



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva

AVALIAÇÃO DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
EM SALVADOR, BAHIA

MARCELLE DE OLIVEIRA CARDOSO

SALVADOR - BAHIA

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva

MARCELLE DE OLIVEIRA CARDOSO

**AVALIAÇÃO DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM
SALVADOR, BAHIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lígia Maria Vieira da Silva

SALVADOR - BAHIA

2009

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio imprescindível.

À profª Lígia por me mostrar cuidadosamente os caminhos.

A Marival Bagdá Gama pelo amor, força e paciência.

A Naty pelo convívio diário.

Ao ISC pelos ensinamentos e acolhida.

A Alexandre Martins e Aline Ramos pela ajuda com as tabelas.

Aos amigos por perdoarem as ausências.

A Deus por tudo.

“Nunca diga: Isso é natural!

A fim de que nada possa ser imutável”

(B. Brecht)

RESUMO

O presente trabalho insere-se na relevante temática da cobertura universal de serviços de saúde. Com o objetivo de realizar a avaliação da cobertura dos serviços de atenção básica do município de Salvador (BA), as estimativas das coberturas real e potencial de consultas médicas básicas, ações de enfermagem e odontológicas, realizou-se um estudo de agregados espacial e temporal tendo como unidade de análise o distrito sanitário. Foi feita análise da evolução das coberturas por meio de visualização gráfica da tendência histórica (2000-2007), as diferenças entre o primeiro e último ano da série e entre as coberturas reais e potenciais, utilizando dados secundários disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela assessoria técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

Verificou-se insuficiência das ações básicas de saúde expressa nas baixas coberturas dos serviços. Há deficiente oferta de recursos humanos, problemas na gestão da carga horária dos profissionais disponíveis - revelada na diferença entre cobertura potencial e real - além de distribuição territorial desigual na oferta e utilização de serviços. Apenas as ações de enfermagem apresentaram clara expansão no período, enquanto as ações médicas e odontológicas demonstraram grande variabilidade, inclusive com tendência de declínio, apesar do percentual de redução ter diminuído nos últimos anos. A situação observada está relacionada com a pequena expansão da cobertura do PSF, além da redução da participação dos serviços não municipais nas ações básicas. Dessa forma, os resultados alcançados impediram que até mesmo os subestimados padrões ministeriais fossem atingidos no período.

Palavras-chave: Serviços de saúde; avaliação; cobertura; atenção básica; distritos sanitários; dados secundários.

ABSTRACT

This paper is part of the relevant issue of universal coverage of health services. Aiming to achieve the assessment of the coverage of primary health care services in the municipal district of Salvador (Bahia - Brazil), the estimates of the real and potential coverage of basic medical appointments, dental and nursing actions, a study of spatial and temporal clusters was conducted, having as the unit of analysis the sanitary district. It was made an analysis of the evolution of the coverage through graphical visualization of the historical tendency (2000-2007), the differences between the first and last year of the series and between the real and potential coverage, based on secondary data available at the SIA-SUS and data of the technical advisement sector of the Municipal Registry of Health.

It was verified a lack of basic health actions expressed in the low coverage of services. There is inadequate offer of human resources, problems in managing the working hours of the professionals available - revealed in the difference between potential and real coverage - in addition to unequal territorial distribution of the offer and use of services. Only the nursing actions showed a clear expansion in the period, while the medical and dental activities showed large variability, including with the tendency to decline, although the rate of reduction has decreased in recent years. The situation observed is related to the small expansion of the coverage of the PSF, in addition to the reduction of the participation of non-municipal services in basic actions. Therefore, the results attained in that period have not even made the underestimated ministerial standards.

Keywords: health services, evaluation, coverage, primary care, sanitary districts, secondary data.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Específicos.....	19
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 Desenho do estudo.....	20
3.2 Referenciais Teóricos.....	20
3.3 Modelo Lógico.....	25
3.4 Caracterização do Município.....	26
3.5 Critérios, indicadores e padrões.....	27
3.6 Fontes de Informação.....	32
3.7 Plano de análise:.....	35
3.7.1 Cálculo da cobertura real.....	37
3.7.2 Cálculo da cobertura potencial.....	37
3.7.3 Estimativa do déficit de médicos e odontólogos na rede municipal.....	38
3.7.4 Prestadores de atendimentos ambulatoriais - SUS.....	39
3.7.5 Distritos sanitários de Salvador.....	39
3.7.6 Seleção das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais.....	40
4 RESULTADOS.....	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
TABELAS.....	59
GRÁFICOS.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
ANEXO.....	119

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Número de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos da rede própria municipal e concentração por mil habitantes, por distrito sanitário. Salvador, Bahia, 2007 ... 58
- Tabela 2.** Estimativa da carga horária anual necessária para atingir os padrões de consultas médicas e ações básicas odontológicas, carga horária disponível, déficit de carga horária e número de profissionais médicos e odontólogos de 40 horas semanais necessários para suprir necessidade de profissionais na rede própria municipal. Salvador, 2007. 59
- Tabela 3.** Número de unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF) da rede própria municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2004-2007. 60
- Tabela 4.** Concentração consultas médicas básicas por habitante em unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF) da rede própria municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2004 a 2007. 61
- Tabela 5.** Concentração ações básicas de enfermagem por habitante em unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF) da rede própria municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2004 a 2007. 62
- Tabela 6.** Concentração procedimentos básicos odontológicos por habitante em unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF) da rede própria municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2004 a 2007. 63
- Tabela 7.** População, produção potencial de consultas médicas básicas por ano na rede própria de serviços do município, cobertura potencial, consultas médicas básicas realizadas em 2007 e cobertura real, por distrito sanitário. Salvador, Bahia (2007). 64
- Tabela 8.** População que usa exclusivamente o SUS, produção potencial de consultas médicas por ano, cobertura potencial, consultas médicas básicas realizadas em 2007 pela rede própria municipal e cobertura real, por distrito sanitário. Salvador, Bahia (2007). 65
- Tabela 9.** População, produção potencial de procedimentos odontológicos, cobertura potencial, procedimentos realizados em 2007 pela rede própria municipal e cobertura real, por distrito sanitário. Salvador, Bahia (2007). 66
- Tabela 10.** População que usa exclusivamente o SUS, produção potencial de ações básicas em odontologia, cobertura potencial, procedimentos realizados em 2007 pela rede própria municipal e cobertura real, por distrito sanitário. Salvador, Bahia (2007). 67
- Tabela 11.** População, número de profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da rede própria municipal, potencial de procedimentos básicos de enfermagem, concentração de procedimentos potenciais por habitante, procedimentos realizados em 2007, concentração por habitante e diferença entre as concentrações potencial e real. Salvador, 2007 68

Tabela 12. População, número de agentes comunitários de saúde (ACS) da rede própria municipal, procedimentos realizados, concentração de procedimentos por ACS, procedimentos por habitante, procedimentos por habitante que utiliza exclusivamente o SUS e cobertura populacional dos ACS. Salvador, 2007.....	69
Tabela 13. População, número de consultas médicas nas especialidades básicas realizadas por todos os prestadores SUS, cobertura real de acordo com padrão ministerial e de acordo com padrão de necessidades, concentração de consultas por habitante e diferença percentual Salvador, 2000-2007.....	70
Tabela 14. Concentração de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante, por prestador SUS e diferença percentual entre 2000 e 2007. Salvador, Bahia.	71
Tabela 15. População de usuários que utiliza exclusivamente o SUS, número de consultas médicas na especialidades básicas para todos os Prestadores SUS, concentração por habitante/ano e diferença percentual. Salvador, Bahia, 2000-2007....	72
Tabela 16. População, número de ações básicas de enfermagem realizadas por todos os prestadores SUS, concentração de ações por habitante e diferença percentual. 2000-2007.	73
Tabela 17. Concentração de ações básicas de enfermagem por habitante, por prestador e diferença percentual, 2000-2007. Salvador, Bahia.....	74
Tabela 18. População que utiliza exclusivamente o SUS, número de ações básicas de enfermagem ² realizadas por todos os prestadores SUS, concentração por habitante/ano e diferença percentual. 2000-2007. Salvador, Bahia.	75
Tabela 19. Concentração de procedimentos básicos de odontologia por habitante, segundo grupos de procedimentos. 2000-2007. Salvador, Bahia.....	76
Tabela 20. Concentração de primeira consulta odontológica por habitante, por prestador de atendimento. 2000-2007. Salvador, Bahia.....	77
Tabela 21. Concentração de ações básicas em odontologia ¹ por prestador de atendimento. 2000-2007. Salvador, Bahia.	78
Tabela 22. Cobertura real de consultas médicas básicas realizadas pela rede própria municipal de acordo com o padrão ministerial (1,50/habitante/ano) e de acordo com as necessidades mínimas estimadas (2,27/habitante/ano). Salvador, 2000-2007.....	79
Tabela 23. Evolução do número de equipes implantadas, cobertura populacional do programa de saúde da família (PSF) e variação percentual. Salvador, 2000-2007.....	80
Tabela 24. Concentração de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante, para todos os prestadores SUS, por distrito sanitário e diferença percentual entre 2004 e 2007. Salvador, 2004 a 2007.	81

Tabela 25. Concentração de ações básicas de enfermagem por habitante, para todos os prestadores SUS, por distrito sanitário e diferença percentual entre 2004 e 2007. Salvador, 2004-2007.....	82
Tabela 26. Concentração de ações básicas em odontologia por habitante, para todos os prestadores SUS, por distrito sanitário e diferença percentual entre 2004 e 2007. Salvador, 2004 a 2007.	83
Tabela 27. Concentração de primeira consulta odontológica por habitante, para todos os prestadores SUS por distrito sanitário e diferença percentual entre 2004 e 2007. Salvador, 2004 a 2007.	84

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Concentração de consultas médicas básicas por habitante/ ano, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde.....	86
Gráfico 2. Concentração de primeira consulta odontológica por habitante/ ano, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde.....	87
Gráfico 3. Concentração de procedimentos odontológicos por habitante/ ano, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde.....	88
Gráfico 4. Concentração de ações básicas de enfermagem por habitante/ ano, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde.....	89
Gráfico 5. Concentração por habitante de consultas médicas, ações básicas de enfermagem e de odontologia realizadas pela rede própria municipal, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Salvador, 2007.....	90
Gráfico 6. Percentual de consultas médicas nas especialidades básicas por prestador em 2000. Salvador, Bahia.....	91
Gráfico 7. Percentual de consultas médicas nas especialidades básicas por prestador em 2007. Salvador, Bahia.....	91
Gráfico 8. Percentual de ações básicas de enfermagem por prestador em 2000. Salvador, Bahia.....	92
Gráfico 9. Percentual de ações básicas de enfermagem por prestador em 2007. Salvador, Bahia.....	92
Gráfico 10. Percentual de realização de primeira consulta odontológica por prestador em 2000. Salvador, Bahia	93
Gráfico 11. Percentual de realização de primeira consulta odontológica por prestador em 2007. Salvador, Bahia.....	93
Gráfico 12. Distribuição de unidades prestadoras de atendimentos básicos ambulatoriais, por distrito sanitário e por prestador. Salvador, 2007.....	94
Gráfico 13. Número de unidades básicas tradicionais (UBS) e Unidades de saúde da Família(USF) em Salvador, 2004-2007. 94	

Gráfico 14. Número de equipes de saúde da família e cobertura do Programa de Saúde da Família. Salvador, 2004-2007.	95
Gráfico 15. Concentração de consultas médicas básicas por habitante nas unidades básicas Tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF). Salvador, 2004-2007.....	96
Gráfico 16. Concentração de ações básicas de enfermagem por habitante nas unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF). Salvador, 2004-2007.....	97
Gráfico 17. Concentração de ações básicas odontológicas por habitante nas unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF). Salvador, 2004-2007.....	98
Gráfico 18. Cobertura real e potencial de consultas médicas nas especialidades básicas para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.....	99
Gráfico 19. Cobertura real e potencial de consultas médicas nas especialidades básicas para população que usa exclusivamente o SUS prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.....	100
Gráfico 20. Cobertura potencial e real de ações básicas odontológicas por habitante para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.....	101
Gráfico 21. Cobertura potencial e real de ações básicas odontológicas por habitante que utiliza exclusivamente o SUS para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.	102
Gráfico 22. Concentração de procedimentos de enfermagem por habitante potencial e real para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.....	103
Gráfico 23. Concentração de procedimentos de enfermagem por habitante que utiliza exclusivamente o SUS potencial e real para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.....	104
Gráfico 24. Cobertura real de consultas médicas básicas para todos os prestadores SUS, de acordo com o padrão ministerial (1,5/habitante/ano) e de acordo com as necessidades mínimas de consultas estimadas (2,27/habitante/ano). Salvador, 2000-2007.....	105
Gráfico 25. Concentração de consultas médicas básicas realizadas por todos os prestadores SUS por habitante/ano. Salvador, Bahia. 2000-2007.....	106
Gráfico 26. Concentração de ações básicas de enfermagem realizadas por todos os prestadores SUS por habitante/ano. Salvador, Bahia. 2000-2007.....	107
Gráfico 27. Concentração de primeira consulta odontológica realizada por todos os prestadores SUS por habitante. 2000-2007. Salvador, Bahia.....	108
Gráfico 28. Concentração de ações odontológicas coletivas realizadas por todos os prestadores SUS por habitante. 2000-2007. Salvador, Bahia.....	109
Gráfico 29. Concentração de ações básicas odontológicas realizadas por todos os prestadores SUS por habitante. 2000-2007. Salvador, Bahia.....	110

Gráfico 30. Cobertura real de consultas médicas básicas realizadas pela rede própria municipal, de acordo com padrão ministerial (1,50/habitante/ano). Salvador, 2000-2007.... 111

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 90, a temática da cobertura universal dos serviços de saúde tem recebido maior atenção por parte dos governos, mesmo em países que historicamente conseguiram atingi-la, como os da Europa Central, Oriental e da antiga União Soviética. Esses países passam por reformas em seus sistemas de saúde com alteração das fontes de financiamento e das modalidades de prestação dos serviços que podem modificar as possibilidades de acesso e utilização dos seus serviços de saúde. Já nos países da América Latina, persistem desigualdades no acesso ao cuidado e atenção à saúde relacionadas com a renda e situação socioeconômica, sendo a sua universalização um desafio para os governos da região (Mills, 2007).

No Brasil, a inscrição do direito à saúde na constituição de 1988 com a criação de um sistema de saúde único, universal, sob responsabilidade estatal, proporcionou a melhoria no acesso aos serviços de saúde e extensão da cobertura de serviços médico-sanitários a grandes contingentes da população que antes não tinham garantido o cuidado e atenção à saúde. Os dados da PNAD 2003 revelam que aproximadamente 98% das pessoas que procuraram atendimento de saúde foram atendidas. Destas, 61% receberam atendimento em um serviço público de saúde, o que aponta para a contribuição do SUS na universalização e redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Contudo, persistem diferenças na utilização de serviços relacionadas com renda e local de residência (Travassos et al, 2006). Os usuários do SUS e aqueles não atendidos são predominantemente mulheres, crianças, pretos e pardos, com baixa escolaridade e renda. (Ribeiro et al, 2006; IBGE, 2003). Além disso, persiste a segmentação do sistema de saúde brasileiro com a convivência de diferentes modalidades assistenciais que constituem o sistema de assistência médica supletiva (SAMS): os planos de

autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde, além do sistema de desembolso direto (SDD). Apesar de funcionarem de forma separada, há um financiamento público do setor privado através de subsídios e de algumas formas de renúncia fiscal (Bahia, 2001; Paim, 2008).

A utilização do termo cobertura na avaliação de ações e serviços de saúde teve início no final da década de 1960 e ganhou atenção especial nos primeiros anos após a Conferência sobre Atenção Primária à saúde de Alma Ata (ex-URSS), em 1978. A partir de então, houve declínio no interesse sobre a avaliação da cobertura, um foco maior na avaliação do acesso, utilização e, a partir do final da década de 1990, cresceu a preocupação com a equidade e com a avaliação de desigualdades de saúde entre diferentes grupos da população. Entre as principais razões apontadas para a pouca utilização da cobertura como atributo relevante na avaliação dos serviços de saúde estão as diferentes formas de aplicação do conceito; a dificuldade de precisar a "população-alvo" que necessita do serviço avaliado e a pouca utilização das informações no planejamento e gestão dos serviços de saúde (WHO,2001).

A cobertura é uma dimensão fundamental da avaliação de sistemas de saúde, principalmente naqueles cujas diretrizes incluem a universalização do acesso. Na literatura, observa-se que, algumas vezes, os conceitos de cobertura, acesso e utilização são usados como sinônimos ou com fronteiras pouco definidas (Vieira da Silva, 1999). A avaliação da cobertura refere-se, juntamente com a acessibilidade e equidade, à distribuição social dos recursos, atributo considerado como um pré-requisito para avaliação de outros aspectos dos sistemas e serviços de saúde, visto que é necessário que as ações sejam preliminarmente oferecidas à população usuária para que seja possível avaliar outras dimensões relacionadas com a qualidade, efetividade e impacto (Vieira da Silva e Formigli,1994).

Por outro lado, equidade em saúde é um conceito complexo, diferente do conceito de igualdade, pois se relaciona com a justiça na distribuição social do acesso, cuidado e do

financiamento (Daniels et al, 2000), sendo, portanto, uma intervenção social para solucionar contradições oriundas do conflito entre as diversas fórmulas da justiça formal (Vieira da Silva e Almeida Filho, 2008). Já o acesso refere-se a características da oferta de serviços, que não se explicam apenas pelo uso de serviços, ainda que o uso seja uma expressão do acesso (Travassos e Martins, 2004). Segundo Donabedian (1988), a acessibilidade é a facilidade no uso dos serviços, refere-se a um conjunto de fatores que influenciam na utilização daqueles, facilitando ou obstaculizando os esforços dos potenciais usuários na obtenção da atenção. Sendo, portanto, a interação entre os fatores que constituem obstáculo para a obtenção do cuidado e a capacidade dos usuários de superá-los. Dessa forma, a acessibilidade corresponde a uma relação entre os obstáculos colocados pelos serviços – sejam estes geográficos, organizacionais ou financeiros – e os recursos dos usuários que podem ser econômicos, sociais e culturais. (Frenk, 1992).

No que se refere à cobertura, problemas de insuficiências quantitativas relacionados à estrutura física, aos recursos humanos, à atenção à saúde e oferta de serviços na rede básica, no Brasil, vêm sendo registrados mesmo após a organização do SUS (Vieira da Silva e Formigli, 1995; Facchini et al, 2006). Além disso, quando há constatação de melhoria da cobertura potencial na rede básica, existem dificuldades referentes à baixa cobertura real dos serviços (Cavalcante, 2006) e concentração de atendimentos por usuário abaixo dos parâmetros desejáveis (Sousa et al, 2006).

Estudos apontam para a persistência de problemas relacionados à cobertura assistencial e ao acesso na atenção básica, mesmo em áreas desenvolvidas como a grande São Paulo (César e Tanaka, 1996, Pessoto et al, 2007). Baixa cobertura real tem sido verificada em diversas ações específicas, como na campanha nacional de detecção de Diabetes Mellitus (Dode et al, 2007), consultas odontológicas (Ribeiro et al, 2004; Sobrinho et al, 2008), preventivos ginecológicos (Ribeiro et al, 2004; Leal et al, 2005; Cavalcante, 2006),

atendimento a gestantes (Coimbra et al, 2003; Scochi, 1994; Nascimento et al, 2007) e atendimentos a crianças menores de um ano (Scochi, 1994). Um trabalho que buscou avaliar a efetividade de ações selecionadas em unidades básicas, estratificadas segundo a região (Sul e Nordeste) e o modelo de atenção (Programa Saúde da Família - PSF e Tradicionais), também encontrou baixa cobertura de consultas de pré-natal e de puericultura nas duas regiões, ainda que a oferta e utilização de ações de saúde, principalmente de puericultura, sejam mais adequadas nas unidades do PSF (Facchini et al, 2006; Piccini et al, 2006).

Por outro lado, elevadas coberturas têm sido registradas por algumas investigações em relação a diferentes ações de saúde. Inquérito realizado em Pelotas (RS) em 1992 encontrou média anual de três consultas médicas por pessoa (Costa e Facchini, 1997), também o inquérito realizado no Estado do Rio de Janeiro em 2005 encontrou cobertura de pré-natal superior a 80% (Szwarcwald et al, 2006). Contudo, essas coberturas estão desigualmente distribuídas segundo a classe social, escolaridade e local de residência. Isto é, quanto pior a condição socioeconômica, pior a cobertura e a qualidade do serviço prestado.

Outras pesquisas confirmam as desigualdades no acesso e utilização de serviços, relacionadas com condições socioeconômicas dos usuários (Mendoza-Sassi et al, 2003; Coimbra, et al 2003; Cavalcante, 2006; Silva et al, 2000; Costa e Facchini, 1997) e discriminação racial (Amorim, et al 2006), revelando que as pessoas que mais necessitam têm menor chance de receber atendimento (Travassos et al, 2000). Entretanto, trabalho realizado em São Paulo aponta para melhoria da equidade com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Verificou-se que na população coberta pelo PSF, a renda e escolaridade não constituíram fatores que diferenciavam de forma significativa o perfil de utilização de serviços de saúde e de procura por assistência, indicando que o programa pode estar contribuindo para maior equidade nessas condições (Goldbaum et al, 2005).

Baixa cobertura assistencial tem sido verificada no município de Salvador desde o processo de implantação dos distritos sanitários, quando inquérito domiciliar encontrou baixas coberturas vacinais no distrito de Pau da Lima (Vieira da Silva et al, 1997). Estudos que avaliaram a cobertura de ações específicas no município também encontraram baixa cobertura, como atendimento odontológico em amostra de escolares (Cangussu, 2004) e assistência pré-natal (Nascimento et al, 2007B). Este último estudo avaliou a assistência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no ano 2002, tendo verificado baixa cobertura tanto de consultas pré-natais, quanto de exames básicos e consulta puerperal. Apenas 10% das gestantes inscritas no programa realizaram seis consultas de pré-natal, aproximadamente 6% compareceram à consulta de puerpério e 6% concluíram a assistência pré-natal.

No que se refere aos recursos humanos, o Brasil possuía em 2006 uma relação de profissionais por mil habitantes de 1,71 médicos, 1,16 dentistas e 0,55 enfermeiros. Na Bahia, essa mesma relação é de 1,00 para médicos, 0,53 para dentistas e 0,39 para enfermeiros (Brasil, 2007). Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (2007), a relação de médico por habitante no nordeste é de 1/901 e na Bahia 1/926 (CFM, 2007). Em Salvador, dados de 2003 revelam a relação de 1 profissional médico para 334 habitantes (Bueno e Pieruccini, 2005). Os padrões históricos recomendam a relação de 8 médicos, 2 odontólogos e 4,5 enfermeiros para cada 10.000 habitantes (Plan Decenal de Salud para las Américas/OPAS, 1973), contudo, devem ser considerados diversos fatores como a concentração da população urbana, complexidade do perfil epidemiológico e da rede de serviços oferecida afim de adequar esses padrões à situação local.

Com relação à rede assistencial do município de Salvador, aproximadamente 60% da atenção básica é composta por unidades do tipo tradicional de saúde (Brasil, 2007B), sendo a cobertura populacional do Programa de Saúde da Família estimada em 13,7% (Brasil, 2007C).

Neste trabalho foram utilizadas as expressões atenção básica e ‘rede básica’ com referência aos serviços de atenção básica em funcionamento no município de Salvador, Bahia.

O Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (SMS-Salvador, 2005) destaca a insuficiência da rede para atender às necessidades de serviços de saúde da população, apresentando como uma das principais dificuldades os problemas relacionados à infraestrutura. Há insuficiência quantitativa de unidades de saúde, de recursos humanos e as unidades existentes possuem estrutura física insuficiente ou inadequada. Os dados apresentados pelo Plano Municipal de Saúde sobre a oferta de serviços básicos são insuficientes visto que apontam de forma imprecisa a estimativa da cobertura potencial, não havendo uma estimativa das coberturas reais.

Considerando que as necessidades de saúde são construídas histórica e socialmente e que os critérios, processos e técnicas de definição das necessidades de serviços de saúde não são neutros, mas se estabelecem em um campo de forças de interesses distintos (Paim, 1979), é necessária a discussão sobre o significado de padrões e técnicas disponíveis para estimar as necessidades de atendimento da população e verificar se a magnitude da oferta atende às mesmas.

Tendo em vista a ausência de estimativas recentes da cobertura da atenção básica e a inexistência de discussão do significado destas frente às necessidades de saúde da população, o presente trabalho pretende contribuir investigando em que medida os serviços e ações da rede básica de Salvador estão disponíveis para atender às necessidades de saúde da população, a relação da oferta com a cobertura real, assim como a distribuição destas no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a cobertura dos serviços de atenção básica de Salvador (BA).

2.2 Específicos

- Estimar as coberturas potencial e real da rede própria municipal de Salvador para 2007.
- Estimar as coberturas potencial e real da rede própria municipal por distrito sanitário em Salvador em 2007.
- Estimar o déficit de profissionais médicos e odontólogos em Salvador, por distrito sanitário, em 2007.
- Comparar as coberturas reais estimadas para as unidades de saúde da família, com aquelas estimadas para as unidades básicas tradicionais municipais no período de 2004 a 2007.
- Estimar a cobertura real de ações básicas realizadas por todos os prestadores do SUS em Salvador no período de 2000 a 2007.
- Descrever a evolução da cobertura real estimada dos serviços, por prestador, no período compreendido entre 2000 e 2007.
- Descrever a distribuição espacial da cobertura real estimada dos serviços, por distrito sanitário, no período compreendido entre 2004 e 2007.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de agregados espacial e temporal, tendo como unidades de análise o município de Salvador (BA) e seus 12 Distritos Sanitários.

3.2 Referenciais Teóricos

A interação dos serviços ofertados com seus usuários é considerada uma importante dimensão dos serviços de saúde, visto que confere sentido ao processo de trabalho e possibilita a realização dos resultados pretendidos. A cobertura dos serviços de saúde corresponde à expressão quantitativa dessa interação do ponto de vista populacional, referindo-se à disponibilidade e distribuição social dos serviços de saúde. (Vieira da Silva e Formigli, 1994). A avaliação da cobertura refere-se à adequação dos recursos e é apenas um dos componentes da avaliação dos serviços de saúde. Uma abordagem mais abrangente é necessária para avaliar o sistema de saúde como um todo, incluindo modelo assistencial, acesso, equidade, qualidade e impacto, dentre outros. (Vieira da Silva, 1999).

Neste estudo foi utilizado o conceito de cobertura de Rossi, et al (2004) segundo os quais cobertura corresponde à proporção da população alvo que é beneficiada pela intervenção. Além deste, utilizou-se o conceito de cobertura potencial que corresponde à capacidade e possibilidade da oferta, por buscar medir os recursos materiais ou humanos

disponíveis para a realização de determinada ação e o de cobertura real que resulta do trabalho efetivamente realizado, isto é, busca estimar a proporção da população que de fato utilizou os serviços (Soberón, 1988).

Soberón (1988) aponta que diferentes significados podem ser atribuídos ao termo cobertura a depender da perspectiva de análise: econômica, técnica, programática, demográfica ou geográfica. Com relação ao universo de usuários, utiliza os termos cobertura legal que corresponde ao total de habitantes com direito ao acesso aos serviços; cobertura potencial que corresponde à possibilidade de atendimento dos serviços. Neste caso, consideram-se os recursos materiais e humanos disponíveis; e cobertura real – que corresponde à população que faz uso dos serviços disponíveis (Soberón, 1988). Na literatura, a cobertura potencial é referida como oferta de serviços, muitas vezes analisada a partir da capacidade instalada, enquanto a cobertura real é referida como utilização de serviços.

A utilização dos serviços de saúde compreende o contato direto ou indireto com os serviços e resulta da interação entre o que busca e o que oferece o cuidado. Dessa forma, corresponde a um processo complexo determinado por fatores relacionados aos usuários, às necessidades de saúde, aos prestadores, à organização dos recursos, às características da oferta e às políticas de saúde (Travassos e Martins, 2004).

A capacidade instalada tem sido analisada em sua adequação à base populacional correspondente. A adequação quantitativa do serviço é medida comparando-se o número dos atendimentos com a capacidade instalada de recursos humanos e instalações físicas da unidade de acordo com parâmetros oficiais (Formigli et al, 2000).

O estabelecimento de padrões para atendimentos de determinada população implica na discussão do conceito de necessidades de saúde. As necessidades humanas são carências referidas pelos indivíduos, materiais ou subjetivas, determinadas historicamente (Heller, 1986), isto é, não são iguais ou universais, são determinadas socialmente e, portanto,

dependem da inserção dos grupos na reprodução social. Dentre essas estão as necessidades de saúde compreendidas como as condições biológicas e sociais que garantem a sobrevivência e reprodução da força de trabalho. Para obtenção da saúde, precisam ser satisfeitas necessidades que muitas vezes estão fora setor saúde, como alimentação, habitação, educação, saneamento, lazer e renda. Por isso, é importante um desenvolvimento integrado de diversos níveis dado que os serviços de saúde são insuficientes para atender às necessidades de saúde (Paim, 1979).

