

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE - RS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**ANÁLISE RETROSPECTIVA DO NÚMERO DE
CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTES E POR
REGIÃO DO BRASIL**

ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Carine Eloise Prestes Zimmermann

**Palmeira das Missões, RS, Brasil
2014**

ANÁLISE RETROSPECTIVA DO NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTES E POR REGIÃO DO BRASIL

Carine Eloise Prestes Zimmermann

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Loiva Beatriz Dallepiane

**Palmeira das Missões, RS, Brasil
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte - RS
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública
em Saúde – EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Artigo de Pós-graduação**

**ANÁLISE RETROSPECTIVA DO NÚMERO DE CONSULTAS
MÉDICAS POR HABITANTES E POR REGIÃO DO BRASIL**

Elaborado por
Carine Eloise Prestes Zimmermann

Como requisito parcial, para a obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a.
(Presidente/Orientadora)

Ethel Bastos da Silva, Dr^a. (UFSM)

Caroline Curry Martins, Msc. (UFSM)

Palmeira das Missões, 18 de agosto de 2014.

RESUMO

Artigo de Pós-Graduação *Lato Sensu*
Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde-EaD
Universidade Federal de Santa Maria

ANÁLISE RETROSPECTIVA DO NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTES E POR REGIÃO DO BRASIL

AUTORA: CARINE ELOISE PRESTES ZIMMERMANN

ORIENTADORA: LOIVA BEATRIZ DALLEPIANE

Data e Local da Defesa: Palmeira das Missões, 18 de agosto de 2014.

A saúde é um direito assegurado constitucionalmente, entretanto depende de fatores determinantes e condicionantes, bem como dos serviços de saúde. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção primária à saúde surge como referência para a implementação de políticas públicas e programas em prol da saúde da população. A Estrutura de Saúde da Família (ESF) se torna o “acesso” para o cidadão usufruir do SUS. Este trabalho teve o objetivo de analisar o número de consultas por habitantes e por região do Brasil no período de 1995 a 2012. A metodologia utilizada foi do tipo retrospectiva, quantitativa e descritiva a partir de dados secundários coletados no Ministério da Saúde/SE/DATASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) referentes ao número de consultas médicas por habitante/região, no período de 1995 a 2012. A partir dos resultados obtidos, observa-se que todas as regiões analisadas apresentaram um aumento do número de consultas durante o período investigado. Quando comparado o número de consultas por habitante de cada região, observa-se uma pequena variabilidade nos dados e um aumento em praticamente todas, exceto a região norte, a qual registrou uma média inferior. Os resultados sugerem associação com as peculiaridades regionais e também com os programas do governo implantados, bem como as políticas públicas. Diante disso, cabe aos gestores, conhecer a população e suas necessidades, bem como ter uma visão ampla da realidade e propor políticas públicas e alternativas para estruturar e planejar a oferta de serviços de saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Consultas médicas. Atenção Primária à Saúde.

Análise retrospectiva do número de consultas médicas por habitantes e por região do Brasil.

Retrospective analysis of the number of medical consultations per inhabitant and per region of Brazil.

Carine Eloise Prestes Zimmermann¹; Rosane Kirchner²; Loiva Beatriz Dallepiane^{2*}.

¹Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde, Cachoeira do Sul, RS, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

***Autor Correspondente:**

Prof^a. Dra. Loiva Beatriz Dallepiane (loiva.dallepiane@hotmail.com)
Campus Palmeira das Missões, Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte, RS. Av. Independência, nº 3751-Bairro Vista Alegre. CEP: 98300-000
Telefone: 55 55 3742-8843.

