

ISSN 1983-5183

## **AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DA COBERTURA ASSISTENCIAL MÉDICA BÁSICA E ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE CARATINGA – MG**

---

Arlete Maria Gomes OLIVEIRA<sup>1</sup>

*arlete.oliveira@slmandic.edu.br*

Wesley Danny Dantas FORMIGA<sup>2</sup>

Cristhian do Nascimento MELO<sup>3</sup>

Leônidas Marinho dos SANTOS JÚNIOR<sup>4</sup>

Marco Antônio Ferraz JUNQUEIRA<sup>5</sup>

Reginaldo Pereira de SOUZA<sup>6</sup>

Luciana ZANIN<sup>7</sup>

Flavia Martão FLORIO<sup>8</sup>

### **RESUMO**

Avaliou-se o quantitativo inerente à cobertura assistencial médica, básica e especializada do município de Caratinga-MG, no período de setembro de 2014 a agosto de 2015. Estudo observacional transversal. Os elementos referenciados foram avaliados por meio de dados secundários do sistema de informação ambulatorial SIA/SUS, referente às 23 equipes da Estratégia Saúde da Família, agregados no seguinte perfil de pacientes: menores de 01 ano, 01 a 04, 05 a 14, 15 a 44, 45 a 59 anos e de 60 anos ou mais. Posteriormente foram avaliados os encaminhamentos aos atendimentos especializados, sendo submetidos a uma análise de parâmetros, de acordo com a Portaria 1101/02 do Ministério da Saúde. Os dados foram calculados através das frequências absolutas e relativas, média e desvio-padrão. Na avaliação para a média e desvio-padrão os resultados apontaram para um superávit nas consultas médicas básicas para os pacientes acima de 60 anos ( $m=905,4$  e  $dp=347,4$ ), e um déficit no cumprimento dos parâmetros nas consultas médicas básicas das demais faixas etárias: menores de 01 ano ( $m=101,4$  e  $dp=50,4$ ), 01 a 04 anos ( $m=191,4$  e  $dp=54,3$ ), 05 a 14 anos ( $m=375,8$  e  $dp=93,7$ ) e 15 a 59 anos ( $m=2.200$  e  $dp=533,7$ ). Os encaminhamentos aos atendimentos especializados também apresentaram déficit ( $m=380,2$  e  $dp=234,2$ ). A cobertura assistencial de consulta médica básica e de encaminhamento ao atendimento especializado no município de Caratinga-MG apresentou um percentual inferior aos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, com atendimento em apenas uma faixa etária.

**PALAVRAS CHAVES:** ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; CONSULTÓRIOS MÉDICOS; PARÂMETROS; REFERÊNCIA.