Contudo, cabe importante papel ao setor saúde no atendimento das necessidades da população, visto que são estas suscitam e, por vezes, orientam a organização dos serviços (Shraiber, 1990). É possível diferenciar duas perspectivas distintas no que diz respeito ao atendimento dessas necessidades. As portarias ministeriais definem implicitamente as necessidades mínimas de atenção ambulatorial utilizando como referência padrões reconhecidos por organismos internacionais, além de outros oriundos de percentuais médios de atendimento nos últimos anos e baseados em alguns estudos e pareceres de especialistas. Além disso, ao utilizarem dados sobre as incidências nacionais médias por especialidade e por faixa etária, possibilitam que os municípios realizem uma adaptação para a situação de saúde do local (Brasil, 2001). Entretanto, essa abordagem pode ser criticada por subestimar as necessidades de atendimento visto que está centrada no alcance das metas programadas. Essa concepção ministerial difere de uma outra baseada na análise da situação de saúde em que há preocupação com métodos e técnicas que permitam a sistematização de informações epidemiológicas, capazes de subsidiar a organização de práticas e ações em função dos problemas de saúde de determinada população. Dentro dessa perspectiva foram organizados, em alguns municípios, os distritos sanitários enquanto espaços geográficos e políticos onde as práticas de saúde têm sido redefinidas para que a oferta de ações esteja vinculada às necessidades de saúde da população local (Teixeira, 2001; Mendes, 1993; Paim, 1993). Dessa

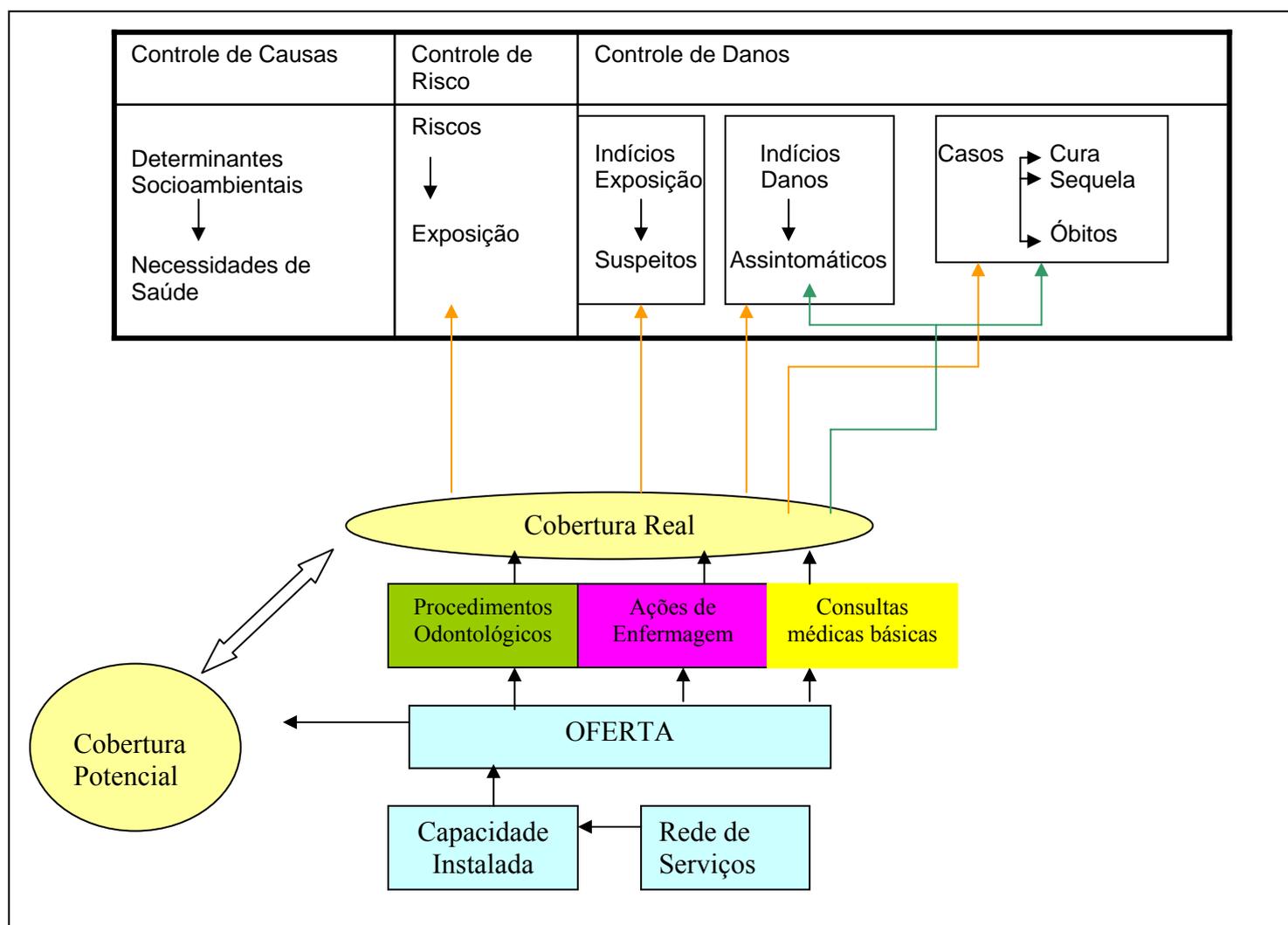
forma, têm destaque as ações programáticas que utilizam diagnósticos coletivos na definição dos objetos de trabalho, sendo a escolha destes sempre orientada pelo conhecimento epidemiológico. Portanto, os padrões de atendimento utilizados aplicam-se apenas à população de um território específico, sendo constantemente revistos e adaptados.

3.3 Modelo Lógico

Foi elaborado um modelo lógico das ações básicas inspirado no diagrama da Vigilância da saúde de Paim (1999). A Vigilância da Saúde se apresenta como um modelo de atenção capaz de reorganizar as ações de saúde para o controle de danos, de riscos e de determinantes sócio-ambientais, é um modelo alternativo de base epidemiológica que visa a integralidade da atenção e o impacto sobre os problemas de saúde. Há priorização do controle de causas e riscos sem descuidar do controle de danos, através de uma oferta predominantemente organizada de serviços de saúde. O controle de causas está relacionado a medidas gerais para a promoção da saúde e, geralmente, ultrapassa as atribuições e possibilidades do setor saúde, já o controle de riscos está relacionado a medidas específicas para a prevenção da ocorrência de doenças e agravos e que são alvos de intervenção da vigilância sanitária e epidemiológica, enquanto o controle de danos está relacionado a medidas que objetivam evitar ou reduzir mortes, doenças e agravos e está associado à assistência médico-hospitalar, seja no hospital, no ambulatório ou na comunidade (Paim 1994; 1999).

No presente trabalho, as ações a serem avaliadas são predominantemente de controle de danos e em menor escala de controle de riscos já que podem atuar em grupos expostos. Essas ações básicas de saúde - médicas, odontológicas e de enfermagem – são organizadas e ofertadas pela rede assistencial de serviços do município através da sua capacidade instalada de recursos físicos e humanos. Dessa forma, a cobertura real estima a utilização desses serviços, enquanto a cobertura potencial estima a oferta, sendo que a relação entre ambas expressa o aproveitamento dos recursos disponíveis.

MODELO LÓGICO



Adaptado de Paim, 1999.

3.4 Caracterização do Município

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 707 km². A sua organização político-administrativa compreende 18 Regiões Administrativas (RA) e 12 Distritos Sanitários (DS). Integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS) ao lado dos municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz (Salvador-SMS, 2005).

Segundo estimativas do IBGE para o ano de 2000, a população residente na RMS era da ordem de 3.021.572 habitantes e a população estimada para o município foi de 2.443.107 habitantes sendo destes 53% composto por mulheres e 47% por homens (IBGE, 2000). Embora Salvador tenha um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) considerado satisfatório (0,805), ocupando a 467^a posição entre os 5.507 municípios do Brasil e 1^a posição no Estado, possui um cenário de desigualdades expresso no Índice de Gini (0,66), (Salvador, SMS, 2005).

3.5 Critérios, indicadores e padrões

Foram utilizados os seguintes critérios para avaliação da cobertura na atenção básica:

a) Consultas médicas nas especialidades básicas; b) Ações básicas de enfermagem; c) Ações básicas em odontologia. Para os referidos critérios foram estimados os seguintes indicadores¹:

a) Cobertura e concentração de consultas médicas básicas por habitante/ano; b) Concentração de ações básicas de enfermagem por habitante/ano; c) Cobertura e concentração de ações básicas de odontologia por habitante/ano. Os seguintes padrões foram utilizados como valores de referência na avaliação: a) 1,50 consultas médicas por habitante/ano conforme portaria nº. 91/GM (2007); b) 2,28 a 6,43 procedimentos básicos de enfermagem por habitante/ano de acordo com a portaria 1101/GM (2002); c) 2,80 ações básicas odontológicas por habitante/ano, sendo 0,30 para primeira consulta odontológica e 2,50 para procedimentos básicos de acordo com a portaria nº. 91/GM (2007), (Quadro 1).

Para as consultas médicas básicas foi realizada uma estimativa das necessidades mínimas de consultas a partir do proposto nas Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde atenção básica (Brasil, 2006B) de acordo com grupos etários e ações prioritárias da atenção básica (Quadro 2). Estimou-se que seriam necessárias 2,27

¹ Nesse estudo, optou-se por apresentar os dados da concentração de procedimentos por habitante com duas casas decimais visto que algumas ações possuem valor muito reduzido, portanto, apenas uma casa decimal dificultaria uma análise mais precisa da evolução na série histórica. Entretanto, para os cálculos das coberturas e demais resultados, apenas uma casa decimal foi utilizada por atender aos objetivos almejados.

consultas por habitante considerando a população de Salvador em 2007 (IBGE,2007). Dessa forma, para avaliar as consultas médicas foram discutidos os resultados encontrados para cobertura real e potencial tomando como referência o padrão do Ministério da Saúde (1,50 consultas por habitante) e o padrão de necessidades mínimas estimadas também a partir de parâmetros ministeriais (2,27 consultas por habitante).

Quadro 1. Critérios, indicadores e padrões utilizados para avaliar a cobertura da atenção básica em Salvador, Bahia.

Critérios	Indicadores	Padrões
a) Consultas médicas nas especialidades básicas;	a) Cobertura e concentração de consultas médicas básicas por habitante/ano;	a) 1,50 consultas médicas por habitante/ano conforme portaria nº. 91/GM (2007);
b) Ações básicas de enfermagem;	b) Concentração de ações básicas de enfermagem por habitante/ano;	b) 2,28 a 6,43 procedimentos básicos de enfermagem por habitante/ano de acordo com a portaria 1101/GM (2002);
c) Ações básicas em odontologia	c) Cobertura e concentração de ações básicas de odontologia por habitante/ano.	c) 2,80 ações básicas odontológicas por habitante/ano, sendo 0,30 para primeira consulta odontológica e 2,50 para procedimentos básicos de acordo com a portaria nº. 91/GM (2007).

Quadro 02. Estimativa da necessidade de consultas médicas básicas por habitante para Salvador, em 2007, de acordo com as Diretrizes para

Consultas médicas	Padrão* consultas médicas	População- alvo	nº de consultas médicas necessárias	Descrição da população-alvo
Consultas básicas de urgência	0,5	2.892.625	1.446.313	Total da população
Recém Nascidos >= 2.500g	3,0	45.628	136.884	92% menores de 1 ano (2007)
RN < 2.500g	7,0	3.968	27.776	8% menores de 1 ano (2007)
Consultas crescimento e desenvolvimento (1 a 9 anos)	1,0	441.441	441.441	Crianças entre 1 e 9 anos
Afecções respiratórias com complicação < 5 anos	1,0	19.741	19.741	20% de 40% dos menores de 5 anos
Afecções respiratórias - urgência < 5 anos	1,0	9.871	9.871	10% de 40% dos menores de 5 anos
Asma (leve/grave) < 5 anos	1,0	49.353	49.353	20% das crianças menores de 5 anos
Diarréia com desidratação leve/grave pós internação < 5 anos	1,0	154.229	154.229	25% de 2,5 eventos por menor de 5 anos
Saúde do Adolescente	1,0	598.724	598.724	População entre 10 e 20 anos
Consulta ginecológica (câncer mama e colo útero)	1,0	677.792	677.792	52,9% da pop entre 25 e 59 anos
Pré-natal	4,0	36.995	147.980	Nascidos vivos em 2006 (IBGE)
Planejamento familiar	1,0	1.064.938	1.064.938	52,9% da população entre 10 e 49 anos
Tuberculose	6,0	3.281	19.686	Número de casos novos de tuberculose (Tabnet/SMS 2007)
Hanseníase	3,0	378	1.134	Casos novos + casos em tratamento (estimativa 2007) ²
Diabetes	4,0	91.738	366.951	7,6% maiores de 30 anos
Hipertensão	2,0	265.557	531.113	22% maiores de 30 anos
Saúde do Idoso	3,0	195.403	586.209	Maiores de 60 anos
Consultas por outros agravos	1,0	289.263	289.263	10% do total da população
Consultas/habitante	2,27	2.892.625	6.569.398	

Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasil (2006).

Fonte: IBGE (2007), Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – Série Pactos pela Saúde, Vol. 5.(Brasil, 2006).

3.6 Fontes de informação

a) Produção Ambulatorial

As informações sobre a produção ambulatorial das ações básicas em Salvador para o período de 2000 a 2007 foram obtidas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>, acessado em março de 2007).

Os dados da produção ambulatorial desagregada por Distrito Sanitário, para o período de 2004 a 2007, foram fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (TABWIN/ASTECSMS-Salvador, 2007).

Existem diferenças entre os dados fornecidos pela Secretaria Municipal e os dados disponíveis no SIA-SUS conforme apresentado nos Gráficos 1 a 5.

Foram utilizados os dados do SIA-SUS para apresentar os resultados do município de Salvador no período de 2000 a 2007 e dados da ASTEC/SMS para apresentar os resultados desagregados por distrito sanitário e para selecionar as unidades de saúde da família e unidades básicas tradicionais.

b) Capacidade instalada de recursos humanos

A capacidade instalada de recursos humanos em 2007 foi estimada a partir das informações sobre quantitativo de profissionais e carga horária, consolidadas por distrito sanitário, fornecidas pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde (CDRH/SMS, 2007).

Tendo em vista que as informações sobre a capacidade instalada de recursos humanos para anos anteriores não estavam registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ou na Secretaria de Saúde de Salvador, não foi possível realizar a estimativa da evolução histórica da cobertura potencial. Tanto o CNES como a SMS fazem atualizações periódicas sem armazenar dados anteriores no sistema de informação ou no relatório de gestão.

c) População

Os dados sobre a população dos distritos sanitários entre 2000 e 2007 foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde através do endereço eletrônico www.sms.gov.br/população (acessado em janeiro de 2007), tendo como fonte IBGE/SESAB (2000-2007).

Também foram utilizadas informações da Agência Nacional de Saúde (ANS) sobre a população beneficiária de planos de saúde no município. No período estudado, o número de beneficiários oscilou entre 23,7% (2000) e 22,3% (2007), (Quadro 3). Dessa forma, excluindo esses percentuais do total populacional para cada ano, foi estimado o número de usuários que utiliza exclusivamente o SUS, desconsiderando-se o percentual reduzido que não possui plano de saúde, mas utiliza o Sistema de Desembolso Direto (SDD).

Quadro 3. População, número e percentual de beneficiários de assistência médica suplementar, estimativa da população que usa exclusivamente o SUS e percentual. Salvador, 2000-2007

Ano	População	Beneficiários Assistência Médica Suplementar		População que utiliza exclusivamente o SUS ¹	
		nº	%	nº	%
2000	2.443.107	578.343	23,7	1.864.764	76,3
2001	2.485.702	528.121	21,2	1.957.581	78,8
2002	2.520.705	580.937	23,0	1.939.768	77,0
2003	2.556.430	582.774	22,8	1.973.656	77,2
2004	2.592.239	585.167	22,6	2.007.072	77,4
2005	2.673.557	599.000	22,4	2.074.557	77,6
2006	2.714.977	634.782	23,4	2.080.195	76,6
2007	2.892.625	645.911	22,3	2.246.714	77,7

Fonte: IBGE/ Agência Nacional de Saúde - ANS/Tabnet (2008)

d) Relatórios do Projeto Acolhimento

Foram utilizados os relatórios técnicos parciais e relatório final do **Projeto acolhimento na atenção básica em Salvador: Plano para melhoria da acessibilidade** realizados em cooperação técnica entre o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador entre 2005 e 2008. O projeto foi desenvolvido para a melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento na rede básica de Salvador, (SMS/ISC, 2008).

Os relatórios do referido Projeto foram utilizados como fonte de informação complementar na discussão dos resultados da avaliação da cobertura, visto que contêm informações sobre as visitas da assessoria técnica nos distritos sanitários, relatando o processo de implantação, bem como obstáculos encontrados no funcionamento das unidades.

3.7 Plano de análise:

Foi feita análise da evolução das coberturas por meio de visualização gráfica da tendência histórica e cálculo das médias móveis, além do cálculo da diferença percentual entre o primeiro e último ano da série. Também foram utilizadas na análise as diferenças percentuais entre as coberturas reais e potenciais.

a) Consulta médica nas especialidades básicas

Foram selecionadas as ações médicas básicas do subgrupo 01, grupo 02, da Tabela SIA/SUS: Ações médicas básicas – Procedimentos clínicos. Exceto as ações 02.011.00-0 - Assistência ao parto por médico/urgência e emergência e 02.011.01-8 Assistência ao parto domiciliar sem distócia por médico do PSF. No Anexo 1, constam as ações médicas básicas selecionadas e o respectivo código no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Para essas ações foram estimadas as coberturas potenciais, reais e calculada a concentração de procedimentos por habitante/ano.

b) Ações básicas de enfermagem

Foram selecionadas as ações básicas de enfermagem que constam no grupo 1 da Tabela de Procedimentos do SIA-SUS. No Anexo 2, consta a descrição das ações selecionadas e o código do SIA-SUS correspondente. Essas ações são realizadas pela equipe de enfermagem composta por enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Para essas ações foram calculadas as concentrações de procedimentos

por habitante/ano realizadas e as concentrações de procedimentos potenciais. Entretanto, não foram estimadas as coberturas potenciais e reais dessas ações, dada inexistência de um padrão único de referência para essas ações. O Ministério da Saúde menciona na portaria 1101/GM (2002) que a média nacional dos procedimentos básicos de enfermagem por habitante/ano varia de 2,28 a 6,43, por isso, neste trabalho, optou-se por comparar a concentração de procedimentos por habitante com esses valores.

c) Ações básicas em Odontologia

Para compor os indicadores das ações básicas em odontologia foram selecionados os procedimentos do grupo 03 da Tabela SIA/SUS: subgrupo 01- Procedimentos coletivos; subgrupo 02 – Procedimentos individuais preventivos; subgrupo 03 – procedimentos de dentística básica e subgrupo 04 - odontologia cirúrgica básica. No Anexo 3, estão relacionadas as ações e o respectivo código no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

As ações odontológicas foram analisadas separando-se os procedimentos coletivos, a primeira consulta odontológica e demais procedimentos básicos. Foram calculadas as concentrações por habitante de todos os procedimentos e também as coberturas potenciais e reais de primeira consulta odontológica, além de estimadas a coberturas potenciais e reais de procedimentos básicos. Além disso, foi utilizada a metodologia aplicada por Chaves, Sobrinho e Souza (2008), agrupando-se os procedimentos de acordo com a natureza do procedimento: coletivos; preventivos individuais; periodontais; restauradores e cirúrgicos (Anexo 4).

3.7.1 Cálculo da cobertura real

A cobertura real para cada critério foi calculada a partir da fórmula:

$$CR = \frac{\text{n}^\circ \text{ procedimentos realizados em determinado ano} \times 100}{\text{População alvo} \times \text{padrão de concentração do procedimento por ano}}$$

3.7.2 Cálculo da cobertura potencial

A cobertura potencial da rede própria municipal em 2007 foi estimada a partir da seguinte fórmula:

$$CP = \frac{\text{Recursos disponíveis em determinado ano} \times 100}{\text{Recursos necessários no período}}$$

Cálculo dos recursos disponíveis (RD) no ano:

$$RD = \text{Carga horária semanal} \times 4 \text{ semanas} \times 11 \text{ meses} \times \text{número de procedimentos-hora}$$

De acordo com padrão ministerial (Brasil, 2006), o número de procedimentos realizados por hora para médicos são 4 consultas e para dentistas 3 procedimentos. Foram consideradas apenas as carga horárias dos médicos das especialidades básicas: Saúde da família, clínica médica, pediatria e ginecologia.

Os recursos necessários foram calculados multiplicando a população-alvo (população total do município; população que utiliza exclusivamente o SUS; população dos distritos sanitários) pelo padrão considerado para cada ação.

O cálculo da concentração potencial de ações de enfermagem por habitante foi realizado considerando o padrão de 3 procedimentos por hora por profissional da equipe, excluindo a carga horária dos agentes comunitários de saúde.

Foram calculadas em separado a produtividade dos agentes comunitários de saúde e a concentração por habitante dos procedimentos realizados por estes profissionais.

3.7.3 Estimativa do déficit de profissionais médicos e odontólogos na rede própria do município

O cálculo do déficit de profissionais médicos e odontólogos foi realizado a partir da estimativa da carga horária anual de trabalho necessária para atingir os padrões de consultas médicas e ações básicas odontológicas.

Fórmula da carga horária anual necessária:

$$\text{C.H.N.} = \frac{\text{População} \times \text{procedimentos/habitante/ano}}{\text{Procedimentos/profissional/hora}}$$

Foi considerado o padrão 1,50 consultas médicas por habitante por ano (Portaria nº 91 GM/ 2007) e a realização de 4 consultas por hora por profissional (Pacto de Gestão, 2006). Para as ações odontológicas, o padrão foi de 2,80 procedimentos por habitante (Portaria nº 91 GM/ 2007) e a realização de 3 procedimentos por hora por dentista (Pacto de Gestão, 2006).

O resultado encontrado foi subtraído da carga horária disponível na rede própria municipal para encontrar o déficit de carga horária em 2007. A partir desse déficit foi estimada a necessidade de profissionais na rede municipal com carga horária de 40 horas semanais através da seguinte fórmula:

$$\text{Nº de profissionais necessários} = \frac{\text{Déficit de carga anual horária na rede}}{40\text{h} \times 4 \text{ semanas} \times 11 \text{ meses}}$$

Não foi estimada a necessidade de enfermeiros, tendo em vista que estes profissionais trabalham em equipe com os técnicos e auxiliares de enfermagem, não havendo especificações de quais ações básicas de enfermagem são realizadas por cada grupo de profissionais.

3.7.4 Prestadores de atendimentos ambulatoriais - SUS

A análise da concentração de procedimentos (ações de enfermagem, consultas médicas básicas e ações odontológicas) desagregada por prestador do atendimento foi realizada a partir da reunião dos prestadores do SUS em cinco grupos:

1- Prestadores federais. Neste grupo foram incluídos os prestadores cadastrados no SIA/SUS como federais e universitários;

2- Prestadores estaduais;

3- Prestadores municipais;

4- Prestadores privados com fins lucrativos. Foram incluídos neste grupo os prestadores privados com fins lucrativos e os privados optantes pelo simples;

5- Prestadores privados sem fins lucrativos. Este grupo está composto pelos prestadores privados sem fins lucrativos, filantrópicos e sindicatos.

3.7.5 Distritos sanitários de Salvador

A análise da cobertura potencial e real por distrito sanitário foi realizada para ações básicas de enfermagem, consultas médicas nas especialidades básicas e ações básicas odontológicas.

O município está organizado em 12 distritos sanitários: Barra-Rio Vermelho; Boca do Rio; Brotas; Cabula-Beiru; Cajazeiras; Centro; Itapagipe; Itapuã; Liberdade; Pau da Lima; São Caetano-Valéria e Subúrbio Ferroviário.

A produção ambulatorial apresentada pela unidade de saúde da família Cajazeiras IV (distrito sanitário Cajazeiras) em 2007 apresentou-se inconsistente (aumento de 3.507% em relação ao ano anterior), por isso foi excluída e substituída pela média da produção das unidades de todos os distritos no ano. Além desta, as consultas básicas de enfermagem (ação nº 0401104, SIA/SUS) apresentadas pelo centro de saúde mental Osvaldo Camargo (distrito sanitário Barra-Rio Vermelho) em 2006 foram excluídas por inconsistência (aumento de 50.918% em relação ao ano anterior).

3.7.6 Seleção das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais

Foram selecionadas as unidades que estão cadastradas no CNES como centros/unidades básicas mantidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Destas, foram classificadas como unidades de saúde da família aquelas que apresentaram consultas médicas PSF (ação nº 02.01.208 SIA/SUS) no período.

A lista das unidades básicas municipais está apresentada no anexo I. As unidades de saúde da família de Pituaçu; Professor Guilherme Rodrigues da Silva; Yolanda Pires e Terreiro de Jesus, apesar de estarem cadastradas no CNES não foram incluídas porque não realizaram ações ambulatoriais entre 2004 e 2007.

4 RESULTADOS

O governo municipal de Salvador é o principal responsável pela realização de ações básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Sua participação na execução de consultas médicas ampliou-se de 49% para 64% entre 2000 e 2007 (Gráficos 6 e 7), já nas ações básicas de enfermagem aumentou de 75,4% para 86,7% (Gráficos 8 e 9), enquanto nas primeiras consultas odontológicas passou de 60,0% para 83,3% (Gráficos 10 e 11). Além disso, a rede própria de serviços do município, composta em 2007 por 98 unidades de atendimento, corresponde a 72,1% das unidades prestadoras de serviços da atenção básica do SUS em Salvador (Gráfico 12).

Tendo em vista a responsabilidade da rede própria do município de realizar grande parte das consultas e procedimentos básicos de pelo menos 77,7% da população², verifica-se que o quantitativo de profissionais disponível é insuficiente para atender às necessidades de atendimento, além de estar desigualmente distribuído entre os distritos sanitários.

A Tabela 1 apresenta a oferta de profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos vinculados à esfera administrativa municipal. Observa-se que o número de médicos nas especialidades básicas e de enfermeiros é 0,2 por mil habitantes e 0,1 odontólogo. Quatro distritos apresentaram concentração por habitante dos referidos profissionais acima da média municipal: Centro Histórico (0,7 médicos; 0,6 enfermeiros e 0,7 odontólogos), Liberdade (0,5 médicos, 0,3 enfermeiros e 0,2 odontólogos), Itapuã (0,4 médicos, 0,3 enfermeiros e 0,2 odontólogos) e Subúrbio Ferroviário (0,3 médicos, 0,3 enfermeiros e 0,2 odontólogos). Já os

² Percentual da população do município que não dispõe de plano de saúde de acordo com dados da ANS(2008), ver quadro 3 na metodologia.

distritos Boca do Rio, Brotas e Cajazeiras apresentaram concentração de médicos abaixo da média municipal (0,1/1000 habitantes), sendo que esses dois últimos distritos também apresentaram menor concentração enfermeiros por mil habitantes (0,1).

Na Tabela 2 foi elaborada uma estimativa do déficit de profissionais médicos e odontólogos por distrito sanitário, de acordo com os padrões ministeriais de 1,5 consultas médicas e 2,8 procedimentos odontológicos por habitante. Para atingir satisfatoriamente os padrões considerados, seriam necessários mais 151,4 médicos e 2.052,3 dentistas com carga horária de 40 horas semanais por profissional. Os distritos sanitários com necessidade de maior número de médicos são Brotas (36,5), Barra-Rio Vermelho (35,6) e Cabula-Beiru (27,5). Quanto ao déficit de odontólogos, destacam-se os distritos Cabula-Beiru (216,0), Barra-Rio Vermelho (185,8) e Subúrbio Ferroviário (177,2).

O déficit de profissionais mencionado refere-se à rede própria municipal, portanto, é possível que nos distritos em que a extensão da rede conveniada do SUS é significativa o déficit de profissionais para atendimentos da atenção básica seja menor do que o estimado. No distrito Barra-Rio Vermelho, por exemplo, 44,4% das unidades que prestam serviços ambulatoriais não são municipais, dessa forma, é possível que este distrito ofereça um quantitativo de médicos e odontólogos mais adequado às necessidades da população local do que o distrito Cabula-Beiru em que 93,3% das unidades são municipais (Gráfico 12).

No município de Salvador, a cobertura potencial é insuficiente tanto quando se considera os padrões ministeriais, quanto quando se estima as necessidades mínimas também definidas por esses padrões. Esse fato relaciona-se à escassa contratação de pessoal, aliada à pequena expansão da rede de atendimento do município, apesar das diversas medidas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde, entre 2005 e 2006, para ampliar a oferta da atenção básica. Entre as principais medidas apontadas nos relatórios do Projeto Acolhimento

(2006) está a implantação de novas equipes de Saúde da Família, além da contratação de médicos para compor equipes incompletas e a abertura de novas unidades básicas.

De fato, observa-se que entre 2004 e 2007 houve investimento da SMS na expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), visto que 8 unidades tradicionais foram desativadas, enquanto 12 unidades de saúde da família entraram em funcionamento, passando a representar 40,9% das unidades básicas municipais (Gráfico 13, Tabela 3). Também foram criadas 34 novas equipes do PSF, o que correspondeu a um aumento de 42,0% (Gráfico 14). Entretanto, esse incremento foi insuficiente visto que a cobertura populacional do PSF no município é de apenas 13,7%. Além disso, em termos quantitativos houve pouca expansão da oferta, pois houve acréscimo de apenas 4 unidades até 2007.

No que se refere ao número de procedimentos básicos, verifica-se que as unidades de saúde da família não ampliaram a quantidade de ações realizadas de acordo com o aumento no número de unidades e de equipes, revelando obstáculos na implantação do PSF no município. A concentração de consultas médicas por habitante nas USF não aumentou como esperado, mantendo-se sem alteração significativa no período, enquanto as UBS reduziram a concentração em 39,6% (Tabela 4, Gráfico 15). Para as ações de enfermagem, tanto as UBS quanto as USF aumentaram a concentração das ações entre 2004 e 2006 em 32,2% e 18,9%, respectivamente, sendo que em 2007 as USF apresentaram maior redução proporcional (29,6%) que as UBS (12,6%) (Tabela 5, Gráfico 16). Quanto aos procedimentos básicos de odontologia, as USF e UBS reduziram a concentração entre 2004 e 2007 em 28,7% e 35,3%, respectivamente (Tabela 6, Gráfico 17).