Resumo

O presente trabalho teve o objetivo de analisar o número de consultas médicas por habitantes e por região do Brasil no período de 1995 a 2012. Trata-se de uma pesquisa do tipo retrospectiva, quantitativa e descritiva a partir de dados secundários coletados no Ministério da Saúde/SE/DATASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) referentes ao número de consultas médicas por habitante/região, no período de 1995 a 2012. Observou-se que todas as regiões apresentaram aumento do número de consultas durante o período investigado. Quando analisado o número de consultas por habitante de cada região, observa-se uma pequena variabilidade nos dados e um aumento em praticamente todas, exceto a região norte, a qual registrou uma média inferior. Aos resultados foram associadas peculiaridades regionais ligadas ao saneamento básico, bem como a implantação de programas do governo e políticas públicas. Então, sugere-se aos gestores, conhecer a população e suas necessidades, bem como, ter uma visão ampla da realidade e propor políticas públicas de alcance universal, humanizado e integral.

Palavras chave: Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This study aimed to examine the number of medical consultations per inhabitant and per region of Brazil in the period 1995-2012. This is a research of retrospective quantitative and descriptive based on secondary data collected in the Ministry of Health/SE/DATASUS - Ambulatory SUS Information System (SIA / SUS) about the number of medical consultations per inhabitant/region in the period 1995-2012. It was observed that all regions showed an increase in the number of consultations during the period investigated. When analyzed the number of consultations per inhabitant of each region, there is a minimal variability in the data and an increase in almost all, except the northern region, which recorded a below average. Regional peculiarities were associated with the results as linked to sanitation, as well as the implementation of government programs and public health politics. Then, it is important that managers know the people and their needs, as well as, that they have a wide view of reality and they propose public policy of coverage universal, humane and integral attention.

Keywords: Health Care; Health Management; Public Health System.

Introdução

A concepção de saúde modificou com o passar dos tempos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) um indivíduo é considerado saudável sempre que apresentar ótimas condições de higiene física e mental e participar ativamente da vida em sociedade¹. Esta concepção implica nos fatores condicionantes e determinantes da saúde, que definem a qualidade de vida das pessoas, e estão explícitos no texto constitucional e estão relacionados com as formas de organização social e de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida².

Através da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas, em 1948, o direito à saúde foi reconhecido mundialmente³. No Brasil, só foi estabelecido após movimentos sociais que resultaram na reforma sanitária e na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Então, o direito à saúde foi garantido através da Constituição Federal de 1988 (CF/88), e assegurado como um direito de todos e dever do estado, através do acesso universal, equânime e integral à saúde⁴. Posteriormente foi reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080 de 1990, que instituiu princípios e diretrizes que regulamentam o acesso, as ações e os serviços de saúde no Brasil^{5,6}. Alguns autores como Nascimento e Zioni⁷ consideram que o SUS é movimento contra a exclusão, em defesa dos direitos universais.

Com a implantação do SUS, o sistema público de saúde do Brasil foi estruturado e novos desafios surgiram ao tentar avançar dos aspectos legais para a prática, resultando em consideráveis transformações, principalmente quanto ao acesso da população aos serviços na atenção básica⁵. Tendo em vista que a atenção primária à saúde (APS) é a porta de acesso para os usuários aos serviços oferecidos pelo SUS e também uma das formas de execução dos princípios do SUS, foi implantado em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como é chamada atualmente. A ESF veio para reforçar a efetivação do atendimento no sistema de saúde, sendo considerada um modelo de inovação tecnológica que visa superar o modelo de atenção anterior centrado na doença^{8,9}. Ao longo da década de 90, o SUS foi considerado excludente devido às dificuldades encontradas para a implantação e efetivação da ESF nos municípios, gerando uma imagem negativa, resultante da herança do modelo previdenciário, exercendo baixo impacto sobre as ações da APS^{10,4}.

Então se tornou imperativo a execução de um plano que envolvesse melhores condições no atendimento, na valorização do usuário, do profissional da saúde e na resolutividade do sistema. Diante deste cenário, em 2003, surge a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH), que veio encorajar novos planos de ações para as políticas públicas, bem como para transformar o modelo de atenção e de gestão do SUS, priorizando o acolhimento dos cidadãos e fortalecendo a APS^{11,4}.

Com os sistemas de saúde mais fortalecidos e constituídos por ações de promoção e prevenção da saúde, os problemas passam a ser encarado diferentemente de anos anteriores, o que favorece a procura do usuário pelos serviços do SUS em busca de cuidados¹². Sendo assim, a demanda pelos serviços de saúde aumenta e a resolutividade também, podendo atender até 85% dos problemas de saúde da população, desde que ocorra uma forte orientação para a APS¹³.

