integrada (PPI), a adequação dos serviços já existentes e a contratação de novos, se necessário (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011a).

Parâmetros de cobertura são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população em um período previamente estabelecido.

Parâmetros de produtividade são aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, dos equipamentos e dos serviços

assistenciais à saúde, sejam eles humanos, materiais ou físicos (BRASIL, 2002).

Com o processo de descentralização da gestão em saúde, os municípios passaram a assumir cada vez mais a prestação de serviços de saúde, a supervisão de unidades prestadoras e dos recursos para a operacionalização do SUS (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012). Diante disso, é fundamental que o Setor de Controle, Avaliação e Regulação da gestão municipal avalie a cobertura assistencial para o planejamento em saúde (BRASIL, 2002). Com isso, deve melhor distribuir os equipamentos assistenciais, garantir o acesso dos usuários aos diferentes níveis de atenção à saúde e pactuar a assistência médica com os prestadores segundo as necessidades do SUS.

Em se tratando do município de Alfenas, localizado ao Sul do estado de Minas Gerais, na VII Conferência Municipal de Saúde, realizada em 28 de novembro de 2013, foi aprovada a proposta de levantamento das consultas especializadas e de estudo de avaliação da cobertura assistencial do Sistema Municipal de Saúde, o que justifica a realização desta pesquisa.

Este estudo teve como objetivo avaliar a cobertura assistencial e a produção do sistema de saúde desse município, no período de 2009 a 2013.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo descritivo, exploratório e retrospectivo (PEREIRA, 2008), realizado na Secretaria Municipal de Saúde, no Setor de Controle, Avaliação e Regulação durante os meses de julho a setembro de 2014. Para a coleta de dados, utilizou-se fonte

secundária de consultas médicas e de procedimentos especializados dos prestadores de serviços de saúde no período de 2009 a 2013, por meio dos relatórios fornecidos pelo SIA/SUS. As informações sobre a população residente no município de Alfenas (MG) foram obtidas por meio dos registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Para a avaliação da cobertura assistencial e para a análise comparativa dos resultados da produção de consultas médicas e de procedimentos especializados, foram utilizados os parâmetros de cobertura e de produtividade previstos na Portaria n. 1.101/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Os parâmetros de cobertura assistencial e de produtividade têm como objetivo orientar os gestores dos três níveis do governo no planejamento da oferta de serviços assistenciais à população e auxiliar no acompanhamento, no controle, na avaliação e na auditoria dos serviços de saúde prestados pelo SUS. Eles foram elaborados, considerando-se os parâmetros assistenciais reconhecidos internacionalmente, com base nos dados da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde para países em desenvolvimento. Cabe à Secretaria de Assistência à Saúde do governo federal a responsabilidade de revisão periódica desses parâmetros (BRASIL, 2002).

Os dados foram tabulados, armazenados e analisados em banco de dados por meio do *software Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 17.0. Após a tabulação e análise, os dados foram distribuídos por frequência e apresentados em tabelas e em gráficos. Foi utilizada a série histórica do número de consultas médicas básicas, especializadas e de urgência/emergência no período do estudo, em intervalos mensais. Considerou-se como melhor modelo aquele que

apresentou maior significância estatística (menor valor de p) e resíduos sem vícios. Considerou-se tendência significativa aquela cujo modelo estimado obteve $P < 0,05$ (PEREIRA, 2008).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, parecer n. 682.994/2014.

RESULTADOS

O município de Alfenas é um polo micro e macrorregional de assistência de média e alta complexidade à saúde, recebendo usuários da região Sul de Minas Gerais para diagnósticos e tratamentos. O sistema municipal de saúde conta atualmente, na Atenção Primária, com 13 unidades de saúde da família, o que representa em torno de 60% de cobertura populacional, e três unidades básicas de saúde. Na atenção secundária, são 11 unidades, sendo quatro ambulatórios de especialidades e cinco clínicas: odontologia, oftalmologia, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia. Conta, ainda, com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISLAGOS). Em relação aos serviços de apoio diagnóstico, o município conta com seis serviços. Na atenção terciária, possui quatro hospitais, sendo dois conveniados ao SUS (BRASIL, 2015).