Esses dados indicam que a expansão do PSF, em Salvador, neste período, não contribuiu para com o aumento da cobertura real de serviços e procedimentos básicos ambulatoriais, o que pode traduzir a existência de obstáculos à mudança do modelo de atenção ou mesmo incompreensão acerca do seu significado.

Na rede própria municipal como um todo, incluindo unidades tradicionais, saúde da família e todos os serviços da rede que prestaram atendimentos básicos ambulatoriais, observa-se, em 2007, subutilização dos recursos humanos para todas as ações selecionadas tendo em vista que as coberturas reais são inferiores às potenciais na maioria dos distritos sanitários. A cobertura potencial de consultas médicas básicas foi de 75,4% de acordo com o padrão ministerial de 1,5 consultas por habitante/ano e a cobertura real foi de 25,7% (Tabela 7, Gráfico 18). Excluindo do total da população os beneficiários de planos de saúde, a cobertura potencial subiu para 96,8% e a real para 33,0% (Tabela 8, Gráfico 19). Já a cobertura potencial para todos os procedimentos básicos de odontologia foi de 19,1%, enquanto a real foi de 6,0% (Tabela 9, Gráfico 20). Considerando-se apenas os usuários que utilizam exclusivamente o SUS, a cobertura potencial foi de 24,5% e a cobertura real 7,7% (Tabela 10, Gráfico 21). Com relação aos procedimentos de enfermagem, a estimativa é de que poderiam ter sido realizados 4,65 por habitante, mas foram realizados apenas 0,92 (Tabela 11, Gráfico 22), enquanto para a população não usuária de planos de saúde a concentração potencial foi de 5,97 e a real 1,19 (Gráfico 23).

Diversos problemas na gestão de recursos humanos e materiais estão relacionados com a subutilização da carga horária dos profissionais disponíveis na rede básica de serviços municipal e foram identificados como obstáculos à melhoria da acessibilidade pela assessoria técnica do Projeto Acolhimento. Dentre esses está o descumprimento de cargas-horárias pelos profissionais, os múltiplos vínculos de trabalho, gerentes de unidades pouco capacitados para exercer a função, organização do trabalho pautada nas necessidades dos servidores e não dos usuários, baixa remuneração e irregular abastecimento de insumos na rede (SMS/ISC, 2008).

Além da subutilização de recursos humanos, observa-se que existem, entre os distritos sanitários, problemas de má distribuição de recursos humanos da rede própria municipal que se traduzem nas coberturas potencial, real, bem como nas relações entre ambas. Observa-se

que nem sempre maior cobertura potencial implicou em maior cobertura real, ou seja, em melhor utilização da capacidade disponível. A distribuição dos recursos humanos no município não tem seguido uma lógica territorial, provavelmente a população tem se deslocado para os distritos com maior oferta para receber atendimento.

Os distritos Centro Histórico, Liberdade e Itapuã foram os que apresentaram maiores coberturas potenciais para todas as ações consideradas, sendo que os dois primeiros também apresentaram as maiores coberturas reais. Esses três distritos sanitários apresentaram cobertura potencial de consultas médicas acima de 100%, isto é, a quantidade de recursos humanos disponível superava a necessidade de consultas do local de acordo com o padrão ministerial: o Centro Histórico tinha potencial de cobrir 199,4%, Liberdade 155,0% e Itapuã 121,7%, contudo, o percentual realizado foi 125,2%, 50,4% e 25,9%, respectivamente (Tabela 7, Gráfico 18). Para procedimentos odontológicos, o Centro Histórico possuía cobertura potencial de 101,1% e realizou 34,4%; Liberdade possuía potencial de 27,2%, mas a cobertura real foi de 13,4% e Itapuã apresentou capacidade de atender 22,4% e alcançou apenas 6,3% (Tabela 9, Gráfico 20). Quanto às ações de enfermagem, as concentrações potenciais de procedimentos por habitante desses distritos foram: Centro Histórico 12,97, Liberdade 6,04 e Itapuã 5,52, enquanto o realizado foi 3,04; 2,54 e 1,19 (Tabela 11, Gráfico 22).

Observa-se, através das diferenças percentuais entre o potencial e o real que, nos referidos distritos, a rede própria municipal apresentou a maior subutilização dos recursos humanos para consultas médicas, sendo que Centro Histórico e Itapuã também apresentaram menor aproveitamento da capacidade instalada para ações de enfermagem e odontológicas.

Já o distrito sanitário Cajazeiras destacou-se por estar, para todas as ações selecionadas, entre os que apresentaram as menores coberturas potenciais e reais. Este distrito obteve a cobertura potencial de consultas médicas de 51,2% e a real de 14,9%, nas ações odontológicas a cobertura potencial foi de 13,6% e a real 3,3% e nas ações de enfermagem a

concentração potencial foi de 3,34 por habitante, a real 0,59. Também se destacaram os distritos Brotas, por apresentar a menor cobertura potencial para consultas médicas (31,5%) e menor concentração potencial de procedimentos de enfermagem (2,41 por habitante) e Pau da Lima que obteve menores coberturas reais de consultas médicas (9,5%) e ações odontológicas (2,1%).

O distrito Boca do Rio encontra-se entre os que obtiveram melhor aproveitamento da capacidade instalada de recursos humanos, revelada na menor diferença entre as coberturas potenciais e reais. Este distrito apresentou a produção de consultas médicas realizadas pela rede própria municipal, em 2007, superior à sua capacidade instalada em 11,1%. Visto que é improvável que a produção potencial seja inferior à produção realizada, esse resultado pode indicar subestimação da capacidade instalada de profissionais do local ou problemas no sistema de informação no que se refere ao registro dos procedimentos realizados. Além deste, estiveram entre os que apresentaram menor discrepância entre o potencial e real os distritos Brotas (para consultas médicas e ações de enfermagem) e Cabula-Beiru (para ações odontológicas).

A variação na produtividade entre os distritos também foi observada quando analisada a atividade dos agentes comunitários de saúde (ACS), (Tabela 12). No município, o número de ACS por 1000 habitantes era 0,6, sendo que cada um realizou em média 1.017 procedimentos em 2007, o que corresponde à concentração de 0,57 procedimentos por habitante. Essa concentração sobe para 0,73 por habitante quando considerada apenas a população que usa exclusivamente o SUS. Entretanto, quando se analisa o realizado por distrito sanitário, observa-se grande variação. Para as referidas ações, o Centro Histórico foi o distrito com maior produtividade (2.893 por ACS), seguido por Brotas (1.907 por ACS) e Liberdade (1.797 por ACS). Os distritos com menor produtividade foram Barra-Rio Vermelho (674 por ACS), Cajazeiras (557 por ACS) e Cabula-Beiru (545 por ACS). As

maiores concentrações de procedimentos por habitante foram apresentadas pelos distritos Liberdade (1,42), Brotas (0,86) e Subúrbio (0,84), enquanto as menores concentrações foram apresentadas por Cabula-Beiru (0,22), Pau da Lima (0,29) e Barra-Rio Vermelho (0,32), (Tabela 12).

Acrescentando as ações realizadas por serviços federais, estaduais e privados conveniados ao SUS ao produzido pela rede própria municipal, observa-se que os padrões ministeriais para as ações médicas, de enfermagem e odontológica não foram alcançados no período de 2000 a 2007. Verifica-se, analisando a evolução da série temporal, que as consultas médicas tiveram expansão até 2003 quando se inicia uma tendência de declínio (Gráfico 25). Quanto aos atendimentos odontológicos, houve progressiva redução das primeiras consultas odontológicas (Gráfico 26), grande elevação das atividades coletivas (Gráfico 28) e estabilização dos demais procedimentos básicos de odontologia. Já as ações de enfermagem apresentaram tendência crescente no período, dada à progressiva elevação da produção da rede própria municipal (Gráfico 29).

Percebe-se que as ações de enfermagem são as únicas ações com tendência de crescimento clara no período, visto que as consultas médicas e atendimentos odontológicos apresentam grande variabilidade. Isto possivelmente relaciona-se com a precarização dos vínculos dos profissionais e a existência de maiores oportunidades para médicos e odontólogos no mercado privado, enquanto para os enfermeiros o serviço público tem sido significativo campo de trabalho.

Considerando todos os prestadores do SUS, a cobertura real de consultas médicas básicas por habitante variou de 51,2%, em 2000, para 55,2%, em 2007, de acordo com o padrão ministerial e de 33,9% (2000) para 36,5% (2007) de acordo com o padrão de necessidades mínimas estimadas, o que representou a concentração por habitante de 0,77 em 2000 e 0,83 em 2007, um aumento de 7,8% (Tabela 13, Gráfico 25). Ainda comparando-se o

primeiro e o último ano do período estudado, observa-se que apenas a rede municipal aumentou a concentração de procedimentos por habitante (39,5%), os demais prestadores diminuíram a participação, principalmente os privados lucrativos e filantrópicos que somados reduziram 44,1%. A redução destes prestadores iniciou em 2004 e manteve a tendência de declínio nos anos posteriores (Tabela 14).

Para os usuários sem plano de saúde, observamos que, em 2007, a concentração de consultas por habitante foi 1,06, o que corresponde à cobertura de 70,8% de acordo com o padrão proposto pela portaria 91/GM (2007) e 46,8% de acordo com o padrão de necessidades mínimas de consultas médicas (Tabela 15).

No que se refere às ações de enfermagem realizadas por todos os prestadores, verifica-se que estas obtiveram aumento de 58,5% entre o primeiro e último ano da série estudada. No ano 2000 foram realizados 1,23 procedimentos por habitante e houve aumento para 1,95 em 2007 (Tabela 16, Gráfico 29). A série temporal das ações enfermagem é ascendente no período, apesar de ter sofrido redução dos prestadores estaduais (14,3%), privados lucrativos (60%) e filantrópicos (33,3%), isto porque os prestadores municipais aumentaram progressivamente sua contribuição (81,7%), (Tabela 17). Considerando os usuários que usam exclusivamente o SUS, a concentração das ações de enfermagem por habitante variou de 1,61 em 2000 para 2,51 em 2007, o que representa um crescimento de 55,9% (Tabela 18).

A proporção de primeira consulta odontológica passou de 0,10 consultas por habitante, em 2000, para 0,06 em 2007, revelando redução de 40% (Tabela 19, Gráfico 26). Este é um importante indicador que aponta para a diminuição progressiva no atendimento de novos casos, isto é, houve redução da cobertura real. Observa-se que este declínio foi gradual entre 2000 e 2005 e esta tendência foi verificada em todos os prestadores, sendo que os privados lucrativos não realizaram mais estas consultas a partir de 2005 e os federais não as executaram em 2007. A contribuição dos prestadores municipais mudou a tendência de queda

em 2006, crescendo 40%, mas não conseguiu superar a concentração por habitante do ano 2000 (0,10), (Tabela 20).

Contrariamente, as ações coletivas em odontologia aumentaram 160%, passando de 0,05, em 2000, para 0,13 por habitante em 2007. Observa-se que há grande elevação destas ações em 2003 e 2004 provavelmente relacionada ao início da expansão do PSF no município, porém, em 2005 essas ações sofreram redução. Após suavização da curva pelas médias móveis observa-se o progressivo crescimento e tendência à estabilidade nos últimos anos (Gráfico 27).

Já as demais ações básicas odontológicas obtiveram aumento de 20,0%, passando de 0,20 procedimentos por habitante, em 2000, para 0,24 em 2007, revelando ainda uma concentração bastante afastada do preconizado pelo Ministério (2,5 por habitante), (Tabela 21, Gráfico 28). Verifica-se na série dois picos de maior concentração de procedimentos por habitante, o primeiro em 2003 (0,39/hab) e o segundo em 2006 (0,36/hab). Contudo, após a suavização da curva pelas médias móveis, verifica-se que a tendência é de estabilidade com leve declínio nos últimos anos. Isto está relacionado à redução de todos os prestadores na concentração de procedimentos por habitante entre 2000 e 2007, exceto o municipal que aumentou 35,7%.

Considerando-se apenas a rede própria municipal, observa-se que a cobertura real de consultas médicas apresentou aumento até o ano de 2003, quando foi estimada em 59,3% de acordo com o padrão ministerial e 39,2% de acordo com o padrão de necessidades mínimas (Tabela 22, Gráfico 30). É provável que essa elevação esteja relacionada ao início da expansão do PSF no município, visto que, em relação a 2000, no ano de 2003 houve ampliação da cobertura do programa em 157,0%, como o acréscimo de 20 equipes. Porém, a cobertura real declina a partir de 2004 mantendo esta tendência até 2007, enquanto a cobertura do PSF expande-se com maior intensidade, implantando mais 84 equipes, elevando

a cobertura populacional de 4,3% (2003) para 13,7% (2007). Dados que mais uma vez apontam para as dificuldades de implantação do PSF no município (Tabela 23).

A análise por distrito sanitário da concentração das ações selecionadas por habitante, para todos os prestadores SUS, confirma que estas não são distribuídas de forma homogênea nos doze distritos sanitários do município. Observa-se que apenas os distritos Barra-Rio Vermelho, Boca do Rio, Liberdade e São Caetano apresentaram elevação de consultas médicas comparando-se os anos de 2004 e 2007, enquanto os demais apresentaram redução (Tabela 24). Também para as ações de enfermagem, apenas esses distritos e o Centro Histórico aumentaram a concentração (Tabela 25). Já para as ações de odontologia, apresentaram aumento apenas Cajazeiras e Liberdade (Tabela 26).

O destaque para todas as ações permanece no distrito Centro Histórico, por apresentar concentrações superiores às médias municipais, 3,00 consultas médicas por habitante; 3,85 ações de enfermagem; 0,96 procedimentos básicos de odontologia e 0,26 primeira consulta odontológica. Isto pode ser justificado por tratar-se do distrito com menor número de habitantes no município e por apresentar, em seu território, prestadores de serviços ambulatoriais de referência como dois hospitais filantrópicos, uma maternidade estadual e um centro de especialidades municipal.

Analisando a evolução das consultas médicas entre 2004 e 2007, verifica-se que a tendência, na maioria dos distritos, foi de progressivo declínio (Tabela 24). Contudo, os distritos Barra-Rio Vermelho e Liberdade apresentaram trajetória semelhante, pois elevaram a concentração de consultas em 2005, mantendo o patamar em 2006 e em 2007 apresentaram redução significativa. Já os distritos Boca do Rio e São Caetano, apresentaram aumento em 2005, mas não conseguiram manter o patamar e reduziram a concentração dos anos seguintes. O que indica que houve um esforço de aumento da cobertura real em alguns distritos, entretanto, principalmente em 2007, este não se manteve, provocando recuo da oferta.

Ainda com relação às consultas médicas, comparando os anos 2004 e 2007, verifica-se que apenas dois distritos sanitários apresentaram aumento significativo, Boca do Rio (64,9%) e Liberdade (25,0%), enquanto oito distritos apresentaram diminuição. As reduções mais acentuadas obtiveram Cabula-Beiru (55,2%), Subúrbio Ferroviário (54,0%), Pau da Lima (50,8%) e Brotas (45,8%). Apresentaram valores acima da média municipal, em 2007, além do Centro Histórico, os distritos Itapagipe (1,21/habitante) e Itapuã (0,96/habitante). Apesar da média municipal de 0,83 por habitante, três distritos apresentaram concentrações muito inferiores, Pau da Lima (0,30), Cabula-Beiru (0,39) e Cajazeiras (0,39), (Tabela 24).

Quanto às ações de enfermagem, a evolução da série mostra que apenas o distrito Liberdade apresentou trajetória ascendente em todo o período. Já os distritos Barra, Boca do Rio, São Caetano e Subúrbio aumentaram a concentração em 2005 e 2006, mas reduziram em 2007, enquanto os demais apresentaram tendência variável. Em 2007 apenas Itapagipe apresentou aumento em relação ao ano de 2006, já o distrito Cajazeiras permaneceu estável e os demais reduziram a concentração, revelando retração no oferecimento dessas ações em 2007 (Tabela 25).

Os distritos que apresentaram as menores concentrações de ações de enfermagem (Tabela 17) foram Cabula-Beiru (1,04) e Cajazeiras (1,07), sendo que a média municipal foi 1,89. Acima desta média estiveram os distritos Liberdade (4,34), Boca do Rio (3,20) e Itapuã (1,97). Os distritos que apresentaram maior elevação na concentração dos procedimentos básicos de enfermagem, entre 2004 e 2007, foram Barra-Rio Vermelho (97,8%), Liberdade (73,6%) e Boca do Rio (69,3%). Os demais distritos reduziram, sendo as reduções mais significativas no Subúrbio/Ferroviário (36,3%) e Itapagipe (25,5%).

Quanto aos procedimentos odontológicos (Tabela 26 e 27), a análise da série temporal revela que apenas os distritos Centro Histórico e Liberdade apresentaram tendência de

aumento no período de 2004 a 2007, visto que os demais apresentaram uma trajetória de declínio ou de estabilidade.

Os distritos, de modo geral, apresentaram baixas concentrações dos procedimentos odontológicos, com destaque para Cabula-Beiru (0,14 por habitante), Pau da Lima (0,06 por habitante), Brotas (0,08 por habitante) e Cajazeiras (0,10 por habitante). Os três últimos, juntamente com Itapuã, apresentaram também as menores concentrações de primeira consulta odontológica (Tabela 19), Pau da Lima (0,01), Cajazeiras (0,02), Brotas (0,02) e Itapuã (0,02). As maiores concentrações de ações odontológicas, além do Centro Histórico, apresentaram os distritos Barra-Rio Vermelho (0,45) e Liberdade (0,39) e de consultas odontológicas Itapagipe (0,14) e Cabula-Beiru (0,10).

Outros estudos também indicam problemas na organização dos serviços de atenção básica em grandes centros urbanos, expressos nas dificuldades de expansão e implantação do PSF (Facchini et al, 2008; Viana et al, 2006 e Pereira, 2006). Os principais obstáculos estão relacionados com a resistência corporativa de estruturas tradicionais às mudanças nos processos de trabalho, o sucateamento de estruturas físicas e de recursos humanos, (Cordeiro et al, 2008), além da existência de extensa rede privada que compete com a mudança no modelo de atenção ao reforçar o modelo hegemônico.

Dessa forma, o PSF tem encontrado dificuldades na mudança do modelo assistencial (Henrique e Calvo, 2008), visto que muitas vezes o modelo individual curativo tem se perpetuado (Ronzani e Stralen, 2003), apresentando desempenho semelhante ao modelo tradicional no que se refere à acessibilidade e porta de entrada (Ibañez et al., 2006).

Entretanto, não têm sido relatados na literatura problemas de estagnação da utilização de serviços concomitante à expansão do programa de saúde da família. Contrariamente, diversos estudos que buscaram avaliar a atenção básica comparando a atuação das unidades de saúde da família com aquelas tradicionais têm observado que o PSF possui maior oferta de

ações e serviços de saúde (Fachini et al, 2006) e apresenta melhores resultados (Elias et al, 2006), visto que estabelece maior vínculo com a comunidade (Ibañez et al., 2006).

Observa-se, portanto, que em Salvador os obstáculos relacionados com a complexidade da gestão da atenção básica em município de grande porte não têm sido enfrentados de forma satisfatória de forma a ampliar o acesso ao grande contingente populacional que necessita de atendimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação reuniu evidências que apontam para a insuficiência das ações básicas de saúde em Salvador expressa nas baixas coberturas dos serviços. Há deficiente oferta de recursos humanos, problemas na gestão da carga horária dos profissionais disponíveis - revelada na diferença entre cobertura potencial e real - além de distribuição territorial desigual na oferta e utilização de serviços.

Apenas as ações de enfermagem apresentaram clara expansão no período, enquanto as ações médicas e odontológicas demonstraram grande variabilidade, inclusive com tendência de declínio, apesar do percentual de redução ter diminuído nos últimos anos. A situação observada está relacionada com a pequena expansão da cobertura do PSF, além da redução da participação dos serviços não municipais nas ações básicas. Dessa forma, os resultados alcançados impediram que os padrões ministeriais para as necessidades de consultas e procedimentos por habitante fossem atingidos no período estudado.

No que se refere à rede assistencial do município de Salvador, verifica-se que apesar de ter ocorrido redução do número de unidades básicas tradicionais e aumentado o das unidades de saúde da família no município, a cobertura do programa de saúde da família permanece baixa (13,7%) principalmente quando comparada a outras capitais brasileiras de equivalente porte populacional como Fortaleza, que em dezembro de 2007 apresentava cobertura populacional de 35,1%, e Belo Horizonte com 69,6% no mesmo período (Brasil, 2007).

Além da baixa cobertura, observa-se que as unidades de saúde da família não têm apresentado, em conjunto, aumento no número de ações básicas concomitante à elevação do número de equipes e unidades, o que tem revelado problemas de gestão na mudança do modelo assistencial.

A utilização de indicadores de cobertura no presente estudo revelou a sua importância como ferramenta na avaliação da atenção básica, por referir-se a um território e sua população, permitindo o acompanhamento da evolução das ações de saúde ao longo do tempo. Além de sinalizar para a existência de obstáculos e dificuldades no funcionamento de determinadas ações em distritos sanitários.

Contudo, possuem a limitação de não conseguirem expressar mudanças no modelo assistencial, como a organização da oferta, equiparando ações realizadas com distinta qualidade e efetividade. Portanto, a avaliação da cobertura precisa ser acompanhada de estudos que investiguem os processos de trabalho em que as ações são realizadas, além de ser necessária a construção de indicadores que busquem estimar o nível de mudança de modelo assistencial.

Além disso, considerando-se que existem diversos fatores que influenciam o uso, como idade mais alta, sexo feminino, maior escolaridade, além de hábitos de vida e condições de saúde (Lima Costa e Loyola Filho, 2008), sabe-se que a estimativa da utilização de serviços a partir de registros de procedimentos realizados não consegue captar essas diferenças, visto que não separa a parcela da população que não faz uso dos serviços, da parcela que utiliza muitas vezes.

A metodologia deste estudo baseou-se na utilização de dados secundários do sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) que mesmo possuindo a limitação de seguir a lógica de atendimento à demanda espontânea, tendo sido implantado em contexto relacionado à remuneração dos serviços por procedimento, revelou-se uma importante

ferramenta na construção de indicadores de cobertura, por fornecer características da oferta e utilização de serviços. Diversos estudos com dados secundários dos sistemas de informação em saúde apontam para a potencialidade dos mesmos, inclusive no conhecimento da necessidade de ampliação da oferta de serviços e outras informações para a gestão dos serviços (Medeiros et al, 2005; Pereira, 2006; Da Silva e Laprega, 2005).

Também foram utilizados padrões ministeriais como parte da metodologia desta avaliação. O padrão do ministério que recomenda a média para o Brasil de 1,50 consultas médicas básicas por habitante por ano foi considerado inadequado por subestimar as necessidades de consultas visto que, quando realizada a estimativa da necessidade de consultas a partir dos grupos prioritários e faixas etárias específicas ainda de acordo com os padrões ministeriais, obteve-se o número mínimo de 2,27 consultas por habitante para o município estudado. Recomenda-se, para aperfeiçoar o indicador das necessidades de consultas, a realização de estudos epidemiológicos que aproximem o padrão da situação de saúde do território, além da atualização do número de consultas necessários para cada agravo de acordo com consensos de especialistas. Dessa forma, percebe-se a importância da adequação do padrão de consultas à população de um território específico.

Além disso, precisam ser discutidos os padrões para cálculo da cobertura potencial de forma que seja possível a gestão da carga horária das equipes de profissionais, sem significar a perda da autonomia dos mesmos e excessivo controle de “tempos e movimentos” em uma perspectiva *taylorista*. A ausência de parâmetros definidores do tempo destinado ao planejamento das ações, atividades externas e ambulatoriais dificultam o monitoramento da capacidade de atendimento da rede assistencial, fundamental para a programação das ações de saúde a serem realizadas.

Diante dos resultados encontrados neste trabalho, recomenda-se que os gestores do município de Salvador analisem as diferenças encontradas entre as coberturas potencial e real

buscando solucionar os problemas que têm levado à subutilização dos recursos humanos. Além disso, é preciso buscar suprir o déficit de profissionais observado nos distritos, priorizando os que apresentam menor cobertura potencial. Outro aspecto a ser verificado é a razão de procedimentos por agente comunitário de saúde visto que a grande variabilidade encontrada entre os distritos pode indicar diversidade na produtividade dos mesmos ou problemas nos sistemas de informação.

No que se refere ao acompanhamento da cobertura potencial, recomenda-se que sejam armazenadas pelo município as informações sobre os recursos humanos por um período de tempo mais longo, visto que atualmente o sistema fornece apenas dados atualizados diariamente, impedindo a análise da série histórica, dificultando a programação de ações futuras a partir do que foi realizado em anos anteriores.

Por fim, embora a avaliação da cobertura assistencial seja uma das mais simples e elementares aferições, possuindo todos os problemas mencionados, esta possui o mérito de direcionar o gestor a pensar no território e na população, nos seus problemas e necessidades de saúde.

Tabela 1. Número de profissionais médicos¹, enfermeiros e odontólogos da rede própria municipal e concentração por mil habitantes, por distrito sanitário. Salvador, Bahia, 2007*.

Distrito Sanitário	População Salvador	Nº médicos ¹	Médicos/1000 habitantes	Nº enfermeiros	Enfermeiros/1000 habitantes	Nº de Odontólogos	Odontólogos/ 1000 habitantes
Barra – Rio Vermelho	356.457	66	0,2	84	0,2	38	0,1
Boca do Rio	128.179	15	0,1	25	0,2	7	0,1
Brotas	249.816	29	0,1	31	0,1	36	0,1
Cabula – Beiru	413.141	84	0,2	83	0,2	34	0,1
Cajazeiras	183.203	25	0,1	26	0,1	13	0,1
Centro Histórico	68.847	51	0,7	39	0,6	46	0,7
Itapagipe	169.422	34	0,2	39	0,2	12	0,1
Itapuã	216.903	88	0,4	69	0,3	33	0,2
Liberdade	170.700	78	0,5	49	0,3	32	0,2
Pau da Lima	337.055	74	0,2	53	0,2	19	0,1
São Caetano – Valéria	257.968	45	0,2	51	0,2	21	0,1
Subúrbio Ferroviário	340.934	88	0,3	89	0,3	54	0,2
Total	2.892.625	677	0,2	638	0,2	345	0,1

Fonte: IBGE; CDRH-SMS (Salvador, 2007).

¹ Considerados os profissionais médicos das especialidades básicas: saúde da família, clínica médica, pediatria e ginecologia.

*Informações fornecidas pela Coordenadoria de Recursos Humanos de Salvador (2007).

Tabela 2. Estimativa da carga horária anual necessária¹ para atingir os padrões de consultas médicas e ações básicas Odontológicas², carga horária disponível³, déficit de carga horária e número de profissionais médicos e odontólogos de 40 horas semanais necessários* para suprir necessidade de profissionais na rede própria municipal. Salvador, 2007.

Distrito Sanitário	Médicos				Odontólogos			
	Carga horária necessária	Carga horária disponível	Déficit de carga horária	Déficit profissionais 40h	Carga horária necessária	Carga horária disponível	Déficit de carga horária	Déficit profissionais 40h
Barra – Rio Vermelho	133.671	70.928	62.743	35,6	332.693	5.632	327.061	185,8
Boca do Rio	48.067	17.600	30.467	17,3	119.634	4.268	115.366	65,5
Brotas	93.681	29.480	64.201	36,5	233.162	5.544	227.618	129,3
Cabula – Beiru	154.928	106.480	48.448	27,5	385.598	5.456	380.142	216,0
Cajazeiras	68.701	35.200	33.501	19,0	170.989	4.532	166.457	94,6
Centro Histórico	25.818	51.480	-25.662	-14,6	64.257	5.984	58.273	33,1
Itapagipe	63.533	36.080	27.453	15,6	158.127	4.488	153.639	87,3
Itapuã	81.339	99.000	-17.661	-10,0	202.443	5.412	197.031	111,9
Liberdade	64.013	99.220	-35.208	-20,0	159.320	5.368	153.952	87,5
Pau da Lima	126.396	103.400	22.996	13,1	314.585	4.796	309.789	176,0
São Caetano-Valéria	96.738	60.280	36.458	20,7	240.770	3.564	237.206	134,8
Subúrbio Ferroviário	127.850	109.120	18.730	10,6	318.205	6.336	311.869	177,2
Total	1.084.734	818.268	266.466	151,4	3.673.424	61.380	3.612.044	2052,3

Fonte: CDRH-SMS-Salvador (2007).

¹ Carga horária anual necessária: Número de consultas médicas necessárias (padrão 1,50)/4 consultas/hora ;
Número de procedimentos odontológicos necessários (padrão 2,80)/3 procedimentos/hora

² Padrões de 1,50 consultas médicas básicas por habitante/ano e 2,80 procedimentos odontológicos por habitante/ano, Portaria nº 91 GM (2007).

³ Soma da carga horária anual dos profissionais contratados pela rede própria municipal.

* Déficit da carga horária calculado da seguinte forma: déficit de carga horária/(40 h x 4 semanas x 11 meses).

Tabela 3. Número de unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF) da rede própria municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2004-2007.