Com as alterações ocorridas nas variáveis demográficas, os problemas de saúde prevalentes atualmente giram em torno das condições crônicas e são definidos em termos de impactos sanitários e econômicos¹³. Também, destaca-se que a associação entre a utilização de serviços de saúde, as características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e a oferta de serviços, ainda são controversas e variam de acordo com a localidade. As consultas médicas são influenciadas por tais variáveis citadas e refletem ainda a efetividade da cobertura dos serviços do SUS, sendo que a qualidade deste serviço ofertado às populações é uma questão ética^{5,9}.

Desta forma é necessário que os gestores e profissionais da saúde determinem prioridades administrativas para a provisão de infra-estrutura e atendimento adequado à população, bem como a cerca da promoção e prevenção de agravos à saúde⁵. Além disso, é importante monitorar e acompanhar os serviços para que as decisões sejam tomadas e as estratégias de intervenção, definidas, através de políticas públicas ou programas propostos pela gestão pública¹⁴.

De acordo com Mendoza-Sassi e Béria¹⁵ são os grupos extremos de idades que se servem mais dos serviços ofertados pelo SUS, principalmente quanto ao número de consultas médicas, que aumentam com a idade. As mulheres se beneficiam mais das consultas médicas, por exemplo, do que os homens, o que é justificado pelas condições biológicas de saúde do gênero. Além disso, Capilheira e da Silva dos Santos¹⁶, afirmam que a escolaridade e a situação socioeconômica são importantes elementos que impulsionam a desfrutar dos serviços

de saúde, pelo fato de estarem relacionados à informação e adoção de hábitos saudáveis investigados nos distritos sanitários estudados. Há uma grande carência de estudos com maior abrangência, de avaliação e de monitoramento dos serviços de saúde, capazes de divulgar as distinções macro-regionais ou de modelos de atenção⁹.

Diante do exposto o presente estudo teve como objetivo analisar o número de consultas médicas por habitantes e por região do Brasil no período de 1995 a 2012.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo retrospectiva, quantitativa e descritiva. Para tanto, foi realizada uma análise da literatura, centrada no período de 1994-2014, embasando-se a partir de resultados de dados coletados no Ministério da Saúde/SE/DATASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) com as informações referentes ao número de consultas médicas (SUS) por habitante/região, no período de 1995 a 2012. Utilizou-se a busca por publicações a partir de 1994 por ser o ano de implantação das Estratégias de Saúde da Família. A análise dos dados foi realizada com auxílio da estatística descritiva, utilizando Microsoft Office Excel. Os resultados obtidos são apresentados em tabelas cruzada. A estatística descritiva pode ser definida “como os métodos que envolvem a coleta, a apresentação e a caracterização de um conjunto de dados, de modo a descrever apropriadamente as várias características desse conjunto”¹⁷. O número de consultas (SUS) por habitante refere-se ao número médio de todas as consultas que foram apresentadas ao gestor correspondente, pelas unidades de saúde vinculadas ao SUS, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (TABNET/DATASUS). Incluem também os procedimentos relativos à atenção básica e os de média complexidade. As informações sobre o material bibliográfico concentraram-se nas publicações da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Para a consulta nestas bases de dados utilizou-se o descritor *Atendimento no SUS*, conjugado com *Atenção à Saúde, consultas por regiões brasileiras e Saúde da Família e Gestão no SUS*.

Resultados

Quando observada a Tabela 1 verifica-se que as regiões Sudeste e Nordeste tiveram o maior número de consultas no decorrer dos anos estudados. Se for considerado uma década, isto é, ter como base o ano de 2003 em relação ao de 2012, observa-se que ocorreu um aumento de número de consultas de 33,3% na região Sul, 19,9% no Sudeste, 37,1% no Centro-oeste, 53,3% no Norte e 23,2% na região Nordeste.