No período investigado, a média de produção de consultas médicas foi de 2,9 consultas/habitante/ano. Houve um superávit nas consultas médicas em geral de 2009 a 2010, resultando em 3,2 consultas/habitante/ano.

A Tabela 1 apresenta a distribuição percentual do total de consultas básicas, especializadas e de urgência/emergência realizadas, no município de Alfenas, no período de 2009 a 2013.

Tabela 1 – Distribuição percentual da produção por tipos de consultas médicas – município de Alfenas (MG), Brasil – 2009-2013

Tipo de Consulta	Produção %					Parâmetros %
	2009	2010	2011	2012	2013	
Urgência/emergência	35,7	32,32	40,91	53,11	36,75	15,0
Básicas	35,3	39,27	35,96	32,05	30,23	62,5
Especializadas	29,0	28,41	23,13	14,84	33,02	22,5
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fonte: Elaboração própria.

As consultas de urgência/emergência tiveram produções superiores aos parâmetros no período do estudo. Em relação às consultas médicas básicas, houve o inverso. As produções foram inferiores ao parâmetro recomendado. Entre os anos de 2009 e 2012, houve uma redução gradativa das consultas especializadas e, em 2013, a produção dessas consultas mais que dobrou

(Tabela 1). Mesmo assim, a produção de consultas especializadas no período do estudo foi a que apresentou cobertura assistencial mais próxima dos parâmetros recomendados.

A Tabela 2 apresenta a produção de alguns procedimentos especializados realizados no município de Alfenas (MG), no período de 2009 a 2013, bem como a produção recomendada.

Tabela 2 – Produção recomendada e realizada por tipo de procedimento especializado – município de Alfenas(MG), Brasil – 2009-2013

Tipo de Procedimento	Produção									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	Rec.	Real.	Rec.	Real.	Rec.	Real.	Rec.	Real.	Rec.	Real.
Patologia Clínica	112821	365525	103210	454914	111447	510811	112206	564633	116427	571144
Anátomo e Citopatologia	5325	11197	4872	9625	5260	17049	5296	7475	5495	10037
Radiodiagnóstico.	18051	64907	16514	61235	17832	70877	17953	70020	18628	65507
Exames Ultrasson	3385	2266	3096	3075	3343	4684	3366	4149	3493	5363
Diagnose	13539	23426	12385	22727	13374	22748	13465	19290	13971	22649
Fisioterapia (por sessão)	20308	8914	18578	143	20060	1635	20197	1688	20957	5644
Terapias Especializadas (por terapia)	6769	396	6193	263	6687	137	6732	189	6986	692
Próteses e Órteses	1128	7597	1032	6542	1114	7358	1122	5810	1164	5960

Fonte: Elaboração própria.

Rec.= recomendado / Real.= realizado.

Quanto aos procedimentos especializados, verificou-se um superávit no período de 2009 a 2013, com exceção de fisioterapia e de terapias especializadas (Tabela 2). O ano de 2009 foi o que apresentou o maior número de sessões de

fisioterapia (8.914), superando o ano de 2013, cuja produção foi de 5.644.

A Tabela 3 apresenta a análise da série histórica da produção de consultas médicas básicas, especializadas e de urgência/emergência durante o período do estudo.

Tabela 3 – Tendência das consultas médicas por tipo – Alfenas (MG), Brasil – 2009-2013