Distrito Sanitário	2004		2005		2006		2007	
	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF
Barra – Rio Vermelho	6	3	6	3	6	3	6	3
Boca do Rio	3	0	3	0	3	0	3	0
Brotas	4	1	4	1	4	1	4	1
Cabula – Beiru	14	0	13	1	12	2	12	2
Cajazeiras	3	3	2	4	2	4	1	4
Centro Histórico	6	0	6	0	6	0	6	1
Itapagipe	2	2	2	2	2	2	2	2
Itapuã	4	2	4	2	4	2	4	2
Liberdade	2	1	2	1	2	1	2	2
Pau da Lima	8	0	7	1	7	1	7	1
São Caetano – Valéria	5	3	3	5	3	5	3	6
Subúrbio Ferroviário	2	9	2	13	2	13	2	14
Total	59	24	54	33	53	34	52	38

Fonte: IBGE; TABWIN/ASTEC-SMS; CDRH-SMS (Salvador, 2007).

Tabela 4. Concentração consultas médicas básicas por habitante em unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF) da rede própria municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2004 a 2007.

Distrito Sanitário	2004		2005		2006		2007	
	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF
Barra – Rio Vermelho	0,26	0,05	0,56	0,09	0,59	0,08	0,40	0,05
Boca do Rio	0,37	0,00	0,90	0,00	0,79	0,00	0,61	0,00
Brotas	0,38	0,02	0,28	0,02	0,26	0,02	0,18	0,03
Cabula – Beiru	0,85	0,00	0,77	0,02	0,70	0,03	0,30	0,02
Cajazeiras	0,11	0,12	0,18	0,10	0,15	0,11	0,13	0,09
Centro	1,66	0,00	1,50	0,00	1,55	0,00	1,49	0,04
Itapagipe	0,25	0,12	0,19	0,10	0,15	0,08	0,20	0,10
Itapuã	0,46	0,05	0,47	0,07	0,39	0,08	0,32	0,04
Liberdade	0,16	0,09	0,36	0,07	0,42	0,07	0,29	0,10
Pau da Lima	0,30	0,00	0,21	0,04	0,19	0,03	0,13	0,02
São Caetano – Valéria	0,19	0,14	0,19	0,15	0,14	0,16	0,12	0,14
Subúrbio Ferroviário	0,41	0,39	0,14	0,28	0,13	0,34	0,09	0,28
TOTAL	0,41	0,09	0,42	0,09	0,39	0,10	0,29	0,09

Fonte: IBGE; ASTEC-SMS (Salvador, 2004-2007).

Tabela 5. Concentração ações básicas de enfermagem por habitante em unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF) da rede própria municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2004 a 2007.

Distrito Sanitário	2004		2005		2006		2007	
	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF
Barra – Rio Vermelho	0,57	0,14	1,81	0,33	1,93	0,26	1,39	0,06
Boca do Rio	1,89	0,00	3,20	0,00	3,38	0,00	3,20	0,00
Brotas	0,89	0,20	0,94	0,18	1,41	0,16	1,14	0,08
Cabula – Beiru	1,22	0,00	1,19	0,05	1,14	0,20	0,73	0,18
Cajazeiras	0,56	0,63	0,56	0,49	0,43	0,56	0,35	0,24
Centro Histórico	1,60	0,00	1,55	0,00	3,66	0,00	3,26	0,20
Itapagipe	1,17	0,47	1,02	0,48	0,28	0,32	0,62	0,21
Itapuã	1,24	0,21	1,27	0,42	1,22	0,35	1,28	0,30
Liberdade	0,67	0,44	0,93	0,31	1,36	0,28	1,00	0,41
Pau da Lima	1,30	0,00	1,01	0,17	1,06	0,14	0,76	0,08
São Caetano – Valéria	0,49	0,60	0,48	0,81	0,58	0,85	0,50	0,60
Subúrbio Ferroviário	0,32	1,40	0,23	1,50	0,27	1,42	0,25	0,89
Total	0,90	0,37	1,09	0,45	1,19	0,44	1,04	0,31

Fonte: IBGE; ASTEC-SMS (Salvador, 2004-2007).

Tabela 6. Concentração procedimentos básicos odontológicos¹ por habitante em unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF) da rede própria municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2004 a 2007.

Distrito Sanitário	2004		2005		2006		2007	
	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF
Barra – Rio Vermelho	0,16	0,05	0,13	0,07	0,14	0,09	0,13	0,03
Boca do Rio	0,04	0,00	0,10	0,00	0,18	0,00	0,15	0,00
Brotas	0,27	0,06	0,17	0,07	0,14	0,02	0,07	0,02
Cabula – Beiru	0,15	0,00	0,19	0,02	0,20	0,03	0,13	0,01
Cajazeiras	0,07	0,25	0,14	0,22	0,02	0,08	0,04	0,10
Centro Histórico	1,25	0,00	5,84	0,00	0,78	0,00	0,82	0,13
Itapagipe	0,14	0,11	0,14	0,12	0,11	0,06	0,10	0,05
Itapuã	0,18	0,01	0,06	0,06	0,13	0,05	0,16	0,03
Liberdade	0,14	0,01	0,24	0,02	0,11	0,02	0,10	0,03
Pau da Lima	0,16	0,00	0,12	0,02	0,08	0,02	0,05	0,01
São Caetano-Valéria	0,13	0,05	0,05	0,06	0,05	0,06	0,02	0,07
Subúrbio Ferroviário	0,04	0,23	0,02	0,19	0,02	0,18	0,04	0,12
Total	0,17	0,07	0,27	0,07	0,13	0,06	0,11	0,05

Fonte: IBGE; ASTEC-SMS (Salvador, 2004-2007).

¹ Procedimentos do grupo 03 da Tabela SIA/SUS, inclusive primeira consulta odontológica, exceto ações coletivas.

Tabela 7. População, produção potencial de consultas médicas básicas por ano na rede própria de serviços do município, cobertura potencial, consultas médicas básicas realizadas em 2007 e cobertura real*, por distrito sanitário. Salvador, Bahia (2007).¹

Distrito Sanitário	População	Consultas Potenciais ²	Cobertura Potencial	Consultas Realizadas	Cobertura Real*	Δ % Cobertura potencial - Cobertura real
Barra - Rio Vermelho	356.457	283.712	53,1	160.204	30,0	23,1
Boca do Rio	128.179	70.400	36,6	78.223	40,7	-4,1
Brotas	249.816	117.920	31,5	67.146	17,9	13,6
Cabula – Beiru	413.141	425.920	68,7	129.805	20,9	47,8
Cajazeiras	183.203	140.800	51,2	40.853	14,9	36,3
Centro Histórico	68.847	205.920	199,4	129.246	125,2	74,2
Itapagipe	169.422	144.320	56,8	52.330	20,6	36,2
Itapuã	216.903	396.000	121,7	84.343	25,9	95,8
Liberdade	170.700	396.880	155,0	128.986	50,4	104,6
Pau da Lima	337.055	413.600	81,8	48.275	9,5	72,3
São Caetano – Valéria	257.968	241.120	62,3	67.099	17,3	45,0
Subúrbio Ferroviário	340.934	436.480	85,3	130.511	25,5	59,8
Total	2.892.625	3.273.072	75,4	1.117.021	25,7	49,7

Fonte: IBGE; ASTEC-SMS; CDRH-SMS (Salvador, 2008).

* Padrão ministerial 1,50 consultas/habitante (Portaria nº 91/GM – 2007).

¹ Dados referentes a profissionais e produção ambulatorial da rede própria de serviços do município.

² Cálculo da carga horária anual multiplicada por 4 (padrão de consultas por hora de acordo com o Pacto de Gestão (Brasil,2006)).

Tabela 8. População que usa exclusivamente o SUS, produção potencial de consultas médicas por ano, cobertura potencial, consultas médicas básicas realizadas em 2007 pela rede própria municipal e cobertura real, por distrito sanitário. Salvador, Bahia (2007).¹

Distrito Sanitário	Nº Habitantes		Cobertura Potencial	Consultas Realizadas	Cobertura Real*	Δ % Cobertura potencial - Cobertura real
	Exclusivo SUS	Consultas Potenciais ²				
Barra – Rio Vermelho	277.823	283.712	68,1	160.204	38,4	29,7
Boca do Rio	99.903	70.400	47,0	78.223	52,2	-5,2
Brotas	194.707	117.920	40,4	67.146	23,0	17,4
Cabula – Beiru	322.002	425.920	88,2	129.805	26,9	61,3
Cajazeiras	142.788	140.800	65,7	40.853	19,1	46,6
Centro Histórico	53.659	205.920	255,8	129.246	160,6	95,2
Itapagipe	132.048	144.320	72,9	52.330	26,4	46,5
Itapuã	169.054	396.000	156,2	84.343	33,3	122,9
Liberdade	133.044	396.880	198,9	128.986	64,6	134,3
Pau da Lima	262.701	413.600	105,0	48.275	12,3	92,7
São Caetano – Valéria	201.060	241.120	79,9	67.099	22,2	57,7
Subúrbio Ferroviário	265.724	436.480	109,5	130.511	32,7	76,8
Total	2.254.513	3.273.072	96,8	1.117.021	33,0	63,8

Fonte: IBGE; ASTEC-SMS; CDRH-SMS (Salvador, 2008).

* Padrão ministerial 1,50 consultas/habitante.

¹ Dados referentes a profissionais e produção ambulatorial da rede própria de serviços do município.

² Cálculo da carga horária anual multiplicada por 4 (padrão de consultas por hora de acordo com o Pacto de Gestão (Brasil,2006)).

Tabela 9. População, produção potencial¹ de procedimentos odontológicos², cobertura potencial³, procedimentos realizados em 2007 pela rede própria municipal e cobertura real, por distrito sanitário. Salvador, Bahia (2007).

Distrito Sanitário	População	Produção Potencial ²	Cobertura Potencial	Produção Realizada	Cobertura Real	Δ % Cobertura potencial - cobertura real
Barra – Rio Vermelho	356.457	233.640	18,7	73.626	5,9	12,8
Boca do Rio	128.179	47.520	10,6	24.798	5,5	5,1
Brotas	249.816	182.160	20,8	22.380	2,6	18,3
Cabula – Beiru	413.141	153.780	10,6	97.444	6,7	3,9
Cajazeiras	183.203	87.120	13,6	21.460	3,3	10,2
Centro Histórico	68.847	243.540	101,1	82.955	34,4	66,6
Itapagipe	169.422	71.280	12,0	27.382	4,6	7,4
Itapuã	216.903	170.280	22,4	47.499	6,3	16,2
Liberdade	170.700	162.360	27,2	79.839	13,4	13,8
Pau da Lima	337.055	97.020	8,2	25.186	2,1	6,1
São Caetano – Valéria	257.968	146.520	16,2	28.251	3,1	13,1
Subúrbio Ferroviário	340.934	336.600	28,2	79.924	6,7	21,5
Total	2.892.625	1.931.820	19,1	610.744	6,0	13,0

Fonte: IBGE; ASTEC-SMS; CDRH-SMS (Salvador, 2008).

¹ Cálculo da carga horária anual disponível na rede própria municipal, multiplicada por 3 (padrão de procedimentos por hora de acordo com o Pacto de Gestão (Brasil,2006)).

² Consideradas as ações básicas de odontologia e primeira consulta odontológica.

³ De acordo com o padrão ministerial de 2,80 procedimentos por habitante (0,30 primeira consulta odontológica e 2,50 ações básicas – portaria nº 91GM/2007).

Tabela 10. População que usa exclusivamente o SUS*, produção potencial¹ de ações básicas em odontologia¹, cobertura potencial, procedimentos realizados em 2007 pela rede própria municipal e cobertura real, por distrito sanitário. Salvador, Bahia (2007).¹

Distrito Sanitário	Nº Habitantes		Cobertura Potencial	Produção Realizada	Cobertura Real	Δ % Cobertura potencial - cobertura real
	Exclusivo SUS	Produção Potencial ²				
Barra – Rio Vermelho	277.823	233.640	24,0	73.626	7,6	16,5
Boca do Rio	99.903	47.520	13,6	24.798	7,1	6,5
Brotas	194.707	182.160	26,7	22.380	3,3	23,4
Cabula – Beiru	322.002	153.780	13,6	97.444	8,6	5,0
Cajazeiras	142.788	87.120	17,4	21.460	4,3	13,1
Centro Histórico	53.659	243.540	129,7	82.955	44,2	85,5
Itapagipe	132.048	71.280	15,4	27.382	5,9	9,5
Itapuã	169.054	170.280	28,8	47.499	8,0	20,8
Liberdade	133.044	162.360	34,9	79.839	17,1	17,7
Pau da Lima	262.701	97.020	10,6	25.186	2,7	7,8
São Caetano – Valéria	201.060	146.520	20,8	28.251	4,0	16,8
Subúrbio Ferroviário	265.724	336.600	36,2	79.924	8,6	27,6
Total	2.254.513	1.931.820	24,5	610.744	7,7	16,7

Fonte: IBGE; ASTEC-SMS; CDRH-SMS (Salvador, 2008).

* Subtraído da população total o número de beneficiários de planos de saúde.

¹ Cálculo da carga horária anual disponível na rede própria municipal multiplicada por 3 (padrão de procedimentos por hora de acordo com o Pacto de Gestão (Brasil,2006)).

² Consideradas as ações básicas de odontologia e primeira consulta odontológica.

³ De acordo com o padrão ministerial de 2,80 procedimentos por habitante (0,30 primeira consulta odontológica e 2,50 ações básicas – portaria nº 91GM/2007).

Tabela 11. População, número de profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da rede própria municipal, potencial de procedimentos básicos de enfermagem, concentração de procedimentos potenciais por habitante, procedimentos realizados em 2007, concentração por habitante e diferença entre as concentrações potencial e real. Salvador, 2007.

Distritos Sanitários	População	nº enfermeiros	nº técnicos enfermagem	nº auxiliares enfermagem	Potencial ¹		Realizado ²		Dif. Concentração Potencial - Real
					Procedimentos	c/hab	Procedimentos	c/hab	
Barra - Rio Vermelho	356.457	84	0	179	1.865.160	5,23	418.493	1,17	4,06
Boca do Rio	128.179	25	2	53	597.960	4,67	321.804	2,51	2,15
Brotas	249.816	31	0	59	601.920	2,41	97.640	0,39	2,02
Cabula – Beiru	413.141	83	5	162	1.676.400	4,06	286.134	0,69	3,37
Cajazeiras	183.203	26	1	56	611.820	3,34	107.611	0,59	2,75
Centro Histórico	68.847	39	0	101	892.980	12,97	209.261	3,04	9,93
Itapagipe	169.422	39	0	77	748.440	4,42	71.609	0,42	3,99
Itapuã	216.903	69	0	118	1.197.900	5,52	258.770	1,19	4,33
Liberdade	170.700	49	0	112	1.031.580	6,04	434.201	2,54	3,50
Pau da Lima	337.055	53	0	137	1.209.780	3,59	187.408	0,56	3,03
São Caetano – Valéria	257.968	51	0	125	1.186.020	4,60	113.315	0,44	4,16
Subúrbio Ferroviário	340.934	89	1	177	1.839.420	5,40	167.544	0,49	4,90
Total	2.892.625	638	9	1356	13.459.380	4,65	2.579.063	0,92	3,73

Fonte: IBGE; ASTEC-SMS; CDRH-SMS (Salvador, 2008).

¹ Cálculo da carga horária anual da equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) da rede própria municipal, multiplicada por 3 procedimentos/hora

² Ações básicas de enfermagem exceto as ações realizadas por agentes comunitários de saúde (nº01.023.02-0 – SIA/SUS).

Tabela 12. População, número de agentes comunitários de saúde (ACS) da rede própria municipal, procedimentos realizados¹, concentração de procedimentos por ACS, procedimentos por habitante, procedimentos por habitante que utiliza exclusivamente o SUS e cobertura populacional² dos ACS. Salvador, 2007.

Distritos Sanitários	População	nº ACS	Procedimentos realizados	Procedimento/ACS		Procedimento/habitante exclusivo SUS	Cobertura ² %
				Procedimento/ACS	Procedimento/habitante		
Barra - Rio Vermelho	356.457	170	114.641	674	0,32	0,41	27,4
Boca do Rio	128.179	71	88.497	1.246	0,69	0,89	31,8
Brotas	249.816	113	215.454	1.907	0,86	1,11	26,0
Cabula – Beiru	413.141	165	89.957	545	0,22	0,28	23,0
Cajazeiras	183.203	130	72.359	557	0,39	0,51	40,8
Centro Histórico	68.847	10	28.927	2.893	0,42	0,54	8,4
Itapagipe	169.422	87	72.913	838	0,43	0,55	29,5
Itapuã	216.903	129	143.515	1.113	0,66	0,85	34,2
Liberdade	170.700	135	242.548	1.797	1,42	1,82	45,5
Pau da Lima	337.055	75	98.249	1.310	0,29	0,37	12,8
São Caetano – Valéria	257.968	193	188.444	976	0,73	0,94	43,0
Subúrbio Ferroviário	340.934	336	285.216	849	0,84	1,07	56,7
Total	2.892.625	1.614	1.640.720	1.017	0,57	0,73	32,1

Fonte: IBGE; ASTEC-SMS; CDRH-SMS (Salvador, 2008).

¹ Procedimentos nº 01.023.02-0 (Atividades executadas por agente comunitário saúde)

² Número de ACS x 575/população x 100 (cálculo da cobertura populacional dos agentes comunitários de acordo com ref)

Tabela 13. População, número de consultas médicas nas especialidades básicas realizadas por todos os prestadores SUS*, cobertura real de acordo com padrão ministerial e de acordo com padrão de necessidades, concentração de consultas por habitante e diferença percentual Salvador, 2000-2007.

Ano	População	Nºconsultas	Cobertura Real ¹ (%)	Cobertura Real ² (%)	Consultas/habitante	Diferença %
2000	2.443.107	1.877.755	51,2	33,9	0,77	-
2001	2.485.702	1.892.210	50,8	33,5	0,76	-1,0
2002	2.520.705	2.319.470	61,3	40,5	0,92	20,9
2003	2.556.430	2.924.483	76,3	50,4	1,14	24,3
2004	2.592.239	2.591.047	66,6	44,0	1,00	-12,6
2005	2.673.557	2.526.240	63,0	41,6	0,94	-5,5
2006	2.714.977	2.345.410	57,6	38,1	0,86	-8,6
2007	2.892.625	2.394.596	55,2	36,5	0,83	-4,2

Fonte: DATASUS/SIA-SUS; IBGE (2007).

* Prestadores SUS municipais, estaduais, federais, privados lucrativos e filantrópicos.

¹Considerando o padrão de 1,50 consultas médicas básicas por habitante/ano proposto pela Portaria nº 91 GM (2007)

²Padrão de 2,27 consultas médicas básicas por habitante/ano.

Tabela 14. Concentração de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante, por prestador SUS e diferença percentual entre 2000 e 2007. Salvador, Bahia.

Prestador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Diferença %
Federal/Universitário	0,03	0,02	0,04	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	-33,3
Estadual	0,08	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,05	0,07	-12,5
Municipal	0,38	0,34	0,47	0,69	0,58	0,61	0,58	0,53	39,5
Privado com fins lucrativos	0,15	0,18	0,19	0,20	0,19	0,14	0,12	0,13	-13,3
Privado sem fins lucrativos/Filantrópicos	0,13	0,14	0,16	0,16	0,15	0,12	0,10	0,09	-30,8
TOTAL	0,77	0,76	0,92	1,14	1,00	0,94	0,86	0,83	7,8

Fonte: DATASUS/SIA-SUS 2000-2008.

Tabela 15. População de usuários que utiliza exclusivamente o SUS¹, número de consultas médicas na especialidades básicas para todos os Prestadores SUS, concentração por habitante/ano e diferença percentual* Salvador, Bahia, 2000-2007.

Ano	População exclusivo SUS	Nº consultas	Cobertura real ²	Cobertura real ³	Consultas /hab	Diferença* %
2000	1.864.764	1.877.755	67,1	44,4	1,01	–
2001	1.957.581	1.892.210	64,4	42,6	0,97	-4,0
2002	1.939.768	2.319.470	79,7	52,7	1,20	23,7
2003	1.981.461	2.924.483	98,4	65,0	1,48	23,4
2004	2.015.718	2.591.047	85,7	56,6	1,29	-12,9
2005	2.082.384	2.526.240	80,9	53,4	1,21	-5,6
2006	2.088.163	2.345.410	74,9	49,5	1,12	-7,4
2007	2.254.545	2.394.596	70,8	46,8	1,06	-5,4

Fonte: DATASUS/SIA-SUS; IBGE; ANS.

¹ Subtraídos da população os beneficiários de planos de saúde segundo dados da ANS para cada ano.

*Diferença percentual em relação à concentração de consultas por habitante do ano anterior.

² Padrão de 1,50 consultas por habitante/ano proposto pela Portaria nº 91 GM (2007)

³ Padrão de 2,27 consultas médicas básicas por habitante/ano.

Tabela 16. População, número de ações básicas de enfermagem* realizadas por todos os prestadores do SUS, concentração de ações por habitante e diferença percentual. 2000-2007.

Ano	População	Nº ações de enfermagem	Ações/habitante	Diferença %
2000	2.443.107	3.010.041	1,23	–
2001	2.485.702	4.025.444	1,62	31,4
2002	2.520.705	4.157.095	1,65	1,8
2003	2.556.430	4.695.971	1,84	11,4
2004	2.592.239	4.436.041	1,71	-6,8
2005	2.673.557	5.189.376	1,94	13,4
2006	2.714.977	5.670.039	2,09	7,6
2007	2.892.625	5.650.037	1,95	-6,5

Fonte: DATASUS/SIA-SUS; IBGE.

*Realizadas pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), ações do subgrupo 02, grupo 01, da Tabela SIA/SUS, exceto a ação 01.022.24, e as ações do grupo 04 executadas exclusivamente por enfermeiro(a).

Tabela 17. Concentração de ações básicas de enfermagem¹ por habitante, por prestador e diferença percentual, 2000-2007. Salvador, Bahia.

Prestador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Diferença % 2000-2007
Federal/Universitário	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,04	100,0
Estadual	0,14	0,13	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09	0,12	-14,3
Municipal	0,93	1,26	1,25	1,48	1,44	1,73	1,90	1,69	81,7
Privado com fins lucrativos	0,08	0,10	0,13	0,12	0,09	0,06	0,04	0,05	-60,0
Privado sem fins lucrativos/Filantropicos	0,06	0,11	0,11	0,09	0,05	0,03	0,04	0,04	-33,3
TOTAL	1,23	1,62	1,65	1,84	1,71	1,94	2,09	1,95	36,9

Fonte: DATASUS/SIA-SUS; IBGE (2007).

¹Realizadas pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), ações do subgrupo 02, grupo 01, da Tabela SIA/SUS, exceto a ação 01.022.24, e as ações do grupo 04 executadas exclusivamente por enfermeiro(a).

Tabela 18. População que utiliza exclusivamente o SUS¹, número de ações básicas de enfermagem² realizadas por todos os prestadores SUS, concentração por habitante/ano e diferença percentual*. 2000-2007. Salvador, Bahia.

Ano	População exclusivo SUS	Nº ações de enfermagem	Ações/habitante	Diferença %
2000	1.864.764	3.010.041	1,61	–
2001	1.957.581	4.025.444	2,06	27,4
2002	1.939.768	4.157.095	2,14	4,2
2003	1.981.461	4.695.971	2,37	10,6
2004	2.015.718	4.436.041	2,20	-7,1
2005	2.082.384	5.189.376	2,49	13,2
2006	2.088.163	5.670.039	2,72	9,0
2007	2.254.545	5.650.037	2,51	-7,7

Fonte IBGE, ANS, Datasus/SIA-SUS

¹ Subtraído da população total o número de beneficiários de planos de saúde segundo dados da ANS para cada ano.

² Realizadas pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), ações do subgrupo 02, grupo 01, da Tabela SIA/SUS, exceto a ação 01.022.24, e as ações do grupo 04 executadas exclusivamente por enfermeiro(a).

*Diferença percentual em relação à concentração por habitante do ano anterior.

Tabela 19. Concentração de procedimentos básicos* de odontologia por habitante, segundo grupos de procedimentos. 2000-2007. Salvador, Bahia.

Procedimentos Odontológicos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Diferença % 2000-2007
Preventivos Individuais	0,08	0,08	0,11	0,11	0,11	0,09	0,09	0,09	12,50
Restauradores	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,03	0,05	0,05	25,00
Cirúrgicos	0,06	0,06	0,06	0,07	0,06	0,05	0,06	0,05	-16,67
Periodontais	0,02	0,02	0,04	0,03	0,03	0,04	0,05	0,05	150,00
Total ações básicas odontologia*	0,20	0,20	0,26	0,25	0,24	0,21	0,25	0,24	20,00
Primeira consulta odontológica	0,10	0,09	0,11	0,07	0,06	0,05	0,07	0,06	-40,00
Ações Coletivas	0,05	0,06	0,08	0,15	0,14	0,10	0,11	0,13	160,00

Fonte: SIA/SUS, IBGE (2007).

* Soma dos procedimentos preventivos individuais, restauradores, cirúrgicos e periodontais dividida pelo número de habitantes, de acordo com a portaria nº91/GM (2007).

Tabela 20. Concentração de primeira consulta odontológica por habitante, por prestador de atendimento. 2000-2007. Salvador, Bahia.

Prestadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Diferença (%) 2000-2007
Federal/Universitário	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	-100,0
Estadual	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	-50,0
Municipal	0,06	0,05	0,05	0,04	0,03	0,03	0,05	0,05	-16,7
Privado sem fins lucrativos/Filantropicos	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	-100,0
TOTAL	0,10	0,09	0,08	0,07	0,06	0,05	0,07	0,06	-40,0

Fonte: DATASUS/SIA-SUS; IBGE (2007).

Tabela 21. Concentração de ações básicas em odontologia¹ por prestador de atendimento. 2000-2007. Salvador, Bahia.

Prestadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Diferença (%) 2000-2007
Federal/Universitário	0,02	0,02	0,04	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	50,0
Estadual	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	-50,0
Municipal	0,14	0,14	0,19	0,32	0,18	0,16	0,30	0,19	35,7
Privado com fins lucrativos	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0
Privado sem fins lucrativos/Filantrópicos	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	-50,0
TOTAL	0,20	0,20	0,26	0,39	0,24	0,21	0,36	0,24	20,0

Fonte: SIA/SUS, IBGE (2007).

¹ Procedimentos do grupo 03 da Tabela SIA/SUS, exceto as ações coletivas e primeira consulta odontológica, conforme portaria 91/GM (2007).

Tabela 22. Cobertura real de consultas médicas básicas realizadas pela rede própria municipal de acordo com o padrão ministerial (1,50/habitante/ano) e de acordo com as necessidades mínimas estimadas (2,27/habitante/ano). Salvador, 2000-2007.

Ano	População	nº consultas médicas	Cobertura real padrão 1,50	Cobertura real padrão 2,27	Consulta/habitante
2000	2.443.107	1.197.122	32,7	21,6	0,49
2001	2.485.702	1.093.709	29,3	19,4	0,44
2002	2.520.705	1.537.630	40,7	26,9	0,61
2003	2.556.430	2.275.223	59,3	39,2	0,89
2004	2.592.239	1.918.257	49,3	32,6	0,74
2005	2.673.557	2.085.374	52,0	34,4	0,78
2006	2.714.977	2.036.233	50,0	33,0	0,75
2007	2.892.625	1.938.059	44,7	29,5	0,67

Fonte: Datasus/SIASUS (2000-2007).

Tabela 23. Evolução do número de equipes implantadas, cobertura populacional do programa de saúde da família (PSF) e variação percentual. Salvador, 2000-2007.

Ano	Nº equipes ¹ PSF	Cobertura PSF	Δ % cobertura
2000	11	1,65	0,00
2001	14	1,94	17,58
2002	20	2,78	43,30
2003	31	4,24	52,52
2004	81	10,8	154,72
2005	110	14,2	31,48
2006	115	14,6	2,82
2007	115	13,7	-6,16

Fonte: Ministério da Saúde/DAB (2000-2007).

¹Equipes implantadas.

Tabela 24. Concentração de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante, para todos os prestadores SUS, por distrito sanitário e diferença percentual entre 2004 e 2007. Salvador, 2004 a 2007.

Distrito Sanitário	2004	2005	2006	2007	Diferença % 2004-2007
Barra – Rio Vermelho	0,71	0,95	0,95	0,72	1,4
Boca do Rio	0,37	0,90	0,79	0,61	64,9
Brotas	1,44	1,17	1,02	0,78	-45,8
Cabula – Beiru	0,87	0,78	0,74	0,39	-55,2
Cajazeiras	0,77	0,64	0,50	0,39	-50,6
Centro Histórico	4,02	3,28	3,04	3,00	-25,4
Itapagipe	1,48	1,43	1,10	1,21	-22,3
Itapuã	1,60	1,54	1,41	0,96	-40,0
Liberdade	0,64	1,16	1,16	0,80	25,0
Pau da Lima	0,62	0,61	0,51	0,30	-51,6
São Caetano – Valéria	0,59	0,83	0,67	0,60	1,7
Subúrbio Ferroviário	1,38	0,79	0,71	0,63	-54,0
Total	1,08	1,04	0,93	0,77	-28,7

Fonte: Tabwin/ASTEC/SMS-Salvador; IBGE.

Tabela 25. Concentração de ações básicas de enfermagem por habitante, para todos os prestadores SUS, por distrito sanitário e diferença percentual entre 2004 e 2007. Salvador, 2004-2007.