Também, na Tabela 1, verifica-se o número índice tomando sempre como base o ano anterior. Nestes resultados, observa-se que na região Sul o maior aumento foi do ano de 2009 a 2010, com um percentual de 9,44%. Já na região Sudeste o máximo que ocorreu de aumento de um ano pra o outro foi de 5,81% de 2007 a 2008. Na região Centro-oeste ocorreu, em alguns anos, considerando o ano anterior, um decréscimo no número de consultas, sendo que no ano 2011 o aumento foi de 12,37%. A região Norte foi a que teve maior aumento, sendo que em cinco anos (considerando o ano anterior) teve aumentos maiores de 10%, isto é, em 1999, 2002, 2005, 2007 e 2009. Na região Nordeste se destacou com maior percentual o ano de 2008 com 11,21% de aumento.

Tabela 1: Número de consultas (SUS) por ano e número índice, segundo região do Brasil, período de 1995 a 2012.

Ano	Nº índice	Sul	Sudeste	Centro-oeste	Norte	Nordeste
1995	N	48.104.914	172.134.431	23.157.752	14.893.404	86.683.056
1996	Nº índice	96,27	100,43	95,97	103,12	103,77
1997	N	48.189.696	178.734.861	22.783.161	16.755.681	94.979.647
	Nº índice	104,06	103,39	102,51	109,10	105,59
1998	N	48.368.649	178.961.946	23.694.120	16.680.093	89.412.630
	Nº índice	100,37	100,13	104,00	99,55	94,14
1999	N	50.496.553	186.744.797	23.550.362	18.671.732	94.186.323
	Nº índice	104,40	104,35	99,39	111,94	105,34
2000	N	54.709.651	188.087.644	23.561.583	19.489.933	96.527.460
	Nº índice	108,34	100,72	100,05	104,38	102,49
2001	N	58.673.415	196.484.407	27.714.192	21.069.679	101.300.031
	Nº índice	107,25	104,46	117,62	108,11	104,94
2002	N	59.056.587	207.346.437	30.050.731	23.500.712	108.185.787
	Nº índice	100,65	105,53	108,43	111,54	106,80
2003	N	59.943.572	207.925.727	28.565.371	24.219.935	106.682.718
	Nº índice	101,50	100,28	95,06	103,06	98,61
2004	N	58.473.222	211.206.499	27.821.291	24.409.730	104.127.768
	Nº índice	97,55	101,58	97,40	100,78	97,61

2005	n	61.348.207	214.891.442	30.098.020	27.287.760	106.931.863
	Nº índice	104,92	101,74	108,18	111,79	102,69
2006	n	63.335.314	217.167.502	31.344.224	27.851.307	112.482.710
	Nº índice	103,24	101,06	104,14	102,07	105,19
2007	n	65.979.726	218.194.837	33.354.826	30.690.271	112.663.023
	Nº índice	104,18	100,47	106,41	110,19	100,16
2008	n	66.290.122	230.881.942	35.842.268	33.137.471	125.288.387
	Nº índice	100,47	105,81	107,46	107,97	111,21
2009	n	72.549.302	238.988.176	35.657.958	36.847.533	131.946.736
	Nº índice	109,44	103,51	99,49	111,20	105,31
2010	n	75.416.968	243.621.279	36.274.391	35.279.302	126.736.273
	Nº índice	103,95	101,94	101,73	95,74	96,05
2011	n	80.204.545	251.227.848	40.760.742	36.614.650	135.780.533
	Nº índice	106,35	103,12	112,37	103,79	107,14
2012	n	79.904.269	249.314.825	39.166.565	37.124.758	131.473.497
	Nº índice	99,63	99,24	96,09	101,39	96,83

Fonte: Dados extraídos do IPEA/DISOC - estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE.

A Tabela 2 demonstra o número de consultas por habitante em cada região brasileira no período de 1995 a 2012. Constata-se que em todas as regiões, no decorrer de praticamente todos os anos, ocorreu aumento do número de consulta por habitante, ficando claro quando observada a situação no País. A região Sudeste é a que teve maior número de consultas por habitantes em todos os anos estudados, ao contrário da região Norte que foi o menor índice. Esta situação pode ser visualizada graficamente na Figura 1.