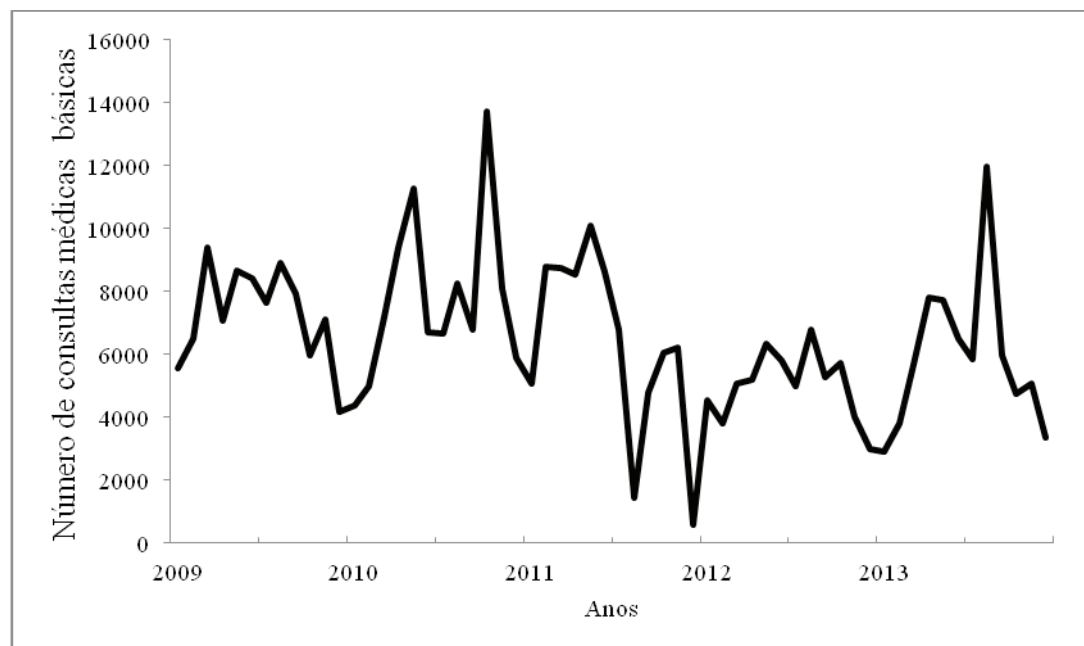
Consultas	Média	R	Valor P	Tendência
Básica	6479	0,335	0,008	Decrescente
Especializada	4915	0,102	0,436	Não significativa
Urgência/Emergência	7319	0,102	0,437	Não significativa

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à análise das tendências das consultas médicas produzidas durante os anos de 2009 a 2013, os resultados mostraram que não houve diferença significativa para as consultas especializadas e de urgência/emergência,

mantendo-se estáveis durante o período em estudo (Tabela 3). Quanto às consultas básicas, os resultados evidenciaram uma tendência significativa ($p=0,008$), mantendo-se o gradiente de decréscimo ao longo dos anos (Tabela 3 e Gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de consultas médicas básicas realizadas – Alfenas (MG), Brasil – 2009-2013



Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Embora as consultas médicas gerais tenham atingido o parâmetro nacional, quando são analisadas por tipos de consulta – básica, especializada e de urgência/emergência –, fica evidente o distanciamento da cobertura assistencial segundo os parâmetros recomendados.

Os resultados evidenciaram que a produção de consultas médicas especializadas e de urgência/emergência encontrava-se acima do parâmetro previsto. As consultas básicas estavam consideravelmente abaixo do preconizado, o que resultava em baixa cobertura do primeiro nível de assistência, que é a Atenção Básica (AB).

A AB constitui o primeiro nível da atenção que envolve um conjunto de ações, individuais e coletivas voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação (BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Atenção Básica considera equivalentes os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2011b). Esse nível de atenção é constituído pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas com base em um modelo assistencial tradicional, centrado no médico, e pelas Unidades de Saúde da Família (USF), que são voltadas para a reorientação das práticas de saúde, com foco na família e embasadas na promoção da saúde (NUNES et al., 2012).

A AB busca desenvolver o mais alto grau de descentralização e de capilaridade social. Para tanto, as unidades de saúde da família encontram-se em locais mais próximos da vida dos indivíduos e de suas famílias. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a; MENDES, 2010). Desse modo, as unidades são responsáveis por resolver de 80% a 85% dos casos da unidade e apenas 15% a 20% das pessoas atendidas devem ser encaminhadas aos níveis especializados, mas sem perda do vínculo (NUNES et al., 2012).