Distrito	2004	2005	2006	2007	Diferença % 2004-2007
Barra – Rio Vermelho	0,91	2,42	2,68	1,80	97,8
Boca do Rio	1,89	3,20	3,38	3,20	69,3
Brotas	1,73	1,61	1,74	1,33	-23,1
Cabula – Beiru	1,32	1,31	1,40	1,04	-21,2
Cajazeiras	1,32	1,15	1,07	0,65	-18,9
Centro Histórico	2,71	2,19	4,10	3,85	42,1
Itapagipe	2,51	2,21	1,61	1,87	-25,5
Itapuã	2,23	2,32	2,16	1,97	-11,7
Liberdade	2,50	3,72	4,23	4,34	73,6
Pau da Lima	1,72	1,82	1,93	1,50	-12,8
São Caetano – Valéria	1,67	1,92	2,15	1,72	3,0
Subúrbio Ferroviário	2,70	2,66	2,48	1,72	-36,3
Total	1,83	2,14	3,42	1,89	3,3

Fonte: Tabwin/ASTEC/SMS-Salvador; IBGE.

Tabela 26. Concentração de ações básicas em odontologia* por habitante, para todos os prestadores SUS, por distrito sanitário e diferença percentual entre 2004 e 2007. Salvador, 2004 a 2007.

Distrito	2004	2005	2006	2007	Diferença % 2004- 2007
	Proc. Por Habitante	Proc. Por Habitante	Proc. Por Habitante	Proc. Por Habitante	
Barra - Rio Vermelho	0,54	0,46	0,54	0,45	-16,7
Boca do Rio	0,59	0,10	0,18	0,15	-74,6
Brotas	0,25	0,19	0,16	0,08	-68,0
Cabula – Beiru	0,17	0,18	0,22	0,14	-17,6
Cajazeiras	0,09	0,15	0,10	0,10	11,1
Centro Histórico	1,29	0,75	0,81	0,96	-25,6
Itapagipe	0,48	0,45	0,29	0,29	-39,6
Itapuã	0,20	0,13	0,19	0,20	0,0
Liberdade	0,23	0,43	0,31	0,39	69,6
Pau da Lima	0,16	0,14	0,10	0,06	-62,5
São Caetano – Valéria	0,25	0,18	0,18	0,19	-24,0
Subúrbio Ferroviário	0,30	0,24	0,23	0,29	-3,3
Total	0,32	0,26	0,25	0,23	-28,1

Fonte: Tabwin/ASTEC/SMS-Salvador; IBGE.

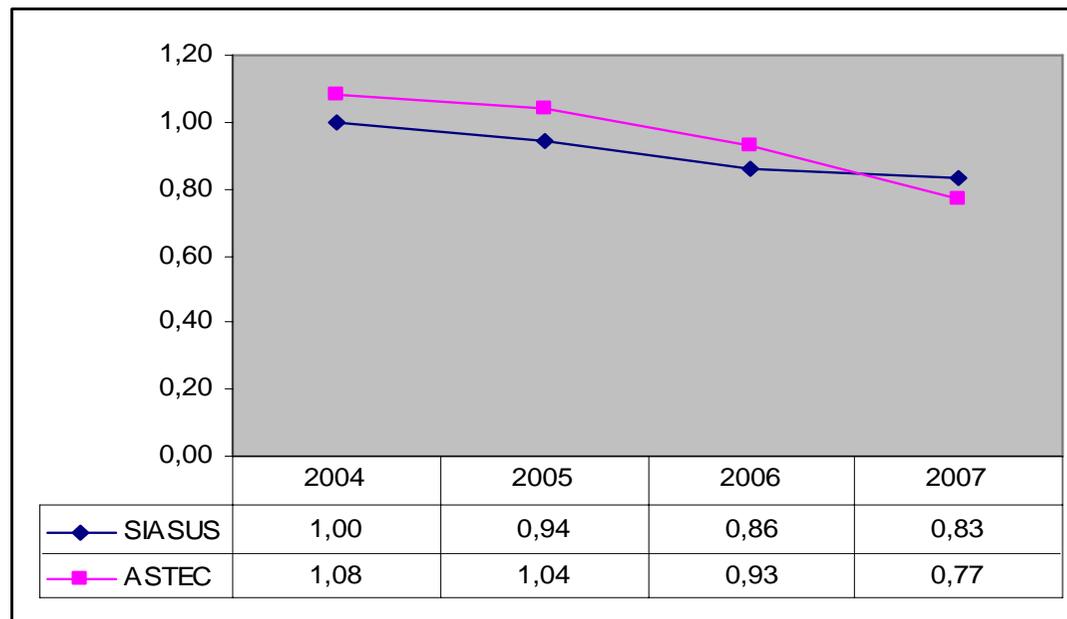
* Consideradas ações básicas em odontologia os procedimentos do grupo 03 da Tabela SIA/SUS, exceto as ações coletivas e primeira consulta odontológica, conforme portaria 91/GM (2007).

Tabela 27. Concentração de primeira consulta odontológica por habitante, para todos os prestadores SUS por distrito sanitário e diferença percentual entre 2004 e 2007. Salvador, 2004 a 2007.

Distrito	2004	2005	2006	2007	Diferença % 2004-2007
	Consulta/hab.	Consulta/hab.	Consulta/hab.	Consulta/hab.	
Barra – Rio Vermelho	0,06	0,11	0,08	0,05	-16,7
Boca do Rio	0,02	0,04	0,05	0,04	100,0
Brotas	0,05	0,03	0,03	0,02	-60,0
Cabula – Beiru	0,06	0,05	0,11	0,10	66,7
Cajazeiras	0,02	0,02	0,02	0,02	0,0
Centro Histórico	0,16	0,16	0,24	0,26	62,5
Itapagipe	0,22	0,19	0,14	0,14	-36,4
Itapuã	0,03	0,03	0,11	0,02	-33,3
Liberdade	0,01	0,04	0,05	0,08	87,5
Pau da Lima	0,03	0,03	0,02	0,01	-66,7
São Caetano – Valéria	0,04	0,04	0,03	0,03	-25,0
Subúrbio Ferroviário	0,06	0,04	0,07	0,06	0,0
Total	0,06	0,06	0,07	0,06	0,0

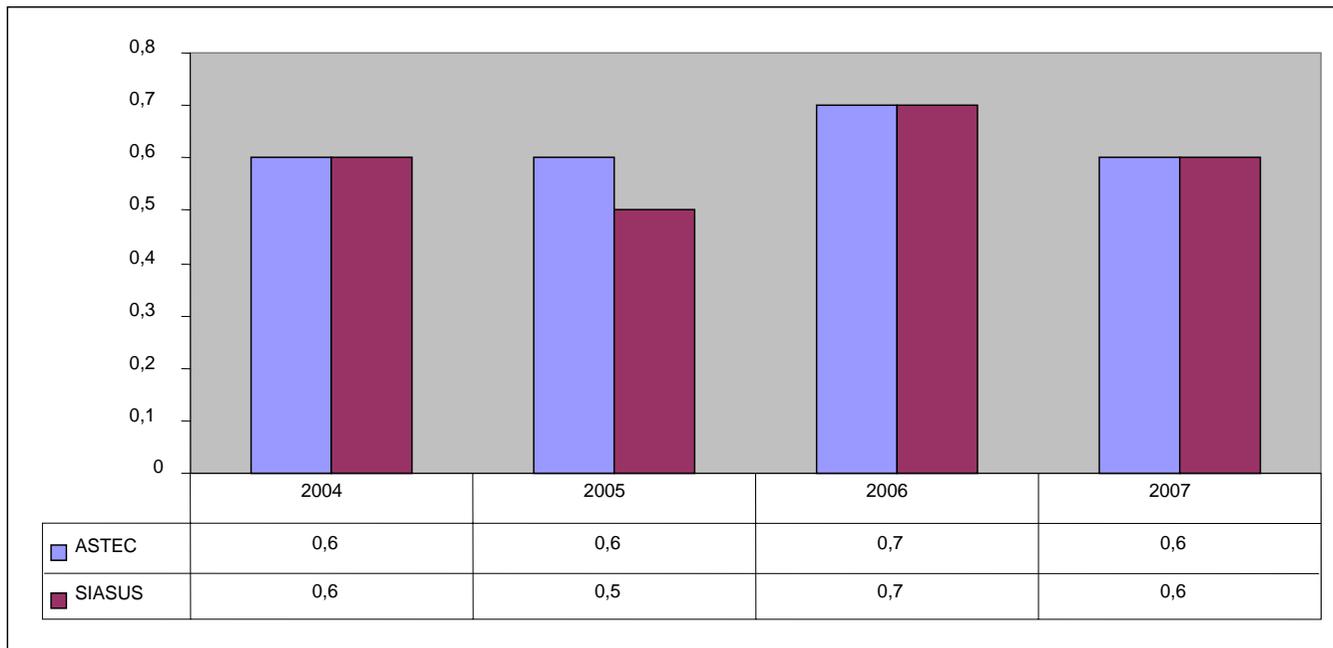
Fonte: Tabwin/ASTEC/SMS-Salvador; IBGE.

Gráfico 1. Concentração de consultas médicas básicas por habitante, por ano, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Salvador, 2004-2007.



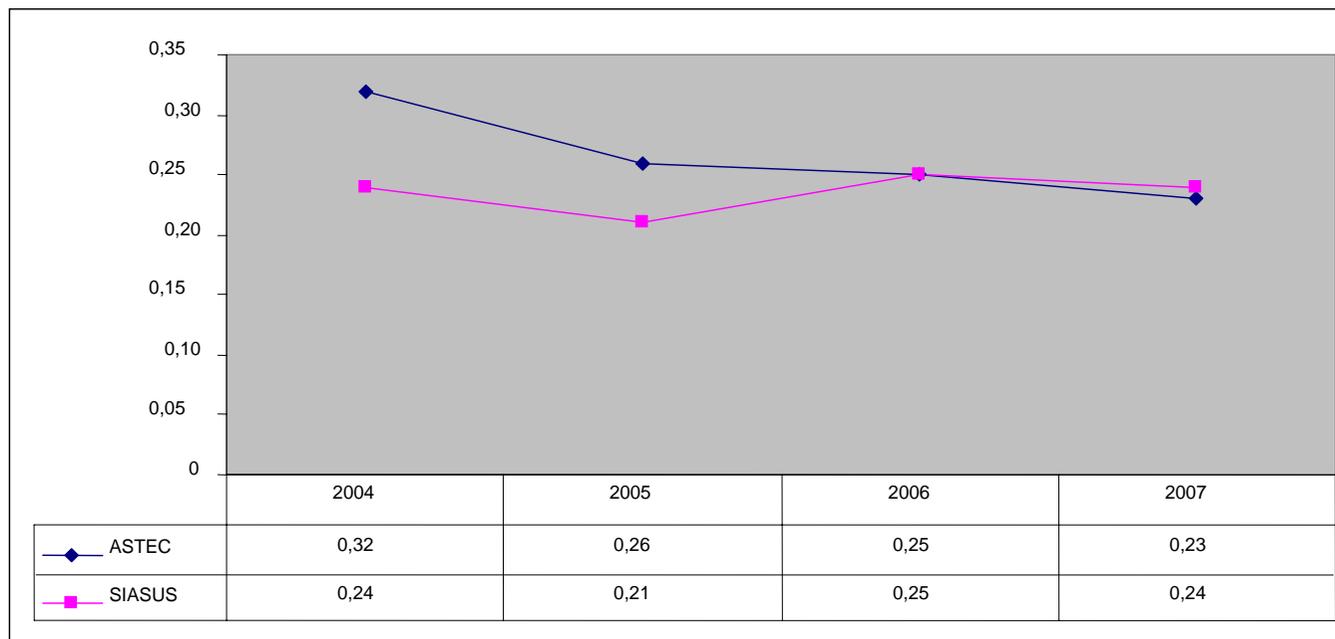
Fonte: SIASUS/DATASUS; TABWIN/ASTEC-SMS

Gráfico 2. Concentração de primeira consulta odontológica por habitante, por ano, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS de acordo com dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Salvador, 2004-2007.



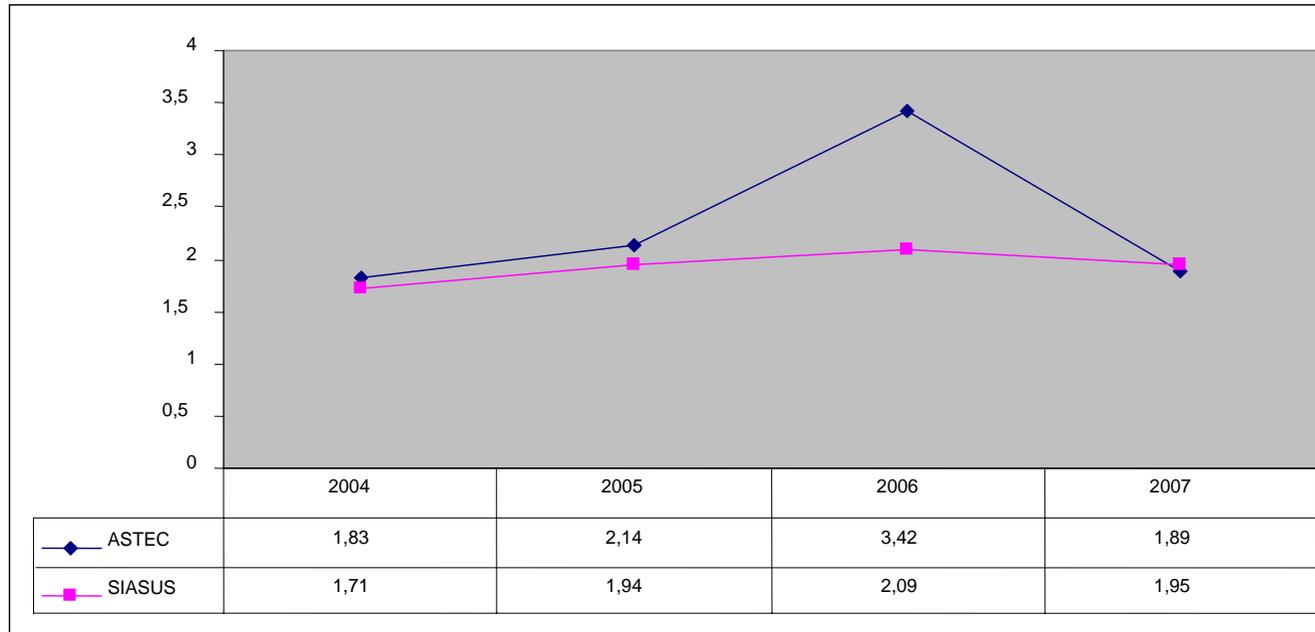
Fonte: SIASUS/DATASUS; TABWIN/ASTEC-SMS

Gráfico 3. Concentração de procedimentos básicos odontológicos por habitante, por ano, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Salvador, 2004-2007.



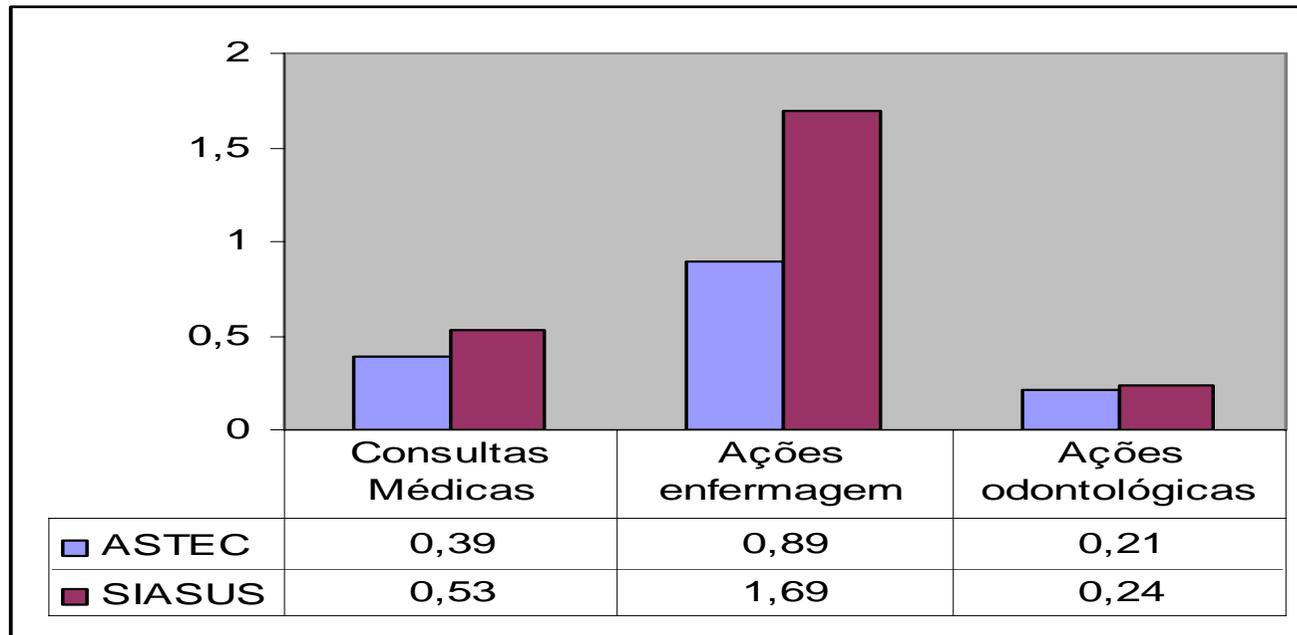
Fonte: SIASUS/DATASUS; TABWIN/ASTEC-SMS

Gráfico 4. Concentração de ações básicas de enfermagem por habitante, por ano, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Salvador, 2004-2007.



Fonte: SIASUS/DATASUS; TABWIN/ASTEC-SMS

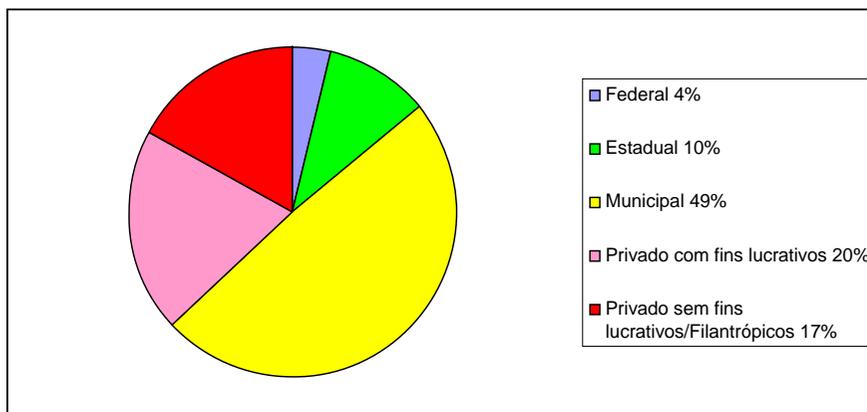
Gráfico 5. Concentração por habitante de consultas médicas, ações básicas de enfermagem e de odontologia realizadas pela rede própria municipal, de acordo com dados disponíveis no SIA-SUS e dados fornecidos pela Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Salvador, 2007.



Fonte: SIASUS/DATASUS; TABWIN/ASTEC-SMS

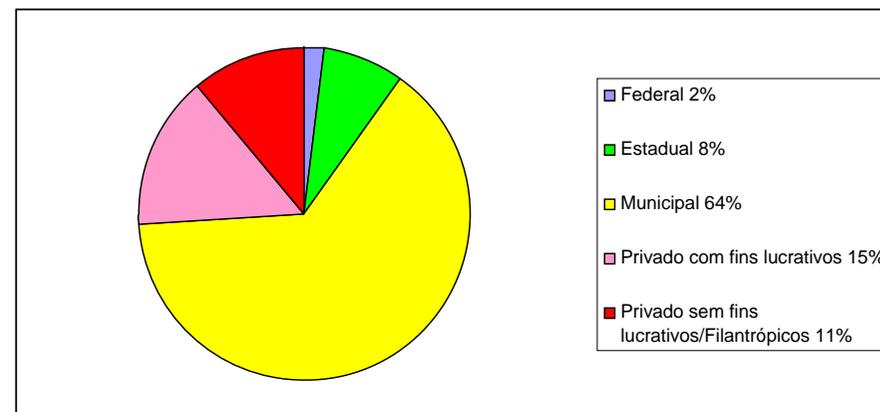
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19

Gráfico 6. Percentual de consultas médicas nas especialidades básicas por prestador em 2000. Salvador, Bahia



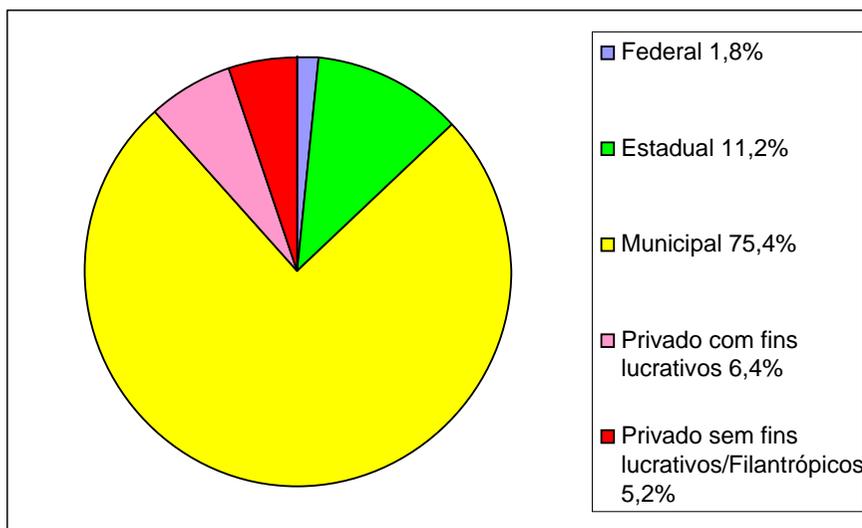
Fonte: datasus/SIA-SUS

Gráfico 7. Percentual de consultas médicas nas especialidades básicas por prestador em 2007. Salvador, Bahia.



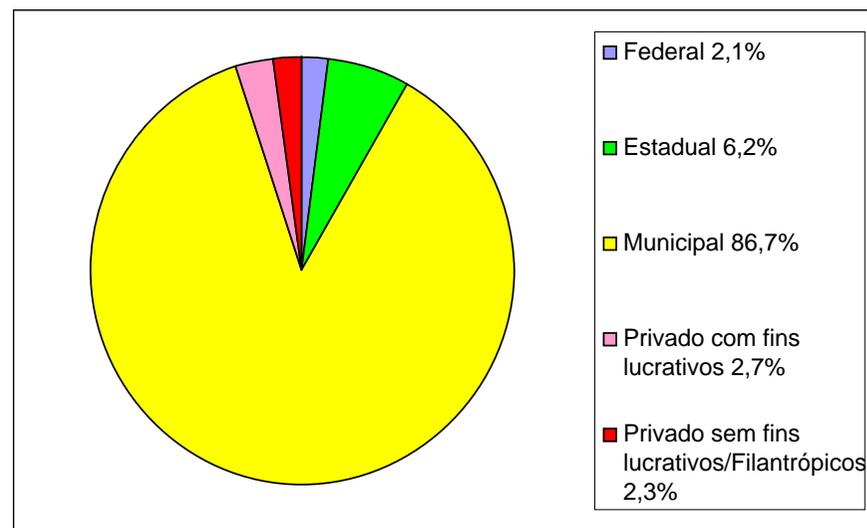
Fonte: datasus/SIA-SUS

3 **Gráfico 8.** Percentual de ações básicas de enfermagem por prestador em 200. Salvador, Bahia



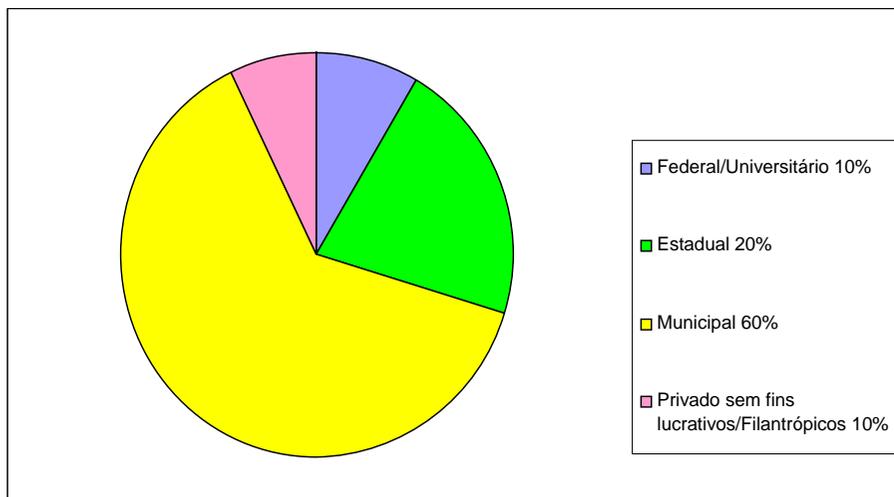
Fonte: datasus/SIA-SUS

2 **Gráfico 9.** Percentual de ações básicas de enfermagem por prestador em 2007. Salvador, Bahia



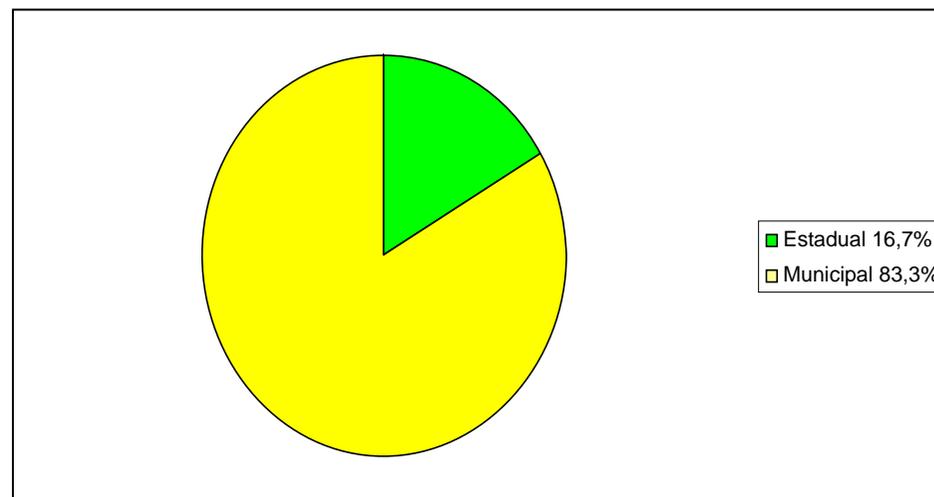
Fonte: datasus/SIA-SUS

5 **Gráfico 10.** Percentual de realização de primeira consulta odontológica por prestador em 2000. Salvador, Bahia



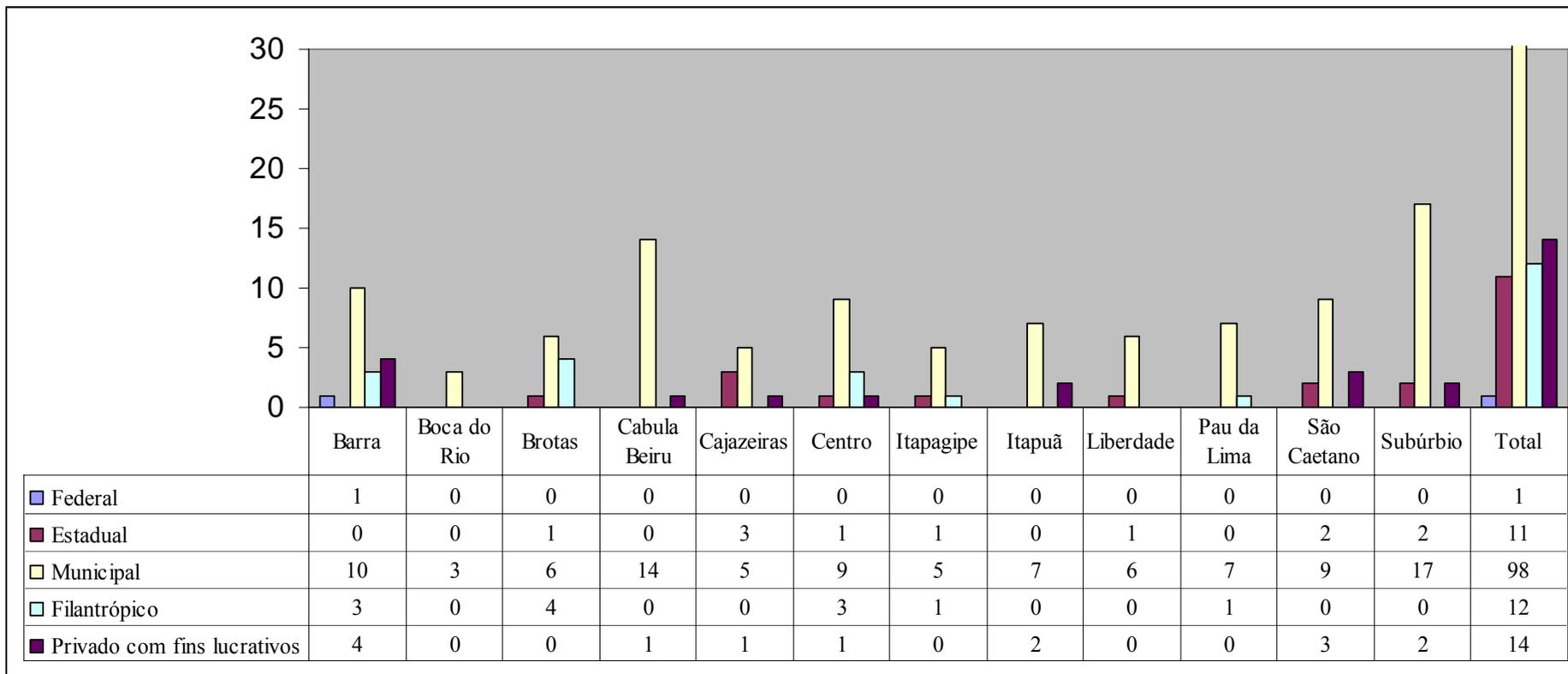
Fonte: datasus/SIA-SUS

4 **Gráfico 11.** Percentual de realização de primeira consulta odontológica por prestador em 2007. Salvador,



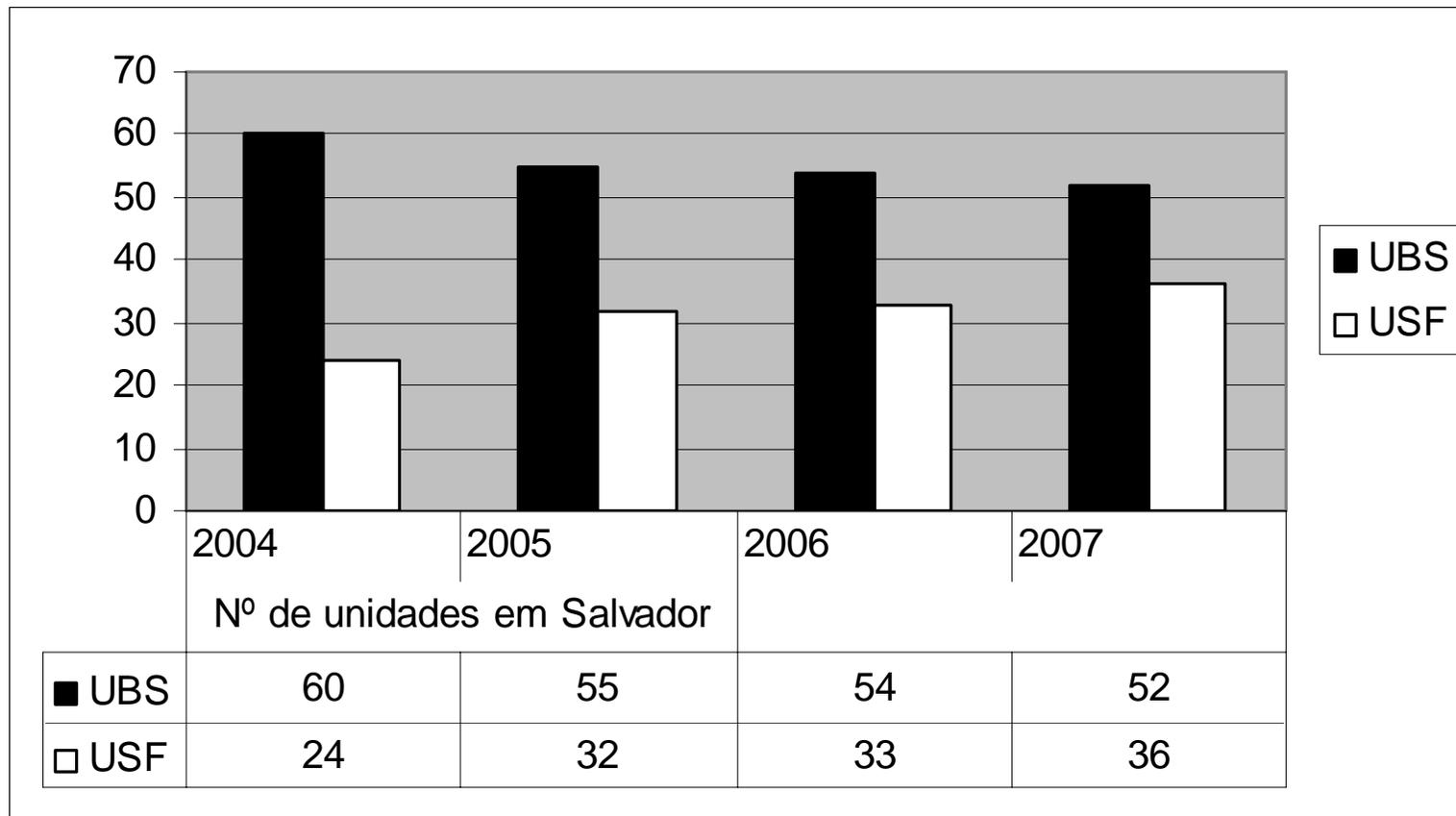
Fonte: datasus/SIA-SUS

Gráfico 12. Distribuição de unidades prestadoras de atendimentos básicos ambulatoriais, por distrito sanitário e por prestador. Salvador, 2007.