---

1 Doutora em Saúde Coletiva – Professora Faculdade São Leopoldo Mandic – Campinas – SP.

2 Mestrando em Saúde Coletiva na Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo, Brasil.

3 Mestrando em Saúde Coletiva - Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas - SP.

4 Mestrando em Saúde Coletiva na Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo, Brasil.

5 Mestrando em Saúde Coletiva na Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo, Brasil.

6 Mestrando em Saúde Coletiva na Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas – SP.

7 Doutora em Cariologia – Professora Faculdade São Leopoldo Mandic – Campinas – SP.

8 Doutora em Cariologia – Professora Faculdade São Leopoldo Mandic – Campinas – SP.

ISSN 1983-5183

## ***QUANTITATIVE ASSESSMENT OF BASIC AND SPECIALIZED MEDICAL ASSISTANCE COVERAGE IN THE CITY OF CARATINGA -MG***

---

### **ABSTRACT**

The quantitative of medical, basic and specialized health care coverage was evaluated in the city of Caratinga-MG from September 2014 to August 2015. It is an observational research. The referenced elements were evaluated through secondary data from the outpatient information system - SIA / SUS referring to the 23 teams of the Family Health Strategy, aggregated in the following patients profile: under 1 year, from 01 to 04 years, from 05 to 14 years, 15 to 44 years, 45 to 59 years and 60 years or more. Subsequently, the referrals to the specialized services were evaluated, being submitted to a parameter analysis, in accordance with Ministry of Health Ordinance 1101/02. Data were calculated through the absolute and relative frequencies, mean and standard deviation. In the evaluation for the mean and standard deviation the results pointed to a surplus in basic medical appointments for patients over 60 years ( $m = 905.4$  and  $dp = 347.4$ ), and a deficit in compliance with the parameters in the basic medical visits ( $M = 101.4$  and  $dp = 50.4$ ), 01 to 04 years ( $m = 191.4$  and  $dp = 54.3$ ), 05 to 14 years ( $m = 375, 8$  and  $dp = 93.7$ ) and 15 to 59 years ( $m = 2,200$  and  $dp = 533.7$ ). Referrals to specialized care also presented a deficit of ( $m = 380.2$  and  $dp = 234.2$ ). The assistance coverage of basic medical consultation and referral to specialized care in the city of Caratinga-MG presented a percentage lower than the parameters recommended by the Ministry of Health.

**KEY WORDS:** PRIMARY HEALTH CARE; PHYSICIANS' OFFICES ; PARAMETERS ; REFERENCE.

## **INTRODUÇÃO**

O Sistema de referência faz parte de um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde. Essas unidades são, portanto, a porta de entrada para os serviços de maior complexidade, caso haja necessidade do usuário. Os serviços de maior complexidade são chamados de "Unidades de Referência"<sup>1, 2, 3</sup>.

Embora a atenção básica seja entendida como a base orientadora do sistema, e sua porta de entrada preferencial deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população adscrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos usuários do SUS<sup>4</sup>.

A partir da década de 70 o sistema de saúde brasileiro se desenvolveu, baseado na relação público-privado e com o surgimento de novos mecanismos de financiamento na década seguinte, levando à maior autonomia do setor privado. O aumento da cobertura assistencial culminou na universalização do atendimento na Nova República, quando se detectou a autoexclusão de alguns grupos sociais, notadamente, as camadas médias da população, configurando-se, então, o caráter excludente da universalização do acesso ao sistema de saúde. Esses grupos passaram a ser o público alvo das operadoras de planos de saúde<sup>5</sup>.

A integralidade surgiu como um dos princípios do Sistema Único de Saúde, atendendo às necessidades entre o atendimento básico e a atenção especializada, considerando a sensibilidade diagnóstica do nível básico para propor encaminhamentos adequados, através da rede de serviços por meio do sistema de referência<sup>6</sup>.

Tal situação é alimentada, em função dos vários segmentos da rede especializada, em fragmentar

ISSN 1983-5183

seus atendimentos nos ambientes ambulatoriais, hospitalares, promover uma resposta de baixa qualidade à Atenção Básica, além da ausência de fluxos qualificados com os usuários do sistema público brasileiro<sup>7</sup>.

A identificação de indivíduos de alto e baixo risco faz com que as equipes de saúde disponham de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados em saúde de maneira diferenciada<sup>2</sup>. As necessidades de populações de baixo risco são resolvidas, na maioria das vezes, com procedimentos simples no atendimento primário de assistência; em contrapartida, os grupos de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas<sup>8</sup>

Com o objetivo de melhorar essa complexa rede assistencial, especialmente os exames, terapias complexas e os encaminhamentos para as consultas médicas especializadas, o Ministério da Saúde propõe, em 2002, a Portaria nº 1101 que determina parâmetros percentuais mínimos assistenciais baseados na população dos municípios e com a finalidade de acompanhamento e organização de cada gestor público<sup>9</sup>.

Diante desse contexto, buscou-se avaliar quantitativamente a cobertura assistencial médica básica e especializada do município de Caratinga – Minas Gerais, identificando-se a efetivação dos serviços com base na analogia entre estes e os parâmetros preconizados no âmbito do Sistema Único de Saúde.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública, organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo<sup>10</sup>. Esse sistema de saúde é pautado nas Leis Orgânicas da Saúde – 8080 e 8142 de 1990 e também nas Normas Operacionais Básicas 01/1991, 01/1993 e 01/1996 para organizar e manter todos os serviços de saúde pública no Brasil<sup>2</sup>.