Além disso, o nível primário de atenção deve exercer uma importante função de reorganização

da prática assistencial. Para isso, a atenção prestada deve estar direcionada à família e ao ambiente físico e social que a cerca, o que permite melhor compreensão do processo saúde-doença e também a identificação das necessidades e das formas de intervenções que vão além das práticas curativas (FEITOSA et al., 2013).

A tendência de decréscimo das consultas médicas básicas não era esperada, uma vez que estudo realizado nos anos anteriores no município de Alfenas evidenciava crescimento (RODRIGUES, 2009). Entretanto, vale ressaltar que, em uma investigação realizada no Estado de São Paulo no período de 2000 a 2011, foi identificada uma oscilação semelhante, em que ocorreu um crescimento entre os anos de 2000 a 2008 e, em seguida, houve uma redução significativa até 2011. Tal achado pode ser justificado pela ampliação do acesso, por grande parte da população, aos serviços privados de saúde nos últimos anos, o que ocasionou a diminuição da procura por serviços públicos (MENDES; OSIANO, 2012).

Essa justificativa, em parte, pode ser considerada adequada, no entanto, no período compreendido entre 2009 e 2013, no município em questão, houve a ampliação da cobertura da atenção primária, com a implantação de duas unidades de saúde da família. Isso deveria resultar no aumento do número de consultas básicas e não, em redução. Esse déficit encontrado na produção de consultas básicas pode ocorrer por diversos fatores, tais como: dificuldade de contratação e de permanência de médicos na atenção básica; falta de cumprimento da jornada de trabalho em tempo integral; falta de capacidade técnica de monitoramento, de avaliação e de desenvolvimento de estratégias por parte dos governos municipais. Além disso, atividades educacionais na formação de profissionais médicos, visitas domiciliares e sub-registros dos sistemas de informação, que vão desde o registro no Boletim de Produção Ambulatorial até sua inclusão nesses sistemas, podem alterar a contagem real das consultas e de procedimentos produzidos (BRASIL, 2010; TANAKA 2011).

Destaca-se, ainda, que a cobertura assistencial das consultas básicas está diretamente

relacionada à implantação da estratégia de saúde da família no território nacional a partir de 1994, como proposta política de reorganização do modelo assistencial. Tal fato pode influenciar consideravelmente o alcance de parâmetros de cobertura assistencial de consultas básicas, uma vez que sua expansão ocorreu de forma diferenciada e desigual entre as regiões do país, os estados e os municípios, não apenas na cobertura populacional, mas também nas formas de funcionamento e de organização dos serviços de saúde (AVELINO et al., 2015; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). No caso específico do município de Alfenas, o qual conta atualmente com 60% de cobertura assistencial da estratégia de saúde da família, que resulta em grande impacto na oferta de consultas médicas da AB, esse quadro poderia ser diferente se o governo municipal implantasse número suficiente de equipes de saúde para atingir 100% de cobertura.

As consultas especializadas e as de urgência/emergência apresentaram percentuais elevados de cobertura assistencial em relação ao parâmetro, sobretudo das urgências e das emergências. O mesmo resultado pode ser encontrado no estudo de Rodrigues (2009). O predomínio do atendimento em unidades de pronto socorro e de pronto atendimento se justifica uma vez que o atual modelo assistencial é voltado para o enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas (MENDES, 2010).

Além disso, dificuldades apontadas na prestação de serviços de saúde da AB, tais como demora no agendamento de consultas médicas, horário de funcionamento coincidindo com o turno de trabalho, dificuldade na obtenção de medicamento, deficiência no sistema de referência e contrarreferência e demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais (AZEVEDO; COSTA, 2010; SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010), podem colaborar para que as unidades de pronto socorro ou de pronto atendimento tornem-se a porta de entrada preferencial de atenção à saúde pelos usuários do SUS.

Enfim, a dificuldade de acesso, a pouca resolubilidade e a falta de integralidade do cuidado no nível primário, aliada à fragilidade

na constituição das redes de atenção, podem contribuir para a inversão do sistema de saúde (AZEVEDO; COSTA, 2010).