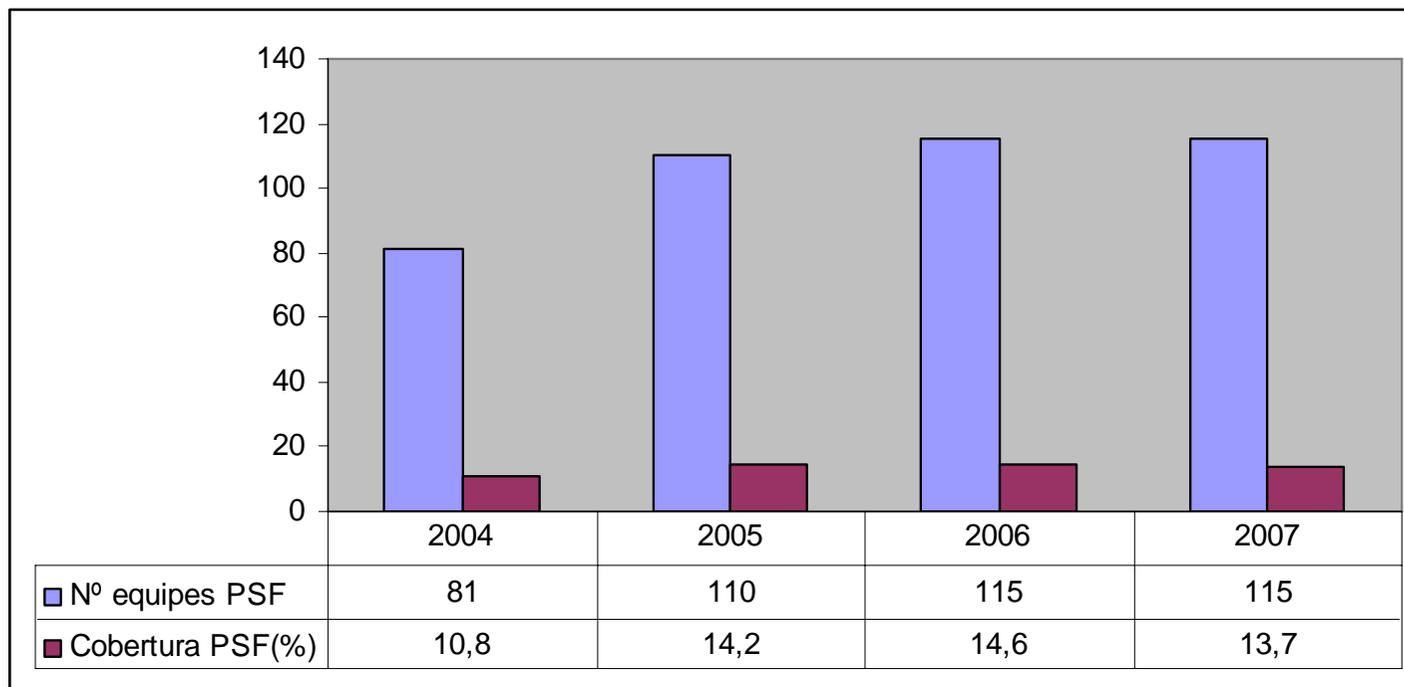
Fonte: Tabwin/ASTEC-SMS. Salvador (2004-2007)

20 **Gráfico 13.** Número de unidades básicas tradicionais (UBS) e Unidades de saúde da Família(USF) em Salvador, 2004-2007.



Fonte: Tabwin/ASTEC-SMS. Salvador (2004-2007)

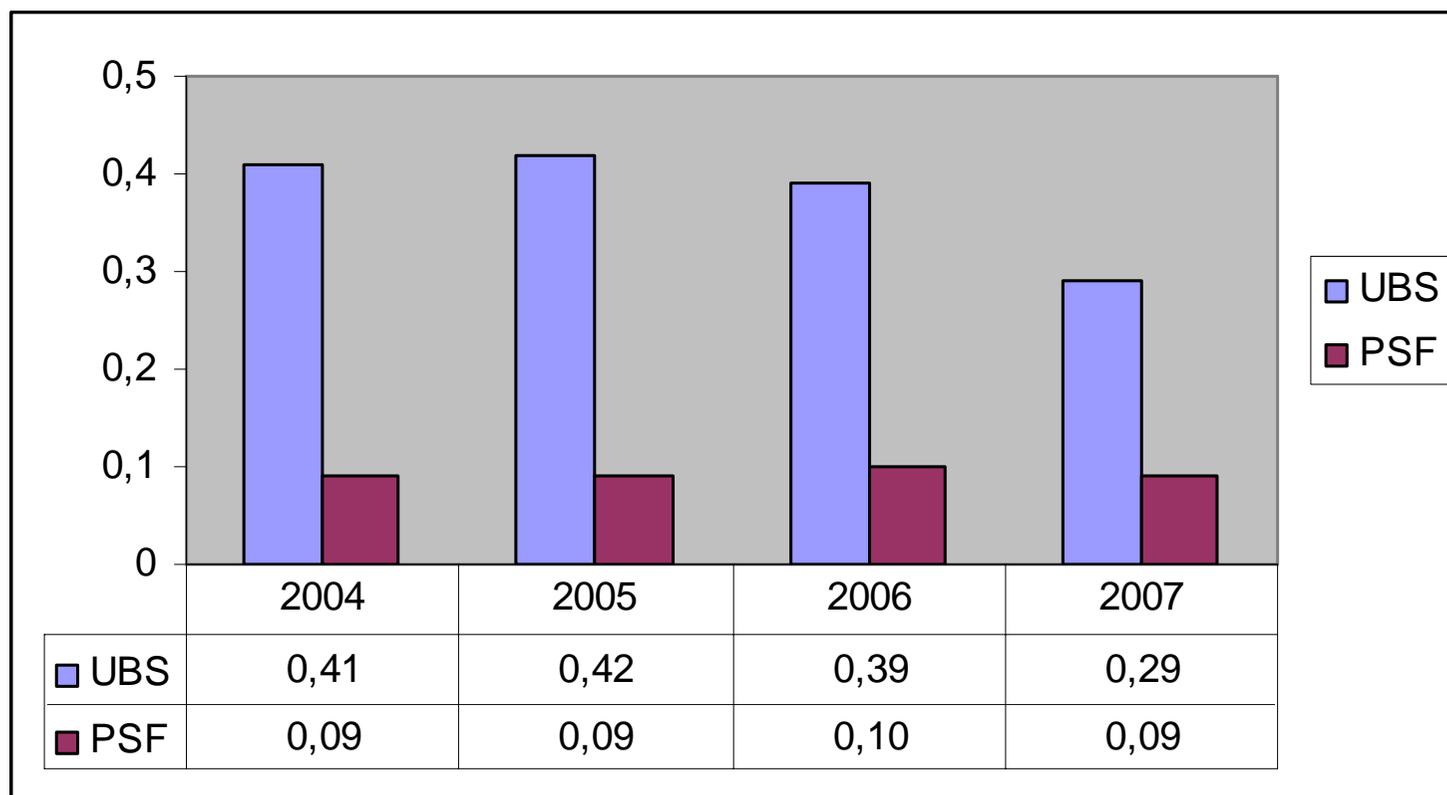
21 **Gráfico 14.** Número de equipes de saúde da família e cobertura do Programa de Saúde da Família. Salvador, 2004-2007.



Fonte: Ministério da Saúde – DAB (2004-2007).

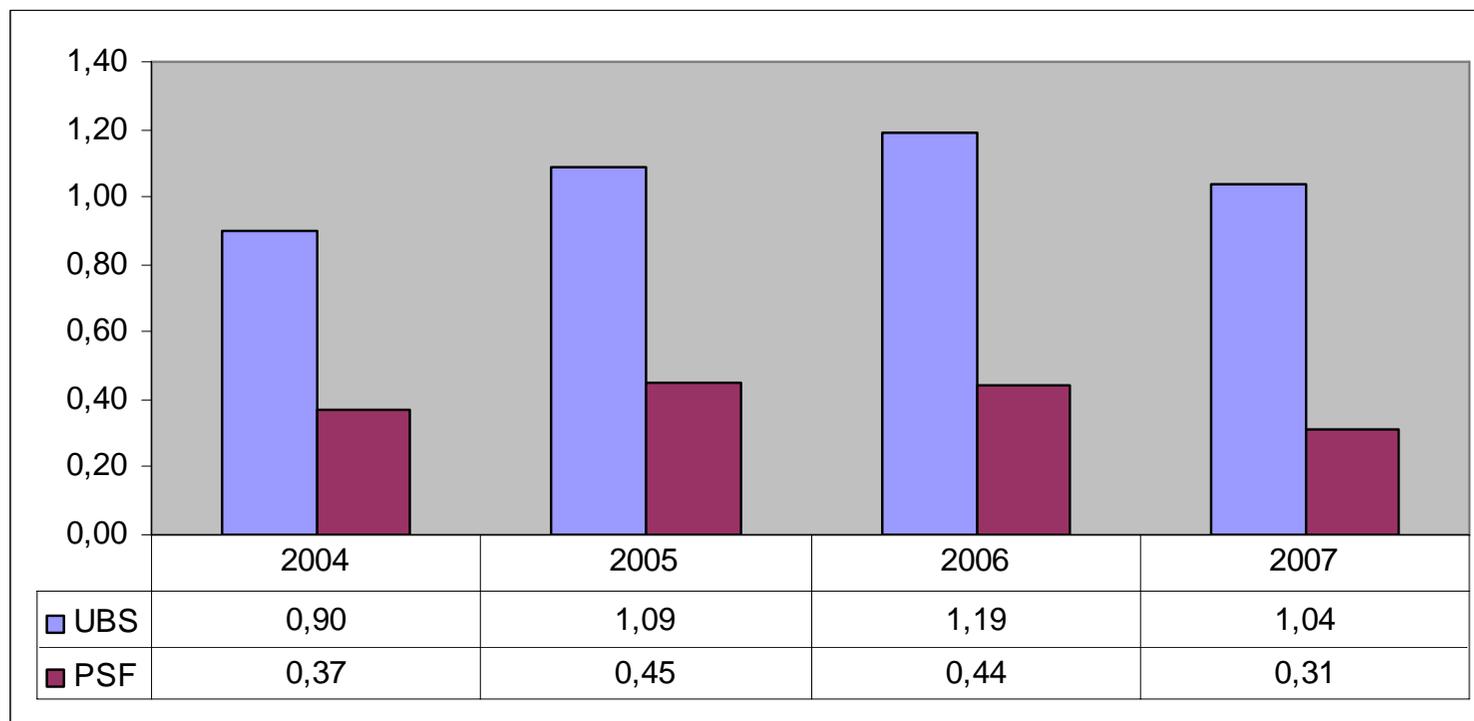
22
23
24
25
26
27

28 **Gráfico 15.** Concentração de consultas médicas básicas por habitante nas unidades básicas Tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF). Salvador, 2004-2007.



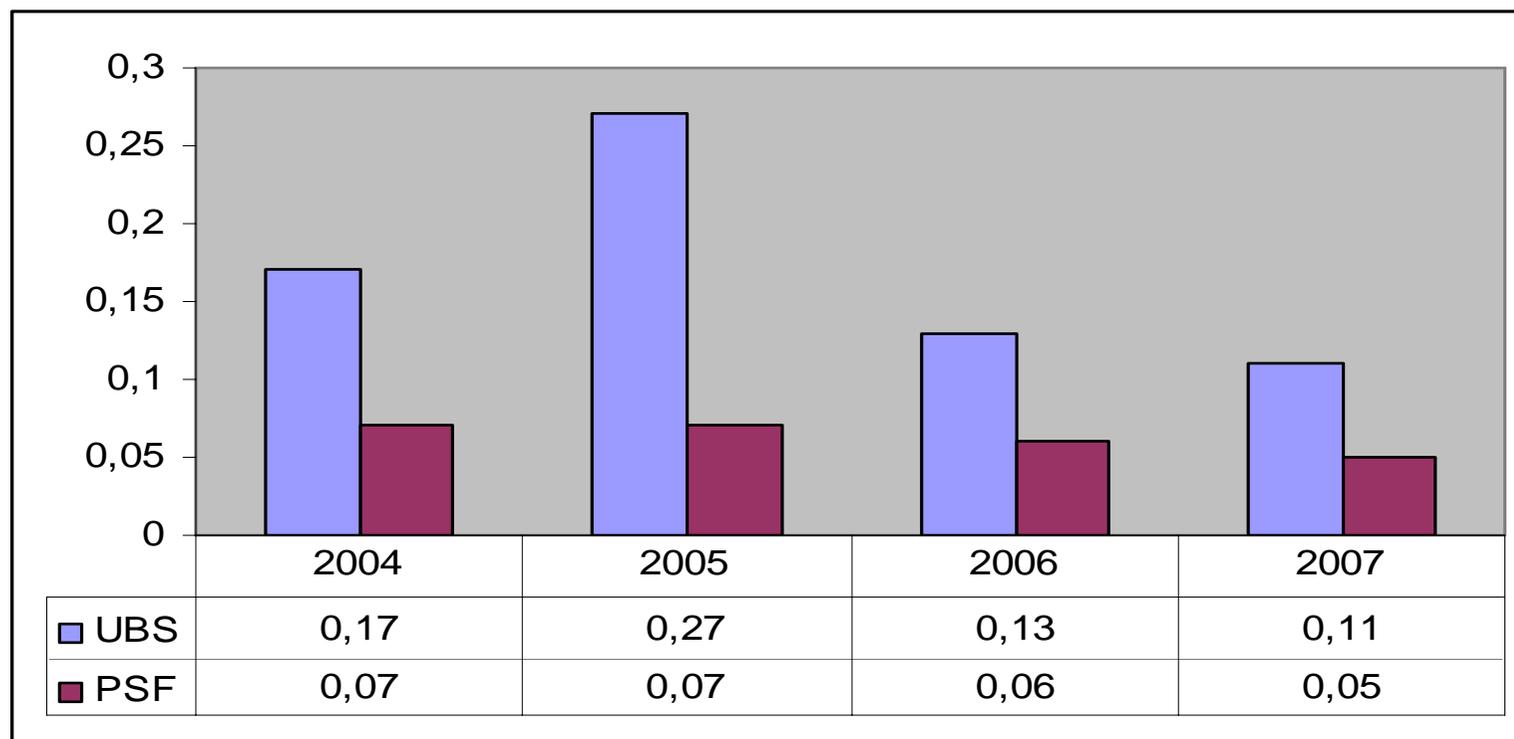
Fonte: IBGE; Tabwin/ASTEC/SMS-Salvador (2004-2007)

29 **Gráfico 16.** Concentração de ações básicas de enfermagem por habitante nas unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF). Salvador, 2004-2007.



Fonte: IBGE; Tabwin/ASTEC/SMS-Salvador (2004-2007)

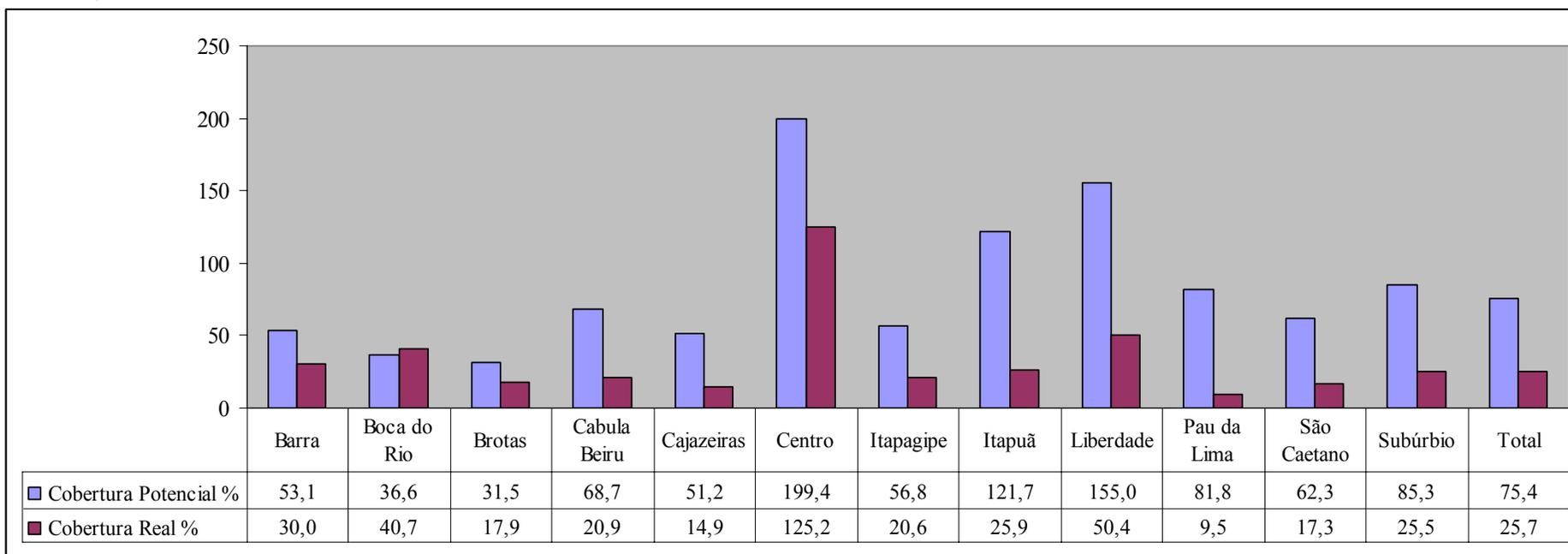
31 **Gráfico 17.** Concentração de ações básicas odontológicas por habitante nas unidades básicas tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (USF). Salvador, 2004-2007.



Fonte: IBGE; Tabwin/ASTEC/SMS-Salvador (2004-2007).

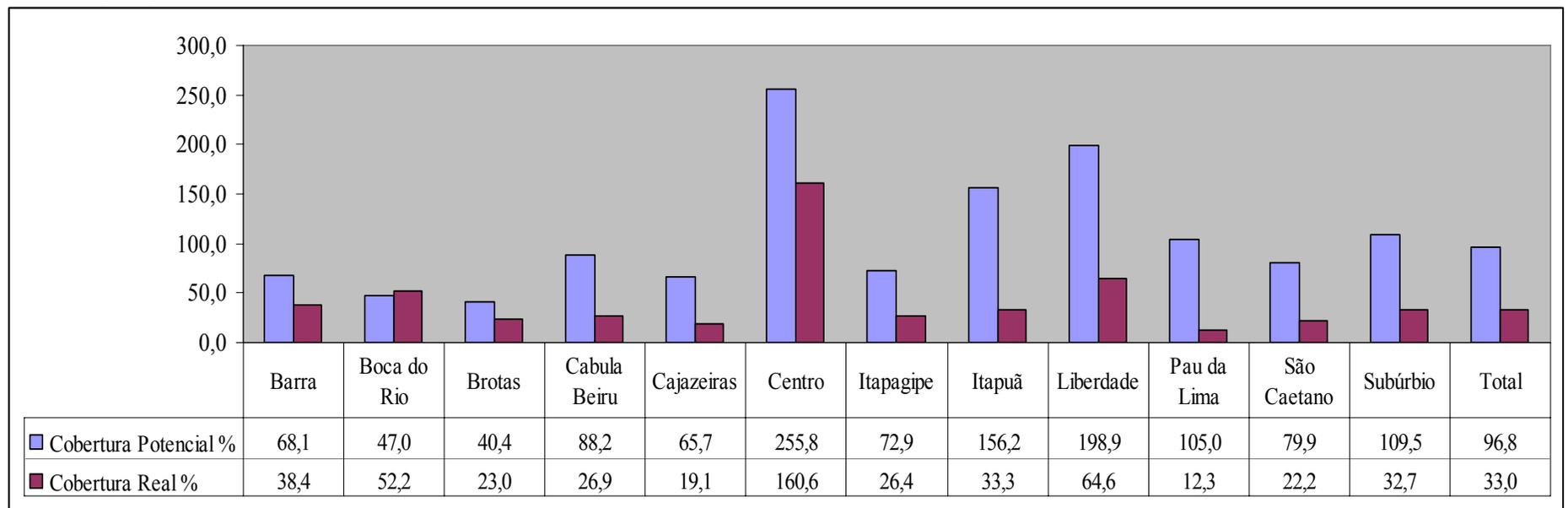
32
33
34
35
36
37

38 **Gráfico 18.** Cobertura real e potencial de consultas médicas nas especialidades básicas para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.



Fonte: CDRH; Tabwin/ASTECSMS/Salvador (2007).

39 **Gráfico 19.** Cobertura real e potencial de consultas médicas nas especialidades básicas para população que usa exclusivamente o SUS prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.



40

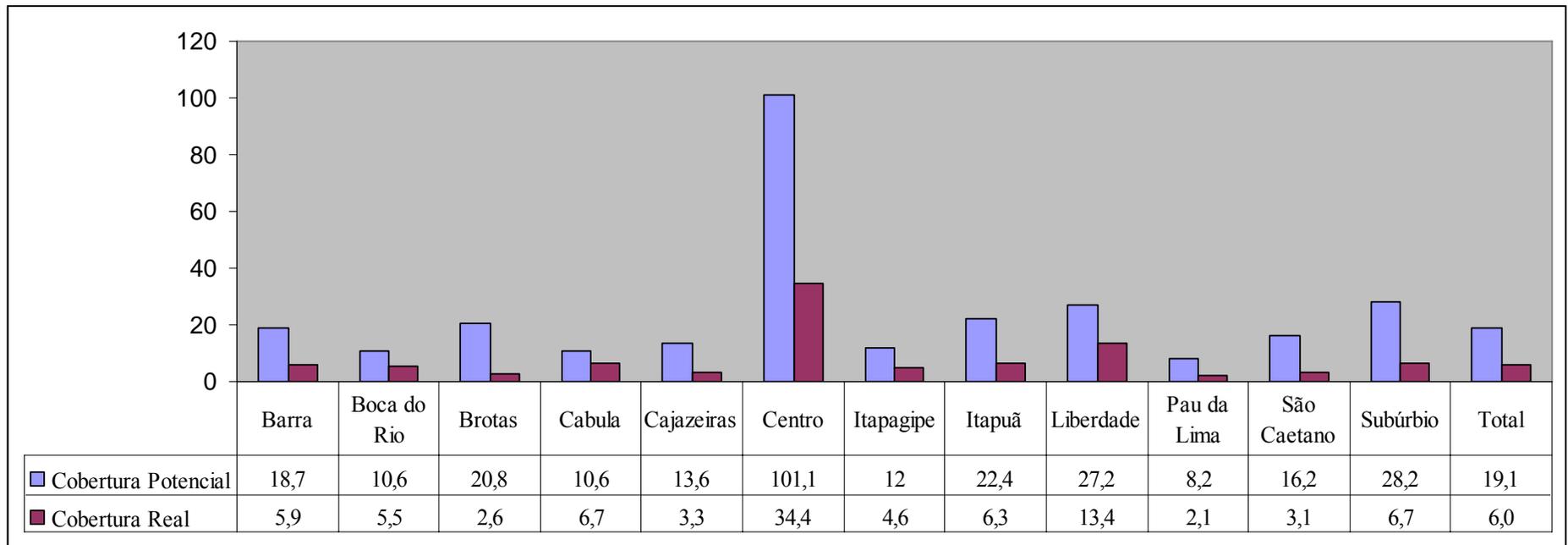
Fonte: CDRH; Tabwin/ASTEC-SMS/Salvador (2007)

41

42

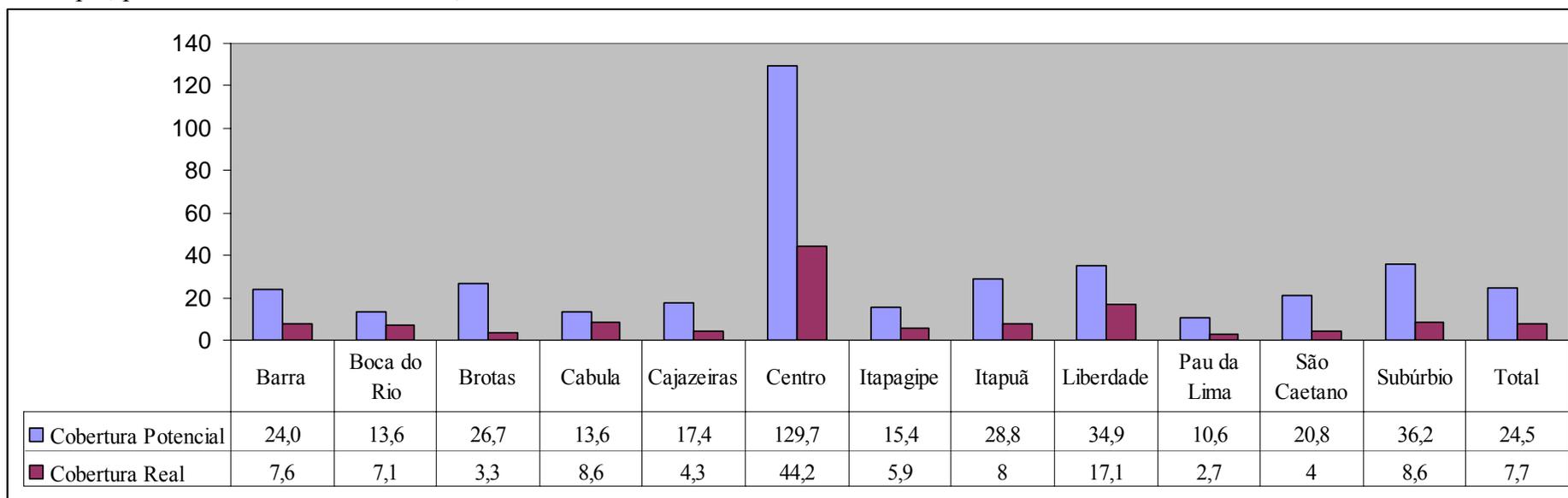
43

44 **Gráfico 20.** Cobertura potencial e real de ações básicas odontológicas por habitante para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.