A média do número de consultas por habitante nos 15 anos estudados foi de $2,43 \pm 0,20$ e mediana de 2,41. Quando calculado o coeficiente de variação de 8,28% percebe-se um grupo homogêneo em relação a média obtida, isto é, houve pequena variabilidade no número de consultas por habitantes de 1995 a 2012. Destaca-se, que mesmo ocorrendo pequena variação, estes foram aumentando com o passar dos anos.

Tabela 2: Consultas Médicas (SUS) por habitante por Região segundo ano de 1995 a 2012.

Ano	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Total
1995	1,33	1,93	2,6	2,08	2,25	2,21
1996	1,36	2,01	2,58	1,97	2,12	2,21
1997	1,44	2,1	2,63	2,02	2,12	2,26
1998	1,41	1,95	2,6	2	2,16	2,21
1999	1,54	2,03	2,67	2,07	2,1	2,28

2000	1,51	2,02	2,6	2,18	2,02	2,25
2001	1,59	2,1	2,67	2,31	2,33	2,35
2002	1,74	2,21	2,79	2,29	2,48	2,45
2003	1,76	2,16	2,76	2,3	2,32	2,42
2004	1,7	2,06	2,73	2,2	2,18	2,35
2005	1,86	2,1	2,74	2,27	2,31	2,39
2006	1,85	2,18	2,73	2,32	2,36	2,42
2007	2	2,16	2,71	2,39	2,47	2,43
2008	2,19	2,36	2,88	2,41	2,62	2,59
2009	2,4	2,46	2,95	2,62	2,57	2,69
2010	2,22	2,39	3,03	2,75	2,58	2,71
2011	2,27	2,54	3,1	2,91	2,86	2,83
2012	2,27	2,44	3,06	2,88	2,72	2,77

Fonte: Dados extraídos do Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

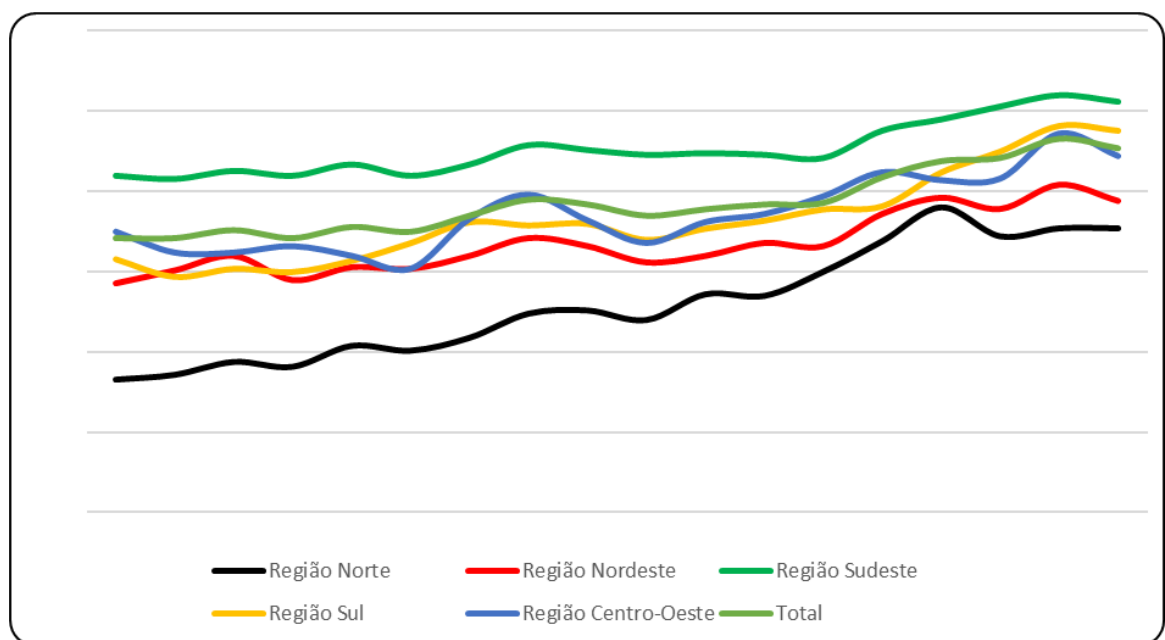


Figura 1: Consultas Médicas (SUS) por habitante por Região segundo ano de 1995 a 2012.