CONCLUSÃO

Este estudo teve o objetivo de avaliar a cobertura assistencial e a produção do Sistema de Saúde de um município Polo da Microrregião Sul de Minas Gerais no período de 2009 a 2013.

Os resultados da pesquisa realizada permitiram concluir-se que a redução da cobertura das consultas básicas, verificada no período em estudo, tornou claro que a produção não atingiu os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, o que evidencia a não conformidade das unidades básicas como porta de entrada para o sistema municipal de saúde.

Embora a produção de consultas médicas de urgência/emergência e especializadas tenha se mantido estável ao longo dos anos, os resultados indicam que esta produção está acima dos parâmetros recomendados. Tal situação mostra uma inversão do acesso dos usuários e da produção de consultas médicas preconizadas por essa Portaria, em um contexto político-institucional, no qual se busca a reorganização do modelo assistencial, com maior investimento e expansão de unidades da estratégia saúde da família.

A Atenção Básica, como coordenadora da rede de atenção à saúde, deve conduzir o usuário aos demais níveis do sistema, hospitalares ou de especialidades, com mecanismos de referência e de contrarreferência. Para além dessa competência, ao gestor municipal cabe promover adequações nos serviços assistenciais, visando atender às necessidades de atendimento aos usuários do SUS e aperfeiçoar a regulação microrregional. Essas medidas permitirão um planejamento da cobertura assistencial de consultas médicas e dos procedimentos especializados de forma mais qualificada.

Cabe destacar, ainda, que a Portaria nº 1.101/2002, do Ministério da Saúde, apesar de sua vigência, encontra-se desatualizada e seus parâmetros assistenciais não consideram as particularidades das organizações sociopolíticas e

organizacionais dos sistemas municipais de saúde, o que se constitui em uma das limitações deste estudo.

Por fim, recomenda-se a realização de pesquisas de análise de série histórica em outras localidades, para que seja possível a avaliação comparativa da cobertura assistencial de consultas médicas básicas, especializadas e de urgência/emergência.

REFERÊNCIAS

AVELINO, Carolina C.V. et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo as internações evitáveis. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1285-1293, 2015.

AZEVEDO, Ana Lúcia M.; COSTA, André M. A estreita porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface comunic. saúde educ.*, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BRASIL. Presidência da República. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.101, de 12 de junho de 2002*. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2007*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume11.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *DATASUS*. CNESnet. Brasília, 2015. Disponível em: <nes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=310160&NomeEstado=MINAS_GERAIS>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Coleção para entender a gestão do SUS*. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 fev. 2015.

CAMPOS, Amanda Z.; THEME-FILHA, Mariza M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

FEITOSA, Rúbia M.M. et al. Enfermagem e gerenciamento da situação de saúde na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. baiana enferm.*, Salvador, v. 27, n. 2, p. 154-163, maio/ago. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310160>>. Acesso em: 15 maio 2014.

LIMA, Luciana D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p. 1903-1913, jul. 2012.

MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, José D.V.; OSIANO, Vera Lucia R.O. Consultas médicas de atenção básica nas RRAS do Estado de São Paulo. *GAIS Informa*, São Paulo, ano 4, n. 16, p. 1-19, out. 2012.

NUNES, Altacílio A. et al. Resolubilidade da estratégia saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais: contribuições do PET-Saúde. *Rev. bras. educ. méd.*, Rio de Janeiro, v.27, n. 36, p. 27-32, 2012.

PEREIRA, Maurício G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, Ludmila B.B. *Avaliação da implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG*. 2009. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2009.

SAUTER, Ângela Maria W.; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene O.; KOPF, Águida W. Política de

regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde. *Rev. mineira enferm.*, Belo Horizonte, v.16, n.2, p. 265-274, abr./jun.2012.

SOUZA, Mariana F.; FIGUEIREDO, Luana A.; PINTO, Ione C. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. *Ciênc. cuidado saúde*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 13-20, 2010.

TANAKA, Oswaldo Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Saúde sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

Artigo apresentado em: 22/7/2015

Aprovado em: 3/11/2015

Versão final apresentada em: 10/11/2015