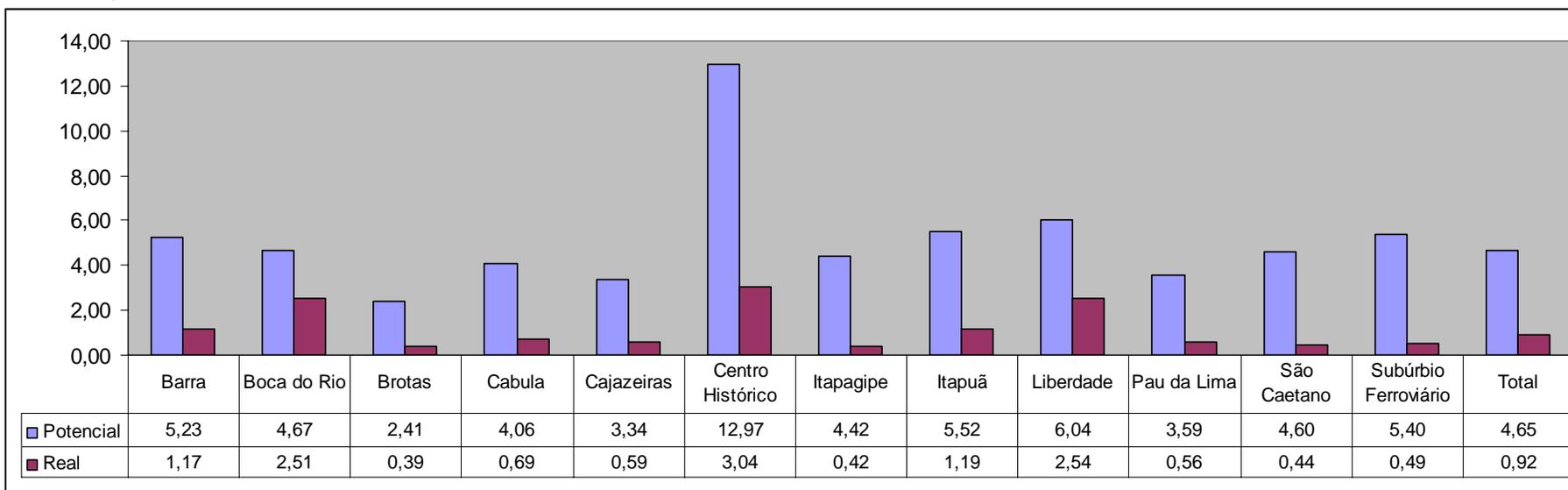
Fonte: CDRH; Tabwin/ASTEC-SMS/Salvador (2007).

45 **Gráfico 21.** Cobertura potencial e real de ações básicas odontológicas por habitante que utiliza exclusivamente o SUS para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.



Fonte: CDRH; Tabwin/ASTEC-SMS/Salvador (2007).

46 **Gráfico 22.** Concentração de procedimentos de enfermagem por habitante potencial e real para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.

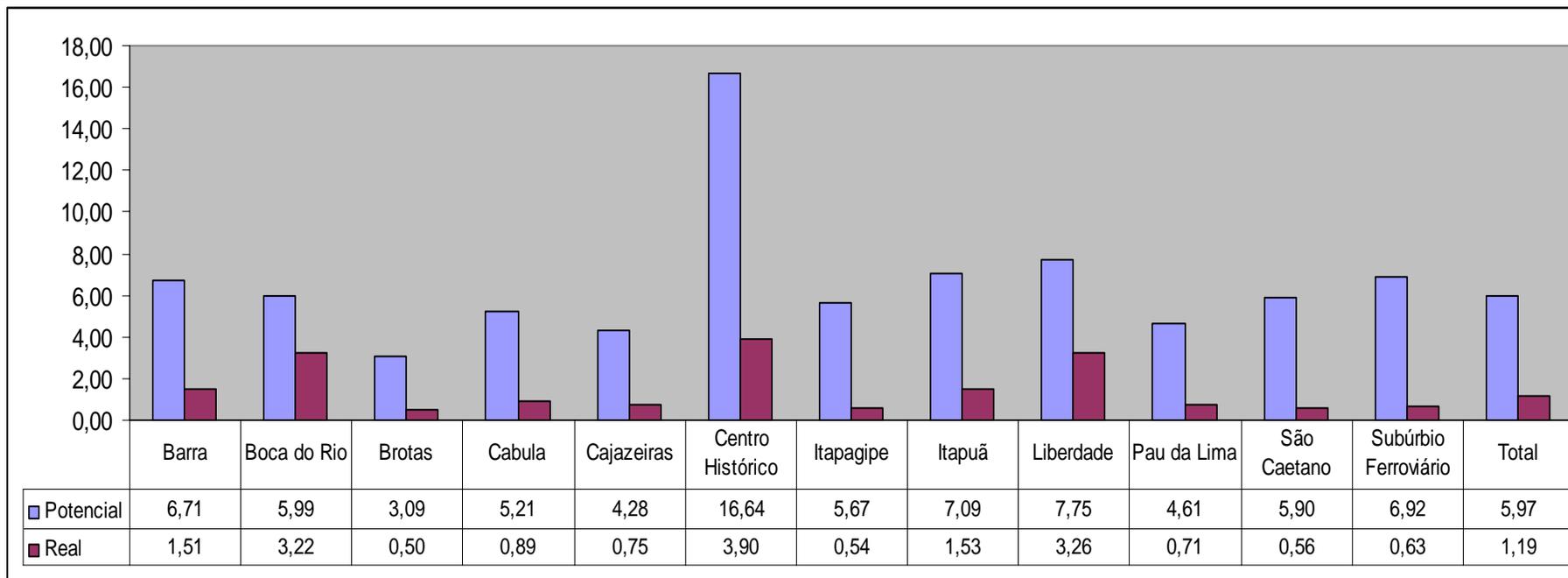


Fonte: CDRH; Tabwin/ASTEC-SMS/Salvador (2007)

47
48
49
50

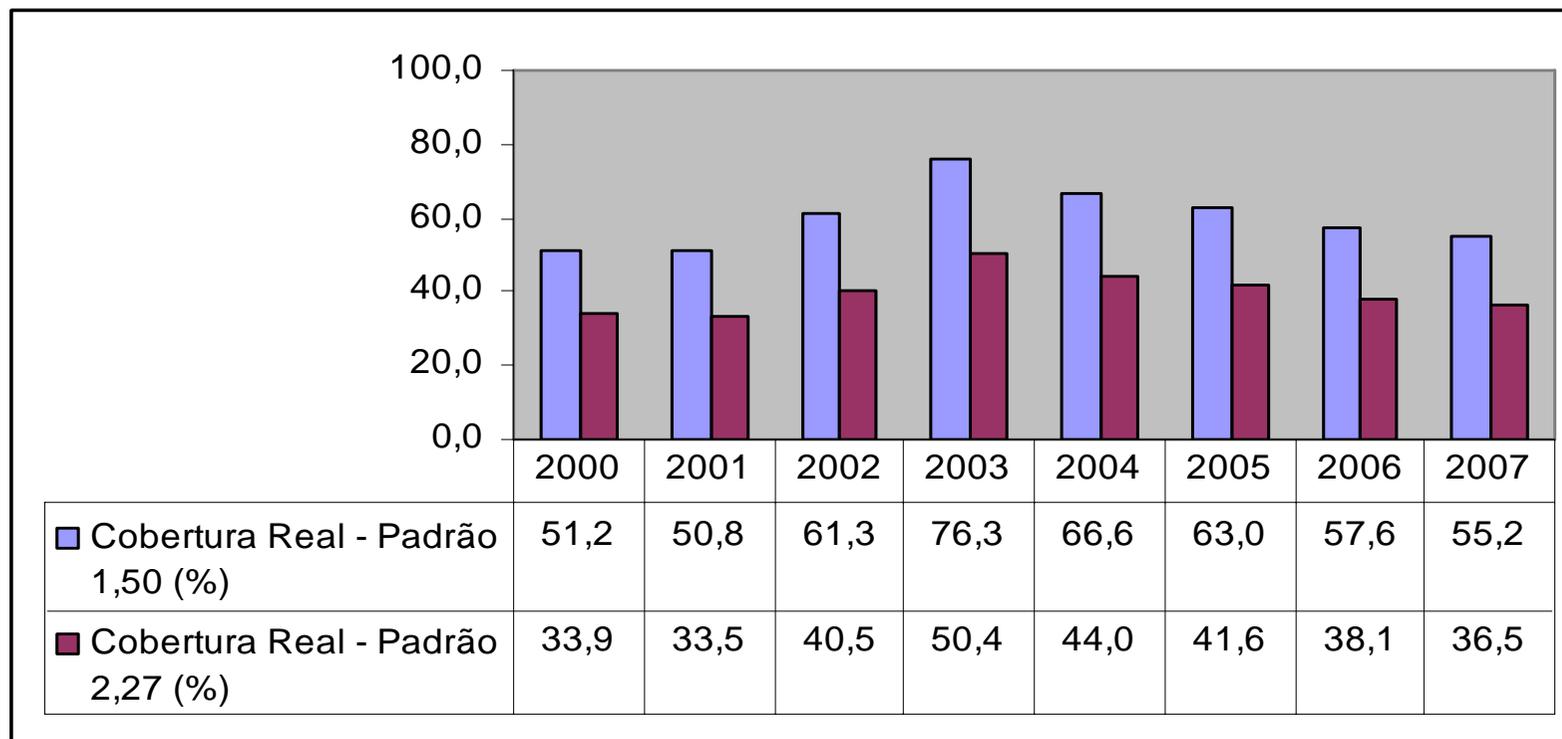
51
52
53
54
55

56 **Gráfico 23.** Concentração de procedimentos de enfermagem por habitante que utiliza exclusivamente o SUS potencial e real para prestador municipal, por distrito sanitário. Salvador, 2007.



Fonte: CDRH; Tabwin/ASTEC-SMS/ Salvador (2007).

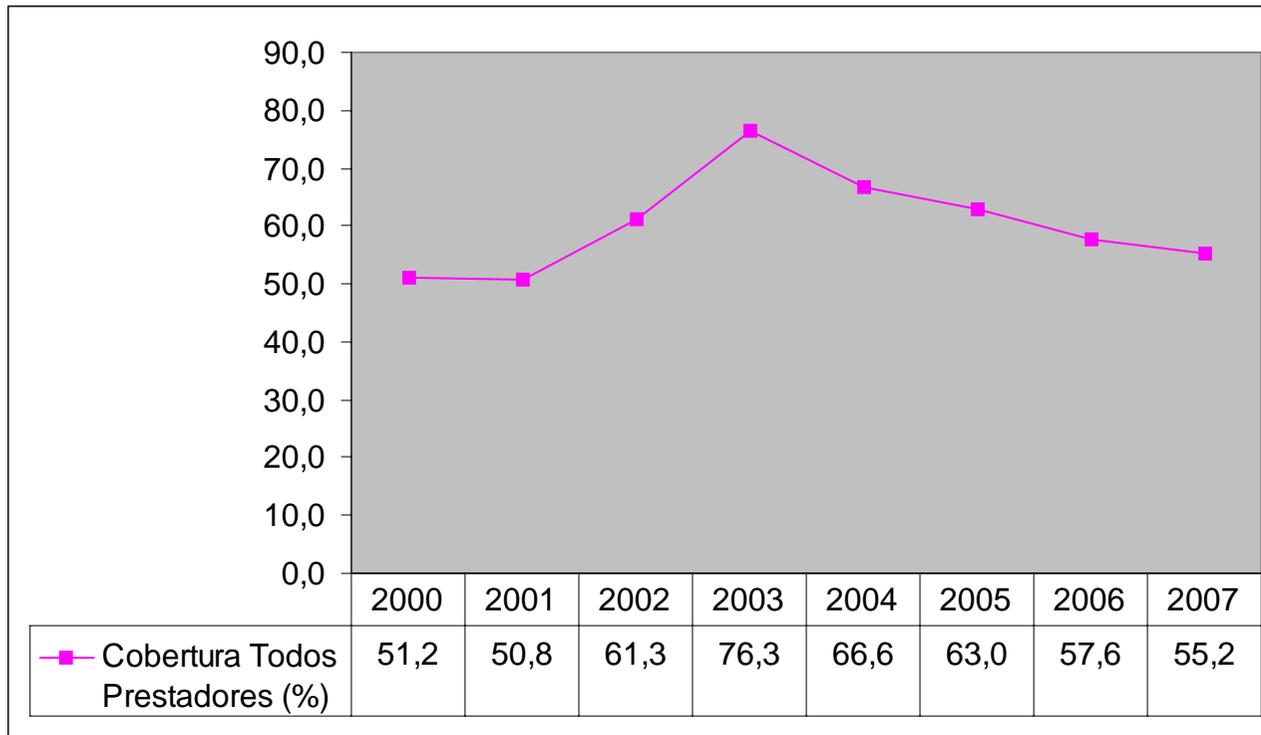
57 **Gráfico 24.** Cobertura real de consultas médicas básicas para todos os prestadores SUS, de acordo com o padrão ministerial (1,5/habitante/ano) e de acordo com as necessidades mínimas de consultas estimadas (2,27/habitante/ano). Salvador, 2000-2007



Fonte: SIA-SUS (2007); IBGE (2007).

58

59 **Gráfico 25.** Concentração de consultas médicas básicas realizadas por todos os prestadores SUS por habitante/ano. Salvador, Bahia. 2000-2007.



Fonte: SIA/SUS, IBGE (2007).

60

61

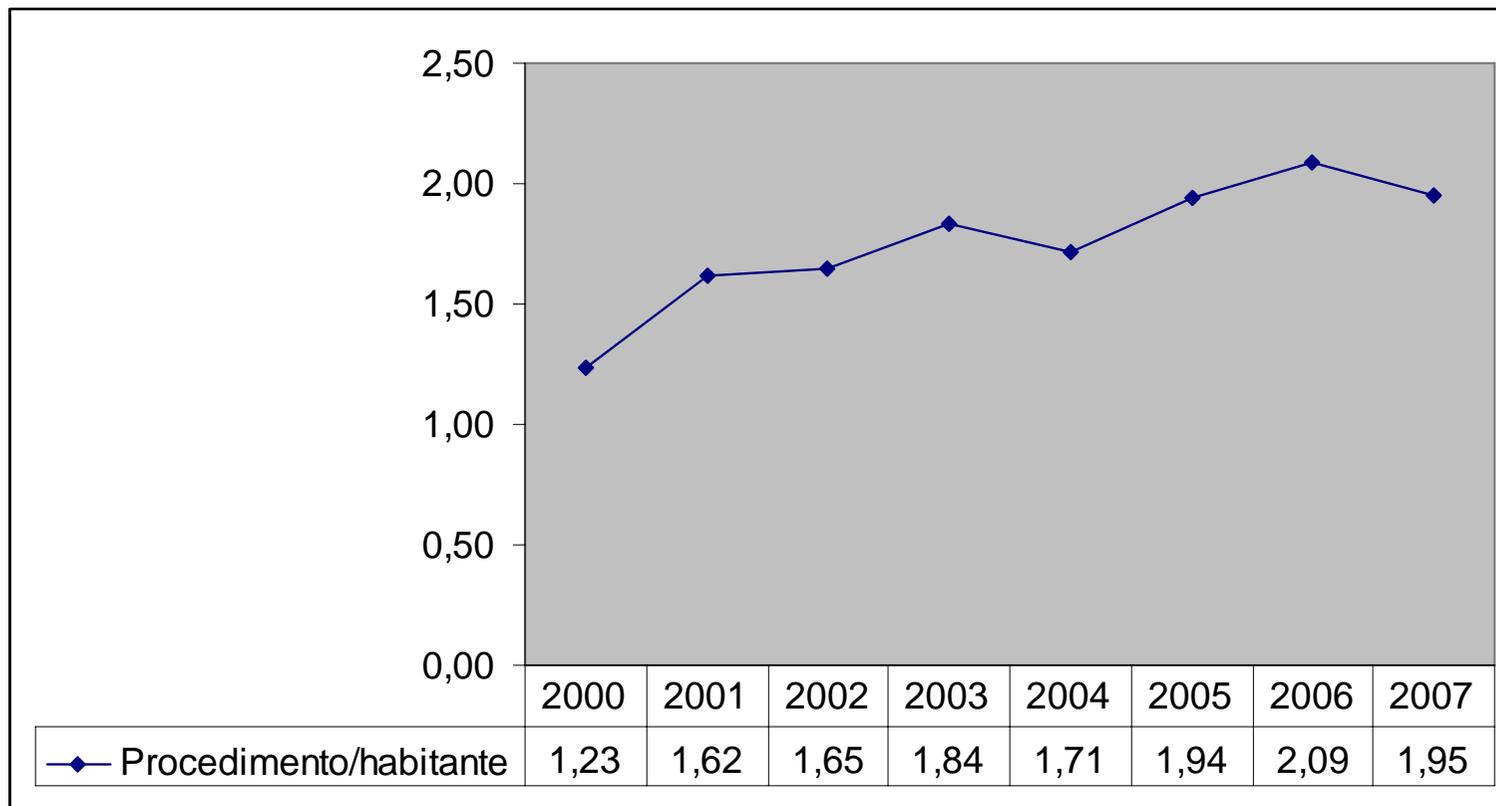
62

63

64

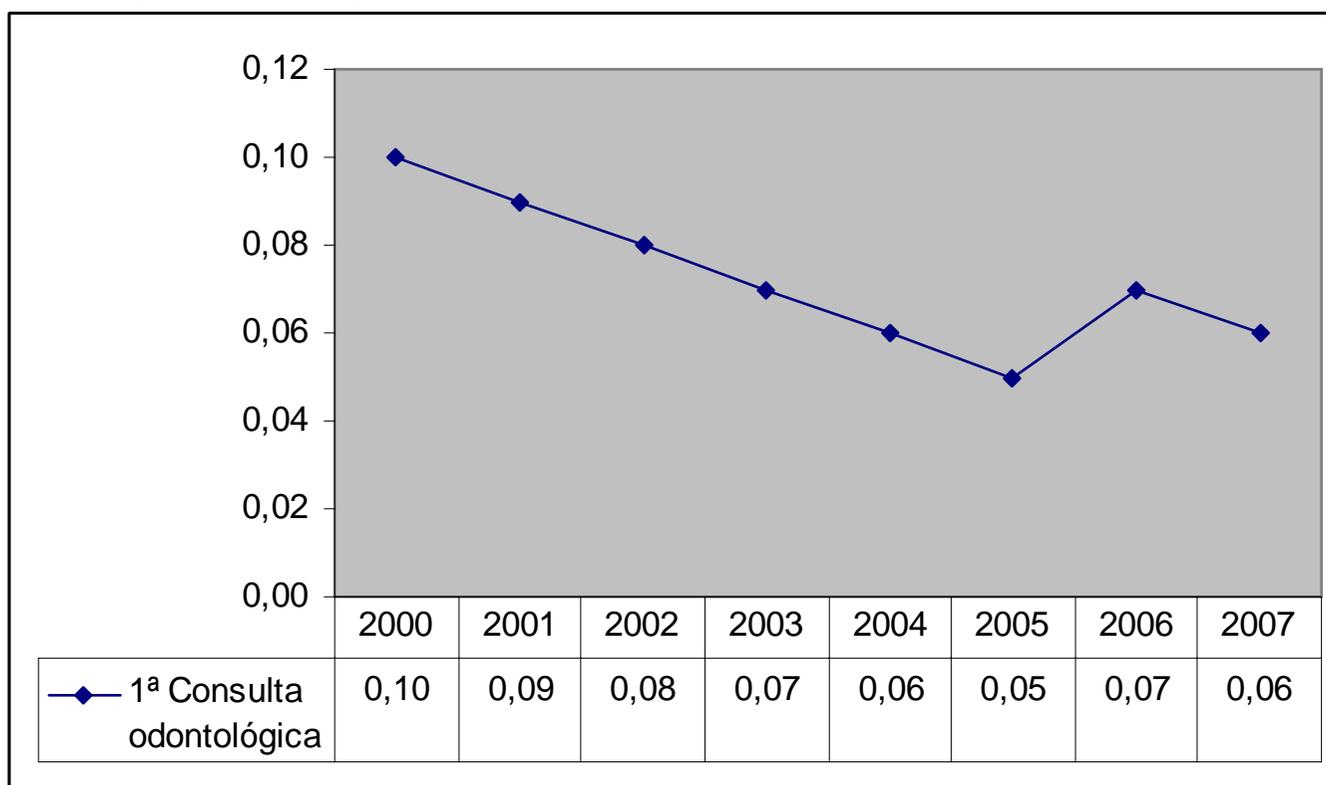
65

66 **Gráfico 26.** Concentração de ações básicas de enfermagem realizadas por todos os prestadores SUS por habitante/ano. Salvador, Bahia. 2000-2007.



Fonte: SIA/SUS, IBGE (2007).

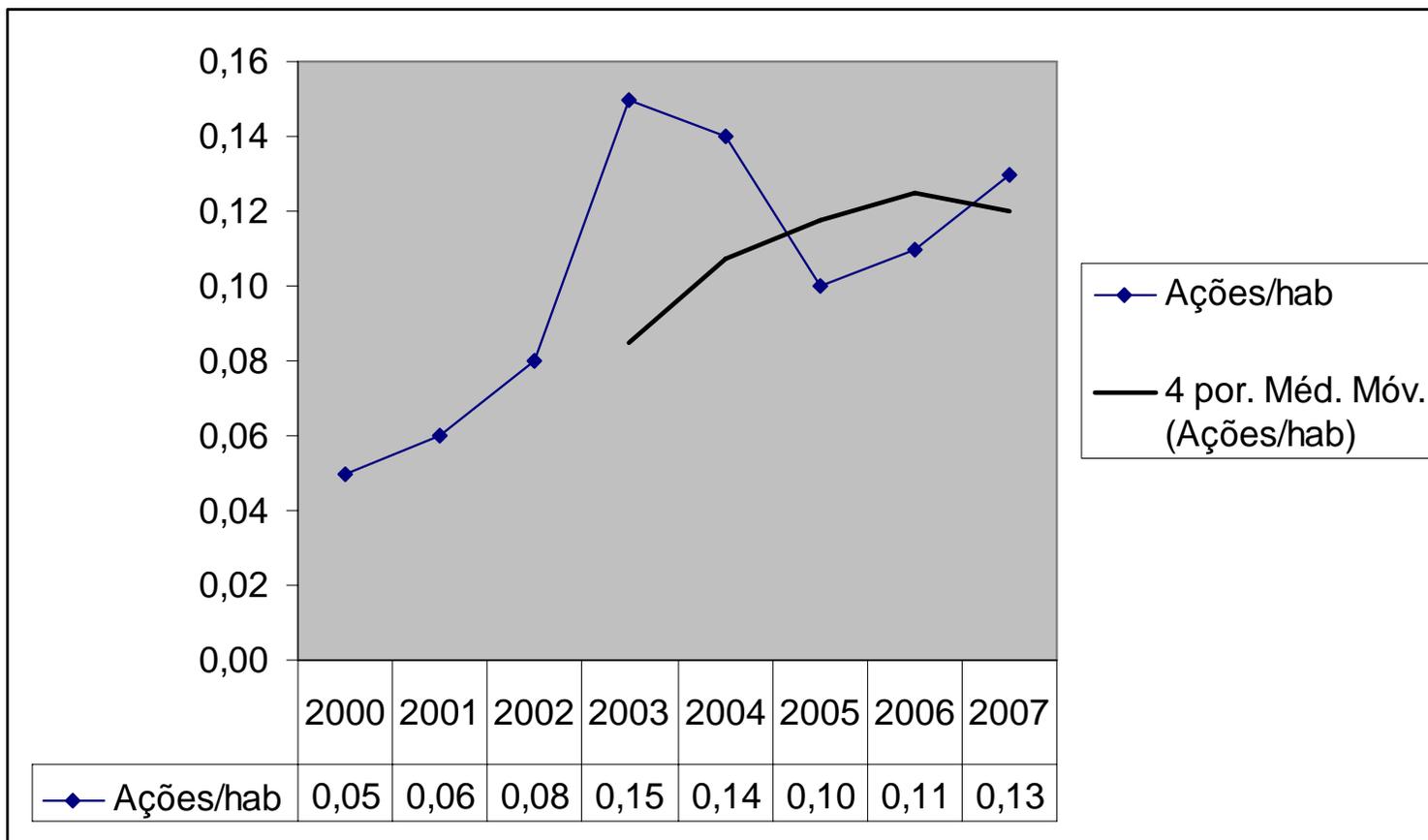
67 **Gráfico 27.** Concentração de primeira consulta odontológica realizada por todos os prestadores SUS por habitante. 2000-2007. Salvador, Bahia.



Fonte: SIA/SUS, IBGE (2007).

68

69 **Gráfico 28.** Concentração de ações odontológicas coletivas realizadas por todos os prestadores SUS por habitante. 2000-2007. Salvador, Bahia.

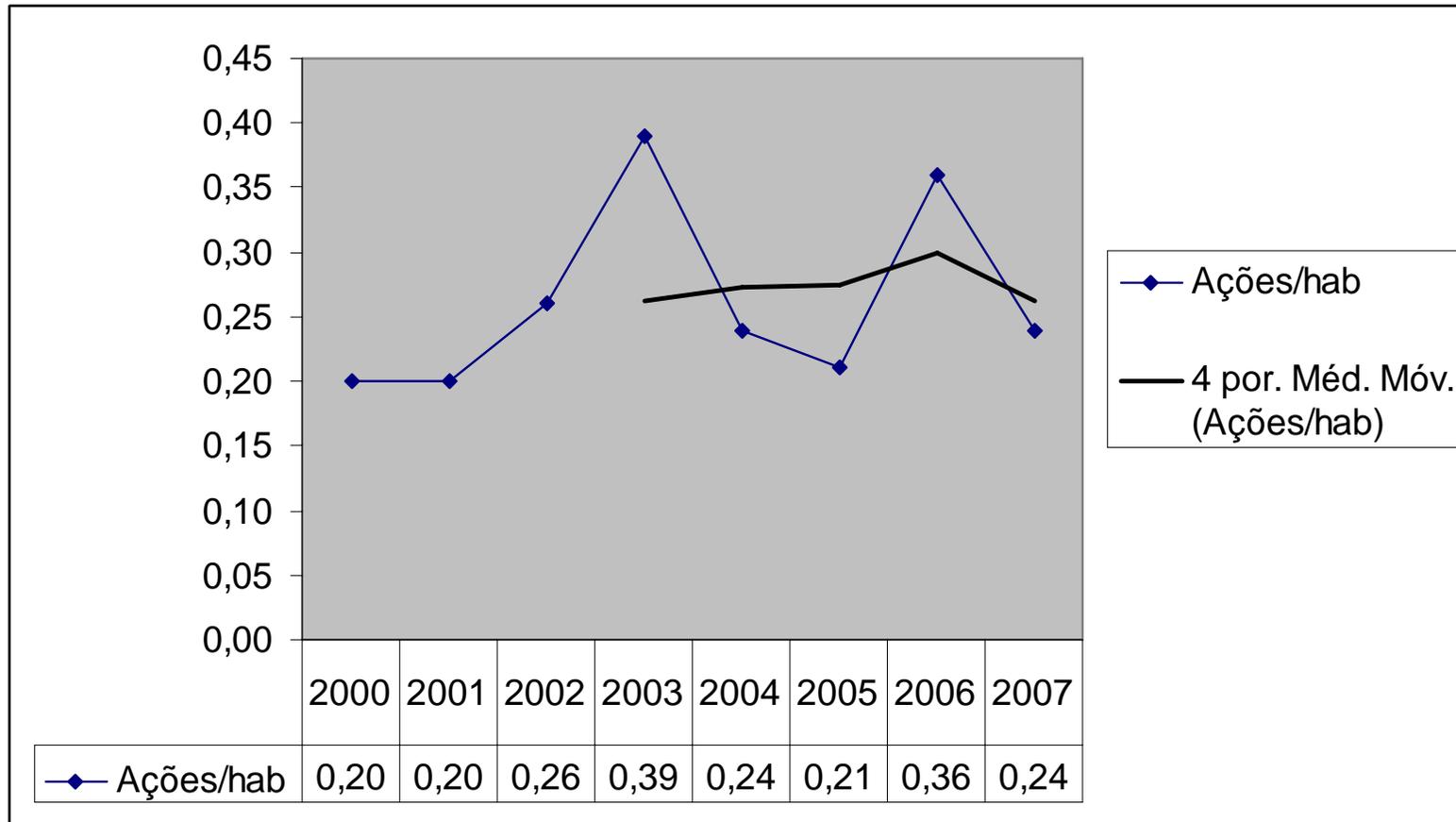


Fonte: SIA/SUS, IBGE (2007).