Fonte: Dados extraídos do Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Discussão

Os serviços de saúde dependem do fortalecimento, planejamento e gestão da atenção básica, que devem ser organizados de modo a atender a maior parte dos problemas, bem como

à promoção e a prevenção dos agravos à saúde⁹. A procura para usufruir dos serviços resulta da associação de fatores sociais, da interação do comportamento individual, da cultura, dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis à população. Também está relacionado com o tipo, a quantidade e a disponibilidade dos serviços¹⁸.

A partir dos resultados obtidos neste estudo, observa-se que todas as regiões analisadas apresentaram um aumento no número de consultas médicas durante o período investigado. Particularmente as regiões sudeste e nordeste foram as que apresentaram os maiores números de consultas. De acordo com Moura e colaboradores¹⁹, constata-se que no período de 1999 a 2003, a região nordeste apresentou taxas aumentadas para gastroenterite infecciosa e asma, e a partir de 2004 até 2006, apresentaram redução das taxas das mesmas enfermidades. Esses dados podem estar associados ao elevado número de consultas nestas regiões, ou ainda, podem ser reflexo do programa de saúde criado e implementado em 1994, o Programa de Saúde da Família, bem como à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), regulamentada em 2006, que vieram a estimular os serviços de saúde. Corroborando, Teixeira e colaboradores²⁰, relataram que a região sudeste entre os anos de 2001 e 2009 apresentou elevado número de casos de dengue, e as regiões centro-oeste e nordeste elevada taxa de incidência da doença. Observa-se então, a ascensão do registro de doenças preveníveis e evitáveis, refletindo a condição sanitária da época, provavelmente tais áreas apresentavam infraestrutura sanitária insatisfatória, bem como pouca divulgação de informações sobre doenças às populações.

Por outro lado, quando comparado o número de consultas médicas por habitante de cada região, observa-se uma pequena variabilidade nos dados e um aumento em praticamente todas, exceto a região norte, a qual registrou uma média inferior. Entretanto esse fato pode ser justificado por Carvalho²¹, o qual sugere que houve grande subnotificação dos casos nesta região. Enquanto que Teixeira e colaboradores²⁰ afirmam que no período entre 2001 e 2009 as causas básicas da procura por atendimento ambulatorial foram devido a doenças relacionadas ao saneamento básico inadequado.

Além de fatores sanitários associados à procura por atendimento, pode-se considerar também a adequação funcional quanto à oferta dos serviços de saúde a população²², o acesso geográfico²³ e a informação¹⁸. A acessibilidade ocorreu de forma mais significativa após a reestruturação do sistema através das Equipes de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários (PAC), os quais contribuíram e contribuem atualmente para reorientar

as práticas e ações de saúde de maneira integral e contínua, superando o modelo centrado na doença^{24,5}.

No começo os “PSFs” atendiam os grupos populacionais de maior risco social e expostos às precárias condições sanitárias²⁴. Este fato sugere relação com a baixa cobertura na década de 1990, no quesito analisado neste estudo: o número de consultas médicas. Apesar destas questões, os serviços de saúde da época foram considerados excludentes, pois favoreciam as dificuldades para tornar a atenção básica “porta de entrada” no SUS²⁵. Com a situação de saúde vigente, as ações e propostas acabavam não causando impacto e como consequência, realçava o aumento das doenças infecciosas e parasitárias⁴.

Então, com o passar dos anos e por influência da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual apontou para a incompatibilidade do modelo executado em relação ao proposto na CF/88 e na VII CNS, medidas cabíveis foram tomadas e novas políticas sociais e econômicas elencadas¹¹. A implantação da PNH, em 2003 e do Estatuto do Idoso, somaram-se para enfrentar as iniquidades sociais, priorizando o acesso e o acolhimento aos serviços de saúde, o que provavelmente interferiu nos resultados do presente estudo, aumentando a procura pelos serviços⁴.