Essas normas estabeleceram novos mecanismos de gestão, especialmente no sistema municipal, com a inserção da municipalização, criando mais obrigações e responsabilidades de ordem preventiva, participativa e de controle social para cada gestor municipal<sup>8</sup>.

A Atenção Primária é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade, com insumos e equipamentos necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a “garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar<sup>11</sup>.

A assistência à saúde através da atenção primária surge de um movimento de formação médica e só posteriormente é remetida ao campo de competências dos serviços de saúde e das organizações de suas ações. A medicina preventiva e comunitária fundamentou e desenvolveu a atenção primária através de programas docente-assistenciais, conciliando a formação médica e as ações de saúde com a comunidade<sup>12</sup>.

Como integrantes de um sistema, as organizações de saúde formam uma complexa rede, cuja constituição inclui atributos de população e território, estrutura logística e modelos assistenciais e de gestão. A definição, limites e objetivos de um sistema de saúde são específicos para cada país, de acordo com seus próprios valores e princípios. Tais sistemas definem o contexto dos serviços de saúde, que podem ser caracterizados sob diferentes formas com relação à integração em rede<sup>13</sup>.

A cobertura assistencial é determinada pela complexidade do sistema de saúde, que, por sua vez, é

ISSN 1983-5183

hierarquizada segundo os níveis de prestação de serviços de saúde<sup>14</sup>. Assim, o sistema de saúde brasileiro se organiza sob a lógica de hierarquização e regionalização dos serviços, partindo do nível básico de atenção para os níveis de maior complexidade<sup>15</sup>.

A hierarquização dos serviços, por níveis de complexidade e capacidade resolutiva crescente dos serviços de saúde, ancora-se na premissa da necessidade de integração das ações de saúde, procurando evitar demanda desigual e duplicidade de serviços que contribuem para o desperdício e encarecimento da atenção à saúde<sup>2</sup>.

O acesso à atenção médica especializada em tempo hábil é de grande importância, sobretudo perante a possibilidade de garantia da atenção necessária, uma vez que os serviços são interdependentes<sup>16</sup>.

O aumento da resolubilidade na atenção primária depende do acesso a consultas e procedimentos disponíveis na atenção secundária. As equipes da Estratégia de Saúde da Família fazem integração em forma de rede para a organização da saúde, condição essencial para que as equipes possam exercer seu papel de responsabilização sanitária mediante a população em suas áreas de abrangências<sup>17</sup>.

A boa relação entre a atenção primária e secundária é um dos fatores condicionantes dessa resolubilidade<sup>18</sup>.

Alguns estudos apontam para uma capacidade de resolubilidade da Atenção Primária de Saúde de cerca de 80% dos problemas de saúde, na qual o fluxo dos usuários aos outros níveis de atenção e ao sistema de apoio é imprescindível para a prática de atenção integral à saúde e para o reconhecimento, por parte da população, do papel integrador da ESF diante da rede de atenção à saúde<sup>19</sup>.

De acordo com a literatura, a melhor forma para a investigação do conteúdo da atenção oferecida em todos os níveis de assistência e suas inter-relações é conseguida pela aplicação de conceitos e métodos epidemiológicos na avaliação de serviços, programas e tecnologias<sup>6</sup>. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento que necessita<sup>1</sup>.

Esses serviços de organização especializados com plena atenção à vazão aos fluxos gerais coerentes e sistematizados em centrais de regulação com vistas à plenitude das necessidades do usuário têm contemplado e oferecido vazão ao atendimento geral do cidadão brasileiro<sup>20</sup>. Entretanto, problemas pontuais são vistos nessa assistência que se organiza com dificuldade para a regulação, como conseguir vaga, agendamentos de consultas especializadas, baixa resolubilidade dos serviços e dificuldade em manter o atendimento integral<sup>21</sup>.

A avaliação das necessidades em saúde envolve métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população e permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas, principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos<sup>22</sup>.

## METODOLOGIA

Estudo epidemiológico observacional retrospectivo com dados secundários de domínio público do Município de Caratinga – MG. Esse município está localizado a Leste do Estado, com uma área territorial de 1.258,778 km<sup>2</sup> e uma população estimada de 90.782 mil habitantes<sup>23</sup>. A amostra foi compreendida pelos

ISSN 1983-5183

atendimentos e encaminhamentos da totalidade das unidades de Estratégia de Saúde da Família existentes no município (N=23). O período avaliado foi compreendido entre setembro de 2014 a agosto de 2015. Os dados foram coletados dos relatórios das bases do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), via Secretaria de Saúde, contemplando descrever o quantitativo de encaminhamentos referenciados à atenção médica básica e especializada por unidade de atenção básica e comparados com parâmetros do Ministério da Saúde do Brasil, conforme a Portaria n. 1101/2002. Foram incluídas na pesquisa todas as consultas médicas básicas - menores de 01 ano, de 01 a 04 anos, de 05 a 14 anos, de 15 a 44 anos, de 45 a 59 anos e as de 60 anos ou mais e os encaminhamentos para os serviços especializados no período citado acima e não houve processo de exclusão de nenhuma amostra. Após a coleta os dados foram tabulados no Programa Microsoft Office Excel 2010 e a distribuição das informações ocorreu por meio de tabelas frequência absoluta e relativa. A pesquisa recebeu parecer de dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic por se tratar de pesquisa com dados secundários.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cobertura assistencial vista como um processo complexo, especialmente para o atendimento das consultas especializadas, se pauta na portaria nº 1101/02<sup>9</sup> do Ministério da Saúde e determina que alguns procedimentos sejam calculados com base na população, enquanto outros se derivam de procedimentos ou atos profissionais gerais.

Em 2002, foi realizada uma pesquisa para avaliar o impacto da produção ambulatorial da atenção básica sobre a média complexidade, no período de 1998 e 2002, que expôs, entre os resultados, os cálculos estatísticos gerais da tabulação e análise descritiva dos dados de consultas totais do Brasil e das Regiões geográficas do país. Tais dados mostraram que a maior parte dos municípios brasileiros produz mais de três consultas por habitante/ano (3,28 em 1998 e 3,61 em 2002)<sup>18</sup>.

Em Caratinga, no tocante às 86.803 consultas médicas básicas realizadas, no período de setembro de 2014 a agosto de 2015, em consultas de menores de 01 ano, de 01 a 04 anos, de 05 a 14 anos, de 15 a 59 anos, e nas consultas de 60 anos e mais, houve um déficit de 87.906 consultas, conforme preconizado pela Portaria 1101/02. No que se refere aos 8.745 encaminhamentos aos atendimentos especializados realizados, correspondentes ao mesmo período do município em questão, apresentou-se um déficit de 26.731 encaminhamentos.

Assim, os procedimentos relativos aos exames, diagnoses e terapias, por serem decorrentes de uma consulta médica, são calculados com base na estimativa do total de consultas<sup>9</sup>. Vale ressaltar que o processo de gestão em saúde é complexo e se dá num contexto cujas influências políticas locais, estaduais e federais também determinam as práticas e interferem nas relações de poder e tomada de decisões.

**Tabela 1. Consultas médicas Básicas e Encaminhamentos de Atendimentos do Município de Caratinga/MG.**

Procedimento	Realizado			Recomendado			Saldo			
	Média	Desvio padrão	N Absoluto	Média	Desvio padrão	N Absoluto	Média	Desvio padrão	N Absoluto	
Consultas em Menores 1 Ano (3% da População)	101,4	50,3	2332	420,7	95,1	9677	319,3	75,9%	99,9	-7345
Consultas de 1 a 4 Anos (7% da População)	191,4	54,5	4402	739,8	166,7	17016	548,4	73,2%	168,6	-12614
Consultas de 5 a 14 Anos (20% da População)	375,8	93,7	8644	1402,3	316,9	32252	1026,4	73,2%	223,2	-23608