Em 2006, as três esferas (Municipal, Estadual e Federal) de gestão do SUS, firmaram um compromisso público, o Pacto pela Saúde, que atualmente é o processo de gestão vigente²⁶. Trata-se de uma pactuação de metas, objetivos, prioridades, monitoramento e avaliação com vistas a promover à melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população e o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde²⁷.

Transcorridos o processo de institucionalização do SUS, verifica-se que os aspectos de implementação e implantação evoluíram muito, apresentando experiências positivas. Entretanto ainda se faz necessária a ampliação da cobertura da assistência à saúde, potencialização de ações educativas de prevenção e promoção de saúde¹⁸. Cabe também, a APS, qualificar-se com as informações obtidas a partir da demanda populacional, de forma a permitir sua efetiva contribuição à gestão do sistema de saúde⁹. As informações sobre os serviços são geradas a partir de dados da APS, sendo pertinentes ao gestor na tomada de decisões e estratégias, bem como ao planejamento dos setores²⁸. Os dados relacionados às consultas médicas são considerados indicadores de cobertura, e podem revelar a efetividade dos serviços oferecidos pela APS, bem como sua abrangência, a qual produz evidências sobre

a situação sanitária e inacessibilidade^{29,30}. Nota-se que nos últimos anos do presente estudo os números de consultas médicas se elevaram e, sugerindo-se associação com a implementação de políticas públicas em prol da saúde da população.

A importância de monitorar os serviços da APS, principalmente quanto a ESF, é uma forma de traçar estratégias e ações para intervir no processo saúde-doença, bem como na concretude das políticas públicas em saúde, que devem estar subsidiadas por informações objetivas geradas a partir de dados da população⁵. Entretanto, não pode ser afirmado que todos os cidadãos que procuram o serviço, o receberam, mas analisando a média de consultas médicas por habitante, percebe-se que houve mais de uma consulta durante o ano, o que nos leva a acreditar que houve um equilíbrio entre a oferta e a demanda³¹. Ainda Kilsztajn e colaboradores³¹ estimam aumento na demanda por serviços e gastos com saúde para os próximos anos, fato compreendido devida as mudanças etárias da população e por doenças crônicas não-transmissíveis. Então se sugere que os gestores adaptem-se a essa realidade e busquem alternativas para estruturar e planejar a oferta de serviços de saúde.

Conclusão

O Brasil é acompanhado por uma bagagem histórica de lutas e movimentos sociais em prol da saúde, sendo um grande desafio, garantir o direito à saúde a toda a população, com acesso universal, humanizado e de atenção integral. E ainda, focar no modelo de prevenção de doenças e promoção de saúde através de ações educativas e implantação de políticas públicas integradas com programas de saúde que respondam às necessidades regionais e populacionais.

Neste estudo, todas as regiões estudadas apresentaram no decorrer do período em análise um aumento no número de consultas médicas, da mesma forma ocorreu em relação a quantidade de consultas médicas anuais por habitantes. A este panorama sugere-se associação com as peculiaridades regionais ligadas ao saneamento básico, bem como com políticas públicas e programas implantados pelos gestores.

Além disso, a distribuição geográfica e a representatividade das consultas médicas nos serviços de saúde, garantidas pelo processo amostral, permitiram sugerir como ocorreu o acesso e a procura pelo atendimento no SUS.

A APS é a dimensão real dos serviços de saúde, responsável pela acessibilidade, disponibilidade e adequação funcional, e também contém a responsabilização pela

operacionalidade do sistema. A ESF é o centro das relações humanas e onde se estima que a maioria dos problemas sejam resolvidos. Cabe aos gestores, conhecer a população e suas necessidades, bem como ter uma visão ampla da realidade e propor políticas públicas de grande magnitude.

Conflito de Interesses

Não há qualquer potencial conflito de interesse.