ISSN 1983-5183

Procedimento	Realizado			Recomendado			Saldo			
	Média	Desvio padrão	N Absoluto	Média	Desvio padrão	N Absoluto	Média	Desvio padrão	N Absoluto	
Consultas de 15 a 59 Anos (62% da População)	2200,0	533,7	50600	4191,8	1281,7	96412	1991,8	47,5%	747,9	-45812
Consulta de 60 anos e mais (8% da População)	905,4	347,4	20825	841,4	190,2	19352	64,0	380,2%	157,2	+1473
Atendimento Especializado	380,2	234,2	8745	1542,4	348,7	35476	1162,2	75,3%	114,5	-26731

Nas consultas de menores de 01 ano a média recomendada é de 420,7 (dp=95,1) e o município apresentou uma média 101,4 (dp=50,3), mostrando-se um déficit crítico.

Nas crianças de 1 a 4 anos o município atingiu a média de 191,4 e (dp=54,5), entretanto o recomendado da média era 739,8 e o (dp=166,7).

Em relação às consultas médicas das faixas etárias de 05 a 14 e de 15 a 59 anos, as médias recomendadas foram de 1.402,3 e 4.191,8 com desvio-padrão de (dp=316,9 e 1281,7), observando-se o não cumprimento das metas, por parte do município em questão, baseando-se nas médias das consultas realizadas 375,8 e 2.200 e (dp=93,7 e 533,7) respectivamente.

Em contrapartida, nas consultas médicas básicas na faixa etária de 60 anos e mais, observou-se um superávit, apresentando uma média de 905,4 e (dp=347,4) consultas realizadas, visto que a média e desvio-padrão recomendados pelo ministério da saúde eram respectivamente de 841,4 e (190,2). E em relação aos encaminhamentos de atendimentos especializados, a média realizada de 380,2 com desvio-padrão de (234,2) ficou muito abaixo da média recomenda pelo Ministério da Saúde, que é de 1.542,4, com desvio-padrão de (348,7).

**Tabela 2. Análise dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde das ESF no Município de Caratinga/ MG**

PARÂMETROS CONFORME PORTARIA/MS 1101/2002						
Unidades de Saúde	Menor que 01ano	1 a 4 anos	5 a 14 anos	15 a 59 anos	Acima de 60 anos	Encaminhamentos Especializados
Anápolis	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico
Anápolis II	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Déficit	Déficit
Bairro das Graças	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico
Cordeiro de Minas	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Déficit Crítico
Esperança	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Déficit Crítico
Esperança II	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico
Esplanada	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Superávit	Superávit	Déficit Crítico
Esplanada-Vale do sol	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico
Limoeiro	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico
N.S. Aparecida	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico
N.S. Aparecida II	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Déficit Crítico
Santa Cruz I	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Superávit	Déficit Crítico
Santa Cruz II	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico
Santa Efigênia	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Déficit	Déficit Crítico
Santa Luzia	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Déficit Crítico
Santa Zita	Déficit	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico
Santa Zita II	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Déficit Crítico

ISSN 1983-5183

PARÂMETROS CONFORME PORTARIA/MS 1101/2002						
Unidades de Saúde	Menor que 01ano	1 a 4 anos	5 a 14 anos	15 a 59 anos	Acima de 60 anos	Encaminhamentos Especializados
Santo Antonio	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico
Santo Antônio Manhuaçu	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Superávit	Déficit Crítico
São Cândido	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Superávit	Déficit Crítico
São João Jacutinga	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Déficit Crítico
Sapucaia	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico
Zacarias	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit Crítico	Déficit	Superávit	Déficit Crítico

Referente à análise dos cumprimentos dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde por parte das Estratégias de Saúde da Família do referido município, conforme a Portaria Ministerial 1101/02, observa-se que nas consultas de menores de 01 ano, não houve o cumprimento do parâmetro, apresentando-se um déficit de 4,34%.

As consultas médicas básicas de 01 a 04 anos e de 05 a 14 anos apresentaram 100% de déficit crítico no tocante ao não cumprimento dos parâmetros recomendados. Em relação à assistência médica às crianças, observou-se a falta de cobertura de algumas áreas pela ESF, o que deixou alguns territórios sem o aporte assistencial e o acompanhamento adequado das crianças que ali residiam, limitando as ações de saúde na resposta às necessidades das famílias para promoção do desenvolvimento infantil. Além disso, verifica-se a dificuldade em realizar referência e contrarreferência para outros serviços, o que compromete a resolubilidade do atendimento à criança menor de 01 a 14 anos.

Na faixa etária de 15 a 59, observou-se 43,47% de déficit crítico e 52,19% de déficit em relação ao não cumprimento das metas e, em contrapartida, verificou-se um superávit de 4,34% no cumprimento dos parâmetros preconizados.

Referente à idade acima de 60 anos, observou-se déficit crítico de 4,34% e um déficit de 34,78% referente ao não cumprimento, e na mesma faixa etária em questão foi constatado um superávit no cumprimento das metas de 60,78%.

Em geral os resultados demonstram um marcante déficit no tocante às consultas a população. E, portanto, para elucidar que não se trata de um problema pontual, similares resultados foram observados em outros estudos como da Universidade do Vale do Itajaí (2007)<sup>24</sup>; da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2013)<sup>3</sup>. Porém, nesses estudos ficou clara a visão global das consultas referenciadas e contrarreferenciadas, diferente da profundidade de nosso trabalho que buscou informações por faixa etária. E em relação aos encaminhamentos de atendimentos especializados, observou-se o não cumprimento preconizado, apresentando os respectivos valores de déficit crítico e déficit de 95,66 e 4,34%. A falta de um protocolo de encaminhamento adaptado à realidade do município pode ser um dos fatores para o não cumprimento da meta. A elaboração dos protocolos deve ser pautada pela melhor evidência científica disponível e pelas diretrizes de organização da rede de atenção aos serviços de saúde local<sup>25</sup>.

Nesta pesquisa, observou-se um baixo número de encaminhamentos a à atenção especializada, o que mostra uma limitação na integralidade dos serviços entre a atenção básica e a especializada do município em questão. E o sistema de encaminhamentos, chamado de “Referência e Contrarreferência” em nosso meio, faz parte de um dos atributos essenciais da APS, e a coordenação única da atenção à saúde deve ter um cuidado compartilhado entre o médico generalista da atenção básica e o especialista, de maneira a

ISSN 1983-5183

integrar as informações dos cuidados entre os diversos níveis do sistema de saúde<sup>26</sup>.

Os resultados obtidos sinalizaram para a necessidade de adequação dos parâmetros assistenciais e de incremento da cobertura assistencial de consultas médicas básicas e na ampliação do número de encaminhamentos ao atendimento especializado aos usuários do SUS no município de Caratinga-MG, servindo de ferramenta norteadora aos gestores do município pesquisado de forma a verificarem os seus planejamentos no campo da gestão municipal de saúde, planejamento das ações em áreas críticas, diagnóstico situacional local e ampliação da oferta dos serviços, para que se possam identificar os pontos críticos dos resultados deste estudo, contemplando novas estratégias para melhoria da saúde geral de seus usuários.

Considera-se uma limitação desta pesquisa o fato de utilizar-se para o levantamento dos dados apenas um único município como parâmetro, diante dos 853 municípios que compõem o Estado de Minas Gerais. Dessa forma, sugere-se que novos estudos sejam realizados, ampliando-se a metodologia empregada nesse estudo para outras cidades mineiras, de forma a se produzirem dados referentes ao Estado de Minas Gerais - Brasil.