Colaboradores

C. E. P. Zimmermann contribuiu na concepção do projeto, análise dos dados, redação e discussão do artigo. L. B. Dallepiane colaborou na concepção do projeto, coleta e análise dos dados e revisão crítica do artigo. R. Kirchner contribuiu na análise dos dados e revisão crítica do artigo.

Referências

1. Pereira IC, Oliveira MAC. Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014. 109 p.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988. 292 p.
3. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata: 2008.
4. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Progress and challenges facing user acceptance in the implementation and qualification of the Unified Health System in Primary Healthcare: a review of the bibliographical output in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 17(8):2071-85.
5. Bastos GAN, Del Duca GF, Hallal PC, Santos IS. Utilization of medical services in the public health system in the Southern Brazil. *Revista Saúde Pública*. 2011 45(3):475-84.
6. Brasil. 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.

7. Nascimento PR, Zioni F. O Sistema Único de Saúde como observatório de direitos sociais: uma reflexão a partir das Ciências Sociais. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 2010 14(32):199-205.
8. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Florianópolis: *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013 22(1):36-42.
9. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, Siqueira FV, Teixeira VA, Dilélio AS, Maia MFS. Characteristics of primary healthcare service use in the southern and northeastern regions of Brazil: differences by care model. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 16(11):4395-440.
10. Silva GR. O SUS e a crise atual do setor público de saúde. *Saúde e Sociedade*. 1995 4(2):15-21.
11. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 2005 9(17):398-406.
12. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DSD, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Osório A. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 24(1):s159- s172.
13. Mendes EV. Health care networks. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 15(5):2297-2305.
14. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA, Calvo MCM, Miranda AS. Methodology for construction of a panel of indicators for monitoring and evaluation of unified health system (SUS) management. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 17(4):839-849.
15. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001 17(4):819-32.
16. Capilheira MF, Da Silva Dos Santos I. Fatores individuais associados a utilização de consultas médicas por adultos. *Revista de Saúde Pública*. 2006 40(3):436-443.
17. Guimarães G, Gitirana V, Marques M, Cavalcanti MR. A Educação estatística na educação infantil e nos anos iniciais. *Zetetiké – Cempem – FE – Unicamp*. 2009 17(32):p.11-28.
18. Assis MMA, Jesus WLA. Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 17(11):2865-2875.
19. Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, Dourado I. The main causes of hospitalization for primary health care sensitive conditions in Brazil: an analysis by age groups and region. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010 10(1):S83-S91.

20. Teixeira JC, Oliveira GS, Viali AM, Muniz SS. Study of the impact of deficiencies of sanitation on public health in Brazil from 2001 to 2009. *Engenharia Sanitária e Ambiental*. 2014 19(1):87-96.
21. Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de informações de saúde: revisão e discussão da situação atual. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997 4.
22. Abreu De Jesus WL, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 15(1):161-170.
23. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 24(5):1168-1173.
24. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunidade, Saúde e Educação*. 2005 9(17):287-302.
25. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997 13(3):469-475.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010-2011. Brasília; 2009.
27. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. SUS management and monitoring and evaluation practices: possibilities and challenges for building a strategic agenda. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 17(4):901-911.
28. Matta GC, Moreno AB. Saúde Global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2014 18(48):9-22.
29. Larson C, Mercer A. Global health indicators: an overview. *Canadian Medical Association Journal*. 2004 171(10):1199-200.
30. RIPSAs. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, DF: Opas; 2002.
31. Kilsztajn S, Rossbach A, Câmara MB, Carmo MSN. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2003 20:1.
32. Reis EJB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC, Cherchiglia ML, Santos MA. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1990 6(1):50-61.

33. Callon M. Rede de Concepção e Adoção Tecnológica: Lições para o Praticante da ACT. In: Rip A, Misa TJ, Schot J. editors. *Managing Technology in Society*: Pinter; 1995. p.307-330.
34. Donabedian A. La calidad de la atención médica: de Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México (DF): Ed. Copilco; 1984.
35. Sá SLB, Mattos RR, Pinheiro VL, Pequeno LL, Diógenes MAR. Family health program user: knowledge and satisfaction about user embracement. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*. 2012 25(2): 96-103.