## CONCLUSÃO

A cobertura assistencial de consulta médica básica e de encaminhamento ao atendimento especializado no município de Caratinga-MG apresentou um percentual inferior aos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, observando-se um maior valor quantitativo das consultas médicas básicas na faixa etária acima de 60 anos, em detrimento das consultas básicas das demais faixas etárias, mostrando uma maior atenção à saúde do idoso, porém, constatando-se a não uniformidade assistencial por ciclo de vida, preconizada como forma de organização para a porta de entrada na atenção básica no SUS - Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. FERLA AA, Rocha CMF, Santos LM. Integração ensino-serviço: caminhos possíveis? Porto Alegre: Rede UNIDA; 2013 [Acesso em: 22 março 2018]; Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/83519/000906172.pdf?sequence=1>.
2. FAVERO N. Estudo do processo de referência e contra referência de um hospital universitário [Tese]. São Paulo Faculdade de Saúde Pública da USP; 1987.
3. MENOZZI KABS. O sistema de referência e contra-referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde [Dissertação]. Botucatu, SP: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013. 98f.
4. DIAS EF. O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde Pública: direito e direitos. *Rev Jurídica Eletrônica UEMS/Navirai* 2011 2(1):1-17.
5. FAVERET Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento Políticas Públicas* 1990 3(1):139-62.

ISSN 1983-5183

6. SANTOS Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude soc* 2008 jun.;17(2):107-19.
7. BRASIL. Resolução nº 466, 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [Acesso em: 22 março 2018]; 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59: [Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>].
8. GOYATÁ SLT, Nascimento MC, Silva SA, Vilela SC, Arantes CIS, Rodrigues LBB, et al. Avaliação da cobertura assistencial de um sistema municipal de saúde. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro* 2009 out-dez;17(4):510-5.
9. BRASIL. Portaria GM Nº 1102, de 12 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [Acesso em: 22 março 2018]; Disponível em: <http://bibliofarma.com/portaria-no-1101-de-12-de-junho-de-2002/>.
10. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Conselho Nacional de Saúde 1990 [Acesso em: 22 março 2018]; Disponível em: [https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft\\_word\\_-\\_lei\\_n\\_8142.pdf](https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf).
11. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2007 [Acesso em: 22 março 2018]; Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf).
12. CAMPOS GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc saúde coletiva* 2000 5(2):219-30.
13. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS; 2010 [Acesso em: 21 março 2018]; Disponível em: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307).
14. BRASIL. Resolução Ciplan nº 3, de 25 de março de 1981. In: Brasil. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.
15. SAITO RXS. Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da integralidade [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004. 146f.
16. GUERRA AFM, Gonçalves DU, Côrtes MdCJW, Alves CRL, Lima TMA. Otorrinolaringologia pediátrica no Sistema Público de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Saúde Pública* 2007 out.;41(5):719-25.
17. SANTANA ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saude soc* 2001 jul.;10(1):33-53.

ISSN 1983-5183

18. MARTINS RL. Impacto da produção ambulatorial da atenção básica sobre a média complexidade (SUS) entre 1998 e 2002 [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2004.
19. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2011 [Acesso em: 20 março 2018]; Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf).
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [Acesso em: 19 março 2018]; Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf).
21. AZEVEDO ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface* (Botucatu) 2010 dez;14(35):797-810.
22. WRIGHT J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ (Clinical research ed)* 1998 Apr 25;316(7140):1310-3.
23. IBGE. População. 2015 [Acesso em: 22 março 2018]; Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311340&search=minas-gerais|caratinga>.
24. FRATINI JRG. Avaliação de um programa de referência e contrarreferência em saúde [Dissertação]. Itajaí, SC: Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências da Saúde; 2007.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Endocrinologia e nefrologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [Acesso em: 20 março 2018]; Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos\\_AB\\_vol1\\_Endocrinologia\\_Nefrologia.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_AB_vol1_Endocrinologia_Nefrologia.pdf).
26. FINKELSZTEJN A, Acosta LMW, Cristovam RA, Moraes GS, Kreuz M, Sordi AO, *et al*. Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. *Physis* 2009 19(3):731-41.

RECEBIDO EM 20/07/2017

ACEITO EM 23/10/2017