70

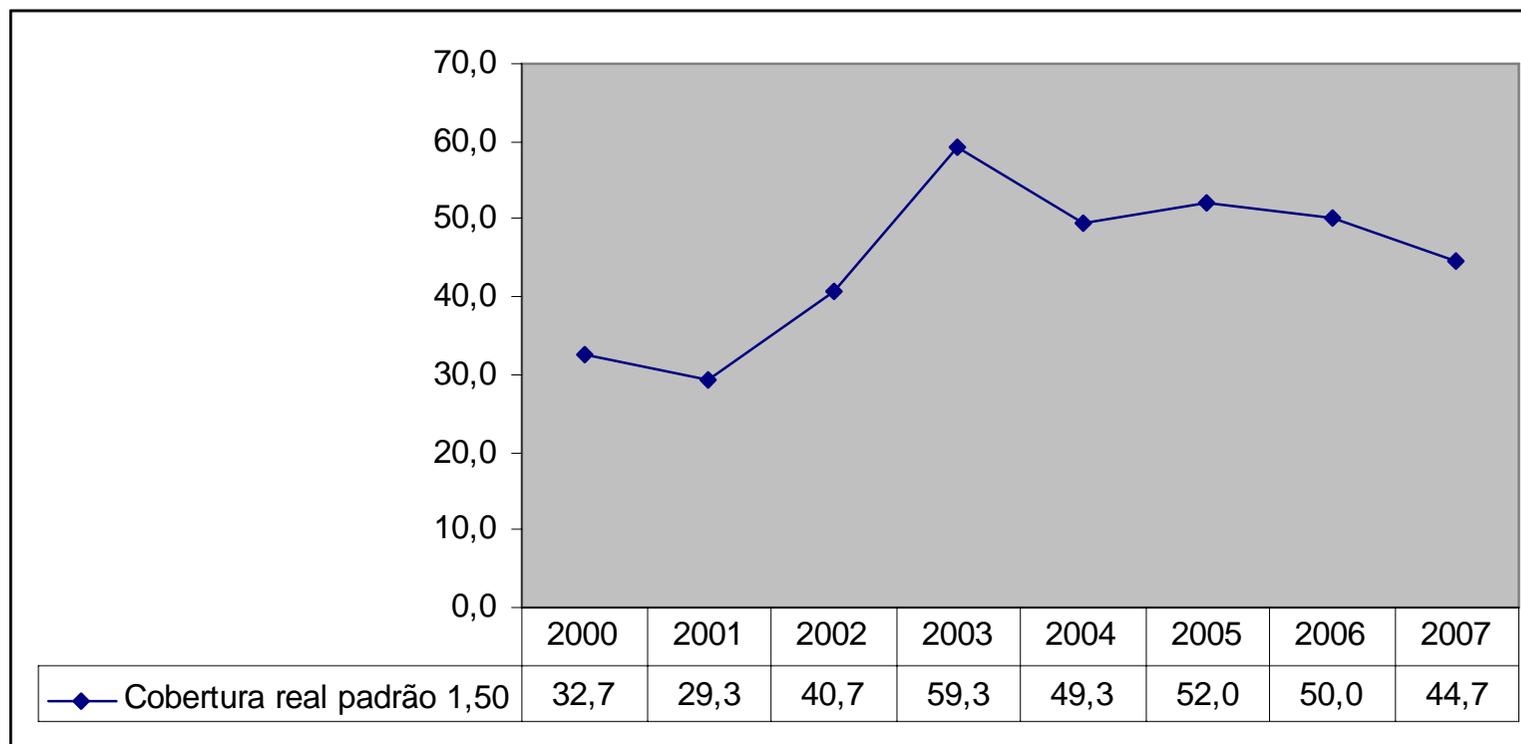
71

72 **Gráfico 29.** Concentração de ações básicas odontológicas realizadas por todos os prestadores SUS por habitante. 2000-2007. Salvador, Bahia.



Fonte: SIA/SUS, IBGE (2007)

73 **Gráfico 30.** Cobertura real de consultas médicas básicas realizadas pela rede própria municipal, de acordo com padrão ministerial (1,50/habitante/ano). Salvador, 2000-2007.



Fonte: IBGE; datasus-SIA/SUS (2000-2007).

74 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, V.M.S.L., BARROS, M.B.A., CESAR, C.L.G. et al. *Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.* **Cad. Saúde Pública**, vol.22, no.11, nov. 2006, p.2329-2338.

BAHIA, L. *Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90.* **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):329-339, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para Programação das Ações Básicas de Saúde**, 2001.

BRASIL. **Manual de Preenchimento e Instrumentação do SIA/SUS.** Brasília:MS:Secretaria de Assistência à Saúde. Disponível na Internet www.saude.gov.br/sas/decas/indice. 2002

BRASIL. **Portaria 1.101/GM.** Brasília-DF, Ministério da Saúde: 12 de junho de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais – **Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Série Pactos pela Saúde, Vol.1, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais – **Diretrizes para a programação pactuada e integrada de assistência à saúde.** Série Pactos pela Saúde, Vol.5, 2006B.

BRASIL, Ministério da Saúde - CGRH-SUS/SIRH **Indicadores Básico de Saúde do Brasil 2006 - Indicadores de recursos.** (2007) Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/e01.def> (acesso em fevereiro 2009).

BRASIL, Ministério da Saúde, SAS – **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Net.** Indicadores – Tipos de Unidades, 2007¹. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp. Acesso em novembro/2007B.

BRASIL, Ministério da Saúde, SAS - Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família.** Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php. Acesso em novembro/2007C.

BRASIL. **Portaria 91/GM.** Brasília-DF, Ministério da Saúde: 10 de janeiro de 2007 – D

BUENO, RRL. PIERUCCINI, M.C. **Abertura de escolas de medicina no Brasil relatório de um cenário sombrio.** Acesso em setembro/2007. (www.amb.org.br/escolas_medicas/EscolasMedicas3008.pdf)

CANGUSSU, M.C.T. e CASTELLANOS, F.R.A. *Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de Salvador, Bahia, 2001.* **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, jul./set. 2004, vol.4, no.3, p.287-297. ISSN 1519-3829.

CANGUSSU, M.C.T., CASTELLANOS, R.A., PINHEIRO, M.F. et al. *Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001*. **Pesquisa Odontologia Brasileira**, dez. 2002, vol.16, no.4, p.379-384. ISSN 1517-7491.

CAVALCANTE, M.G.S. et al. *Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro*. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, 2006, vol.6, no.4, p.437-445. ISSN 1519-3829

CESAR, C.L.G.; TANAKA, O.Y. *Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(supl.2): 59-70, 1996.

CHAVES, S. C. L.; RIBEIRO-SOBRINHO, C.; SOUZA, L. E. P. F. *Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):295-302, fev, 2008

COIMBRA, L.C, SILVA, A.A M, MOCHEL, E.G et al. *Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal*. **Rev. Saúde Pública**, ago. 2003, vol.37, no.4, p.456-462. ISSN 0034-8910.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) 2007. [on-line] Disponível na internet em <http://www.portalmedico.org.br/estatisticas/estatisticas.asp?Portal=> Acesso em setembro de 2007.

COSTA, J.S.D. da; FACCHINI, L.A. *Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência*. **Rev.Saúde Pública**, 31(4): 360-9, 1997

DA SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. *Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6): 1821-1828, nov. - dez, 2005.

DANIELS, N. BRYANT, J. R.A. et al. *Crerios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo*. **Bulletin of the World Health Organization**, 2000, 78 (6): 740–750.

DODE, M.A.S.O., ASSUNCAO, M.C.F. e VALLE, N.C.J.. *Cobertura, foco, fatores associados à participação e vinculação à Campanha Nacional de Detecção de Diabetes em uma cidade no Sul do Brasil*. **Cad. Saúde Pública**, ago. 2007, vol.23, no.8, p.1877-1885. ISSN 0102-311X.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. Ed. Biblioteca de la Salud. 1ª edição espanhola, México, 1988.

ELIAS, P.E., FERREIRA, C.N.; ALVES, M.C.G.; COHN, A.; KISHIMA V.; ESCRIVÃO JUNIOR A.; et al. *Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo*. **Ciênc Saúde Coletiva** 2006; 11:633-41.

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ,E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA,F.V.; RODRIGUES, M.A. *Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde*. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):669-681, 2006.

FORMIGLI, V.L.A.; COSTA, M.C.O.; PORTO, L.A. *Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3):831-841, jul. - set, 2000.

FRENK, JM. *El concepto y la medición de accesibilidad*. In: OPAS, (White K L, editor principal). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington, DC: OPS, 1992, p. 929-943.

GOLDBAUM, M., GIANINI, R.J., NOVAES, H.M.D. et al. *Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo*. **Rev. Saúde Pública**, fev. 2005, vol.39, no.1, p.90-99. ISSN 0034-8910.

HELLER, A. **Teoria de las necesidades en Marx**. Barcelona, Ediciones Península, 1986.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M., *Avaliação do Programa Saúde da Família*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4):809-819, abr, 2008

IBAÑEZ N, ROCHA JSY, CASTRO PC, RIBEIRO MCSA, FORSTER AC, NOVAES MHD, et al. *Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo*. **Ciência e Saúde Coletiva** 2006; 11:683-703.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. 2003. Disponível em www.ibge.gov.br, acessado em julho de 2007.

LEAL, M.C., GAMA, S.G.N., FRIAS, P. et al. *Estilos de vida saudáveis e acesso aos exames periódicos de saúde entre as mulheres brasileiras*. **Cad. Saúde Pública**, 2005, vol.21 supl.1, p.S78-S88. ISSN 0102-311X.

MENDES, E.V. *A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário*, **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, Brasília, OPS, 1993, nº 10, p. 7-19.

MENDOZA-SASSI, R., BÉRIA, J.U. BARROS, AJ D *Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study*. **Rev. Saúde Pública**, June 2003, vol.37, no.3, p.372-378. ISSN 0034-8910

MILLS, A. *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. **Health Economics and Financing Programme**. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2007.

NASCIMENTO, E.R., PAIVA, M.S. e RODRIGUES, Q.P. *Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de*

Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, abr./jun. 2007, vol.7, no.2, p.191-197. ISSN 1519-3829.

NASCIMENTO, E.R., RODRIGUES, Q.P. e ALMEIDA, M.S. *Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador - Bahia*. **Acta paulista de enfermagem**, jul./set. 2007, vol.20, no.3, p.311-315. ISSN 0103-2100. (2007-2)

OPAS. **Plan Decenal de Salud para las Américas: informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972**. 1973, 146p.

PAIM, J.S. *As ambigüidades da noção de necessidades de saúde*. Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva. **Fol.0170. Mimeo**. 1979.

PAIM, J.S. *A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários*. In: MENDES (org) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1993.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. EDUFBA, Salvador, 2008.

PESSOTO, U.C., HEIMANN, L.S., BOARETTO, R.C. et al. *Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo*. **Ciênc. Saúde coletiva** [on-line]. 2007, vol. 12, no. 2, pp. 351-362. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.

PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E; SILVEIRA. D.S.; SIQUEIRA,F.V.; RODRIGUES, M.A. *Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde*. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 657-667,2006.

RIBEIRO, J.M., COSTA, N.R., PINTO, L.F.S. et al. *Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo*. **Cad. Saúde Pública**, mar./abr. 2004, vol.20, no.2, p.534-545. ISSN 0102-311X.

RIBEIRO, M.C.S.A., BARATA,R.B., ALMEIDA, M.F. et al. *Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003*. **Ciênc. Saúde coletiva**, out./dez. 2006, vol.11, no.4, p.1011-1022. ISSN 1413-8123.

RIPSA -Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** – 2ª edição – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br> , acesso em fevereiro de 2009.

RONZANI TM, STRALEN CJ. *Dificuldades de implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro*. **Revista de Atenção Primária à Saúde** 2003; 2:99-107.

ROSSI, P.H.; LIPSEY, M.W. & FREEMAN, H.E. *Assessing and monitoring program process*. In: **Evaluation, a systematic approach**. Beverly Hills: Sage, 2004. p169-201.

SCHRAIBER, L.B. (org) **Programação em saúde hoje**. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1990, 226 p.

SCOCHI, M.J. *Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação*. **Cad. Saúde Pública**, jul./set. 1994, vol.10, no.3, p.356-367. ISSN 0102-311X.

SILVA, N.N da, PEDROSO, G.C, PUCCINI, R.F. et al. *Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada*. **Rev. Saúde Pública**, fev. 2000, vol.34, no.1, p.44-49. ISSN 0034-8910.

SMS-SALVADOR (Secretaria Municipal de Saúde de Salvador), 2005. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Salvador: Prefeitura Municipal.

SOBERON, G. 1988. *La extensión de cobertura de los servicios de salud*. **Gaceta Medica de México**. 124 (5): 163-175.

SOUSA, L.B., SOUZA, R.K.T. e SCOCHI, M.J. *Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil*. **Arq. Bras. Cardiol.**, out. 2006, vol.87, no.4, p.496-503. ISSN 0066-782X

SZWARCWALD, C.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T. *Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional*. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):643-655,2006.

TEIXEIRA, C. **O Futuro da prevenção**. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001. 115 p.

TRAVASSOS, C., VIACAVA, F., FERNANDES, C. et al. *Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil*. **Ciênc. saúde coletiva**, 2000, vol.5, no.1, p.133-149. ISSN 1413-8123.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup2: S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G. de.; VIACAVA,F. *Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003*. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4): 975-986,2006.

VIEIRA DA SILVA, L.M. *Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde*. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 331-339,1999.

VIEIRA DA SILVA, *Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde*. In: VIEIRA DA SILVA, L. M., HARTZ, Z. M. A., orgs. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro; Salvador, FIOCRUZ/ EDUFBA:2005.

VIEIRA DA SILVA, L. e ALMEIDA FILHO, N. *Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos*. **Cadernos de Saúde Pública** (no prelo), 2009.

VIEIRA DA SILVA, L.M. & FORMIGLI V.L.A. *Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10(1): 80-91, 1994.

VIEIRA DA SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. et al. *O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – Avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11(1): 72-84, jan/mar, 1995.

VIEIRA DA SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. et al. *Coberturas vacinais superestimadas? Novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima*. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Ano 76, v.1 n.6, p. 444-450 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems**. Geneva: World Health Organization; 2001.

As ações básicas consideradas para a construção dos indicadores compõem os Procedimentos de Atenção Básica (Bloco 1) da Tabela do SIA/SUS de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.230/99 GM.

a) Código e descrição das ações selecionadas para compor o indicador das ações básicas de enfermagem.

Código	Ação
01.022.05-9	Coleta de linfa para pesquisa de m. Leprae
Descrição:	Consiste na coleta de material realizada por técnico capacitado, fora da unidade laboratorial.
01.022.06-7	Coleta de material para exame laboratorial em patologia clínica
Descrição:	Consiste na coleta de material realizada por profissional capacitado, fora da unidade laboratorial.
01.022.07-5	Curativo por paciente
01.022.08-3	Inalação/Nebulização
01.022.09-1	Mitsuda (hanseníase) id
01.022.10-5	Pesquisa de plasmódios (gota espessa)
Descrição:	Consiste na realização do exame, para pesquisa de plasmódios. À fresco
01.022.11-3	Ppd (tuberculose) – id
01.022.12-1	Retirada de pontos de cirurgias básicas - por paciente
01.022.13-0	Terapia de rehidratação oral
01.023.00-4	Atividades em grupo
01.023.01-2	Atividade educativa com grupo na comunidade - nível médio (por grupo)
Descrição:	Atividade educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, mínimo de dez participantes e duração mínima de trinta minutos, desenvolvida na comunidade, fora da unidade da saúde.
01.023.02-0	Atividades executadas por agente comunitário saúde
Descrição:	Visita domiciliar (atividade externa solicitada e supervisionada por profissional enfermeiro segundo objetivos pré-estabelecidos), já incluídas ações executadas, tais como: cadastramento familiar, identificação, encaminhamento e acompanhamento da população alvo para atendimento nas unidades de saúde; participação nas atividades educativas com grupo no mínimo de dez participantes e com duração mínima de sessenta minutos, desenvolvidas na área de abrangência da unidade pública à qual o agente comunitário de saúde está vinculado.
01.023.03-9	Atividade educativa com grupo na unidade - nível médio (por grupo)
Descrição:	Atividade educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, mínimo de dez participantes e duração mínima de trinta minutos, desenvolvida nas dependências da unidade de saúde.
01.023.04-7	Visita domiciliar por profissional de nível médio

Descrição:	Visita domiciliar solicitada por profissional de nível superior, segundo rotinas de serviços programadas; já incluídos cuidados executados durante a visita, tais como: curativos, retirada de pontos, e outros; convocação de faltosos incluídos em programas específicos.
04.011.04-0	Consulta/atendimento individual em atenção básica realizada pelo profissional enfermeiro(a).
04.011.06-6	Consulta/atendimento domiciliar em atenção básica de enfermeiro(a).
Descrição:	Compreende todos os atos executados durante a visita do profissional.
04.012.00-3	Atividades executadas p/ prof. Enfermeiros no pacs /psf
04.012.02-0	Consulta/atendimento individual por profissional enfermeiro(a) na unidade do PACS/PSF.
04.012.03-8	Consulta/atendimento domiciliar de enfermeiro(a) (PACS/PSF)

Fonte: Brasil, 1999.

b) Código e descrição das ações selecionadas para compor o indicador das ações médicas básicas.

Código	Ação
02.011.02-6	Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas com remoção
	Procedimento caracterizado pelo atendimento, em situação de urgência, com remoção do paciente em ambulância para outra unidade de saúde acompanhado por profissional de saúde, de acordo com o que recomendar o caso.
02.011.03-4	Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas
02.012.00-6	Consulta médica/atendimento em especialidades básicas
02.012.01-4	Atendimento clínico para indicação e fornecimento do diafragma vaginal
	Consiste em exame clínico ginecológico, medida do diafragma, fornecimento e orientação quanto à inserção e retirada do diafragma e controle de ajuste.
02.012.02-2	Atendimento clínico para indicação e fornecimento e inserção de DIU
	Consiste em exame clínico ginecológico, com assepsia, histerometria, fornecimento, inserção e controle imediato do dispositivo intra-uterino.
02.012.03-0	Consulta de pré-natal
	Inclui a avaliação do estado geral da gestante, de progressão do estado gestacional e de avaliação do crescimento e desenvolvimento fetal.
02.012.04-9	Consulta em clínica médica
02.012.05-7	Consulta em gineco-obstetrícia
02.012.06-5	Consulta em ginecologia
02.012.07-3	Consulta em pediatria
02.012.08-1	Consulta médica do PSF
	Consiste no atendimento realizado pelo profissional médico do PSF, na unidade de saúde da família ou no domicílio do paciente, situado na área da referida unidade a qual o médico está vinculado.
02.012.09-0	Consulta médica domiciliar
02.012.10-3	Consulta médica para Hanseníase
02.012.11	Consulta médica puerperal para conclusão de atendimento obstétrico
02.012.12	Consulta para diagnóstico de Diabetes Mellitus realizada por médico
02.012.13	Acompanhamento portador Diabetes Mellitus realizado por médico
02.012.14	Consulta para identificação de casos novos de tuberculose
02.012.15	Consulta tratamento autoadministrado p/alta ou p/cura de paciente com tuberculose

c) Código e descrição das ações selecionadas para compor o indicador das ações básicas em odontologia

Código	Ação
03.010.00-7	SUBGRUPO 01 - PROCEDIMENTOS COLETIVOS
03.011.00-3	Procedimentos coletivos
03.011.01-1	Procedimentos coletivos
	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados (zero à 6 anos, 7 a 14 anos, adolescentes, gestantes e adultos). • Exame epidemiológico - compreende estudos de prevalência e incidência das doenças bucais, realizados, no início do programa e, no mínimo, a cada dois anos com o objetivo de avaliar o impacto das atividades desenvolvidas e orientar o planejamento das ações para o grupo atendido e comunidade. • Educação em saúde - atividades educativas realizadas, no mínimo trimestralmente, enfatizando os cuidados com a saúde bucal (controle da placa bacteriana, uso do flúor através da água de abastecimento e métodos tópicos, dieta, desenvolvimento oro-facial, aleitamento materno, risco social etc).atividades com flúor - bochechos fluorados realizados semanalmente, com solução de sódio a 0,2% ao longo do ano mínimo de 25 aplicações. Poderá ser utilizado outro método alternativo , como flúor-gel na escova, moldeira, pincelamento ou outras formas dependendo da faixa etária a que se destina e a situação epidemiológica do grupo. As aplicações de flúor-gel ficarão com periodicidade condicionadas segundo o risco de cárie. • Higiene bucal supervisionada - compreende evidenciação da placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada, realizada, no mínimo, a cada três meses ao longo do ano, com entrega a cada participante, de uma escova de dentes e um tubo de pasta fluoretada de 100 ou 90 gramas, a cada três meses.
03.020.00-2	SUBGRUPO 02 - PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS PREVENTIVOS
03.021.00-9	Consulta odontológica
03.021.01-7	Consulta odontológica (1ª consulta)
	Exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, e condicionamento do paciente. Uma consulta ano por paciente.
03.022.00-5	Odontologia preventiva
03.022.01-3	Aplicação terapêutica intensiva com fluor - por sessão
	As aplicações de fluor gel (fluoreto de sódio a 1,23%, para maior eficácia, devem ser desenvolvidas em duas etapas: inicial -

	quinzenalmente, durante 06 (seis) sessões; manutenção - bimensalmente. Deve-se priorizar as pessoas com maior risco de cárie.
03.022.02-1	Aplicação de cariostático por dente
03.022.03-0	Aplicação de selante por dente
03.022.04-8	Controle da placa bacteriana
	Consiste no controle da placa bacteriana através de orientação prática sobre auto-cuidado, evidenciação da placa e escovação supervisionada com fornecimento de 01 (uma) escova de dente e um tubo de creme dental com fluor de 100 (cem) ou 90 (noventa) gramas, a cada seis meses.
03.022.05-6	Escariação por dente
03.022.06-4	Rap - raspagem, alisamento e polimento por hemi-arcada
03.022.07-2	Curetagem sub-gengival e polimento dentário por hemi-arcada
03.022.08-0	Selamento de cavidades com cimento provisório – por dente
03.030.00-8	SUBGRUPO 03 - DENTÍSTICA BÁSICA
03.031.00-4	Dentística
03.031.01-2	Capeamento pulpar direto em dente permanente
03.031.02-0	Pulpotomia em dente decíduo e selamento provisório
03.031.03-9	Restauração a pino
03.031.04-7	Restauração com amalgama de duas ou mais faces
03.031.05-5	Restauração com amalgama de uma face
03.031.06-3	Restauração com compósito de duas ou mais faces
03.031.07-1	Restauração com compósito de uma face
03.031.08-0	Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal
03.031.09-8	Restauração com silicato de duas ou mais faces
03.031.10-1	Restauração com silicato de uma face
03.031.11-0	Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces
03.031.12-8	Restauração fotopolimerizável de uma face
03.040.00-3	SUBGRUPO 04 - ODONTOLOGIA CIRÚRGICA BÁSICA
03.041.00-0	Odontologia cirúrgica básica
03.041.01-8	Exodontia de dente decíduo
03.041.02-6	Exodontia de dente permanente
03.041.03-4	Remoção de resto radicular
03.041.05-0	Tratamento de alveolite
03.041.06-9	Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de emergência
03.041.07-7	Ulotomia

d) Códigos e ações básicas em odontologia agrupadas de acordo com a natureza do procedimento.

1- PROCEDIMENTOS COLETIVOS	
03.011.00-3	Procedimentos coletivos
03.011.01-1	Procedimentos coletivos
2- CONSULTA ODONTOLÓGICA	
03.021.01-7	Consulta odontológica (1ª consulta)
3- PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS PREVENTIVOS	
03.022.00-5	Odontologia preventiva
03.022.01-3	Aplicação terapêutica intensiva com fluor - por sessão
03.022.02-1	Aplicação de carióstático por dente
03.022.03-0	Aplicação de selante por dente
03.022.04-8	Controle da placa bacteriana
03.022.05-6	Escariação por dente
03.022.08-0	Selamento de cavidades com cimento provisório – por dente
4- PROCEDIMENTOS PERIODONTAIS	
03.022.06-4	Rap - raspagem, alisamento e polimento por hemi-arcada
03.022.07-2	Curetagem sub-gengival e polimento dentário por hemi-arcada
5- PROCEDIMENTOS DE RESTAURAÇÃO	
03.031.01-2	Capeamento pulpar direto em dente permanente
03.031.03-9	Restauração à pino
03.031.04-7	Restauração com amálgama de duas ou mais faces
03.031.05-5	Restauração com amálgama de uma face
03.031.06-3	Restauração com compósito de duas ou mais faces
03.031.07-1	Restauração com compósito de uma face
03.031.08-0	Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal
03.031.09-8	Restauração com silicato de duas ou mais faces
03.031.10-1	Restauração com silicato de uma face
03.031.11-0	Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces
03.031.12-8	Restauração fotopolimerizável de uma face
6- PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	
03.031.02-0	Pulpotomia em dente decíduo e selamento provisório
03.041.00-0	Odontologia cirúrgica básica
03.041.01-8	Exodontia de dente decíduo
03.041.02-6	Exodontia de dente permanente
03.041.03-4	Remoção de resto radicular

03.041.05-0	Tratamento de alveolite
03.041.06-9	Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de emergência
03.041.07-7	Ulotomia

ANEXO II – LISTA DE UNIDADES POR DISTRITO SANITÁRIO (2004-2007).

BARRA			
2004	2005	2006	
000435-UBS CS OSWALDO CALDAS CAMPOS	000435-UBS CS OSWALDO CALDAS CAMPOS	000435-UBS CS OSWALDO CALDAS CAMPOS	0004
000456-UBS DONA IVONE SILVEIRA	000456-UBS DONA IVONE SILVEIRA	000456-UBS DONA IVONE SILVEIRA	0004
000386-UBS CS PROF EDUARDO ARAUJO	000386-UBS CS PROF EDUARDO ARAUJO	000386-UBS CS PROF EDUARDO ARAUJO	0003
000401-UBS CS PROF SABINO SILVA	000401-UBS CS PROF SABINO SILVA	000401-UBS CS PROF SABINO SILVA	0004
000440-UBS CS PROF CLEMENTINO FRAGA	000440-UBS CS PROF CLEMENTINO FRAGA	000440-UBS CS PROF CLEMENTINO FRAGA	0004
000681-UBS SAO GONCALO	000681-UBS SAO GONCALO	000681-UBS SAO GONCALO	0006
000519-USF GARCIA	000519-USF GARCIA	000519-USF GARCIA	0005
000686-USF NOSSA SENHORA DE FATIMA	000686-USF NOSSA SENHORA DE FATIMA	000686-USF NOSSA SENHORA DE FATIMA	0006
315282-USF DA FEDERACAO	315282-USF DA FEDERACAO	315282-USF DA FEDERACAO	3152
6 ubs 3 psf	6 ubs 3 psf	6 ubs 3 psf	6 ubs
BOCA DO RIO			
2004	2005	2006	
000476-UBS CS CESAR DE ARAUJO	000476-UBS CS CESAR DE ARAUJO	000476-UBS CS CESAR DE ARAUJO	0004
000415-UBS CS ALFREDO BUREAU	000415-UBS CS ALFREDO BUREAU	000415-UBS CS ALFREDO BUREAU	0004
000526-UBS PITUACU	000526-UBS PITUACU	000526-UBS PITUACU	0005
3 ubs	3 ubs	3 ubs	3 ubs
BROTAS			
2004	2005	2006	
000680-UBS SANTA LUZIA	000680-UBS SANTA LUZIA	000680-UBS SANTA LUZIA	0006
000683-UBS MANOEL VITORINO	000683-UBS MANOEL VITORINO	000683-UBS MANOEL VITORINO	0006
265336-UBS CARDEAL DA SILVA	265336-UBS CARDEAL DA SILVA	265336-UBS CARDEAL DA SILVA	2653
000396-UBS CS MARIO ANDREA	000396-UBS CS MARIO ANDREA	000396-UBS CS MARIO ANDREA	0003
000704-2 UAO	000704-2 UAO	000704-2 UAO	0007
301578-USF CANDEAL	301578-USF CANDEAL	301578-USF CANDEAL	3015
4 ubs 1 psf	4 ubs 1 psf	4 ubs 1 psf	4 ubs

CABULA			
2004	2005	2006	
006416-UBS DO ARENOSO	006416-UBS DO ARENOSO	006416-UBS DO ARENOSO	0064
002846-UBS DE PERNAMBUES	002846-UBS DE PERNAMBUES	002846-UBS DE PERNAMBUES	0028
002848-UBS SANTO INACIO	002848-UBS SANTO INACIO	002848-UBS SANTO INACIO	0028
002847-UBS DO DORON	002847-UBS DO DORON	002847-UBS DO DORON	0028
000689-UBS DE BARREIRAS	000689-USF DE BARREIRAS	000689-UBS DE BARREIRAS	0006
000691-UBS DO CALABETAO	000691-UBS DO CALABETAO	000691-UBS DO CALABETAO	0006
000403-PA DR RODRIGO ARGOLO	000403-PA DR RODRIGO ARGOLO	000403-PA DR RODRIGO ARGOLO	0004
000522-UBS CS EUNISIO C TEIXEIRA	000522-UBS CS EUNISIO C TEIXEIRA	000522-UBS CS EUNISIO C TEIXEIRA	0005
000523-UBS DE SARAMANDAIA	000523-UBS DE SARAMANDAIA	000523-USF DE SARAMANDAIA	0005 FERF
000489-UBS DE PERNAMBUEZINHO	000489-UBS DE PERNAMBUEZINHO	000489-UBS DE PERNAMBUEZINHO	0004
000699-UBS DE ENGOMADEIRA	000699-UBS DE ENGOMADEIRA	000699-UBS DE ENGOMADEIRA	0006
0007006-UBS DE SUSSUARANA	0007006-UBS DE SUSSUARANA	0007006-UBS DE SUSSUARANA	0007
000441-UBS DE MATA ESCURA	000441-UBS DE MATA ESCURA	000441-UBS DE MATA ESCURA	0004
000444-UBS DO CSU PERNAMBUES	000444-UBS DO CSU PERNAMBUES	000444-UBS DO CSU PERNAMBUES	0004
14 ubs	13 ubs 1 psf	12 ubs 2 psf	12 ub
CAJAZEIRAS			
2004	2005	2006	
000694-UBS FAZ. GRANDE I	000694-UBS FAZ. GRANDE I	000694-UBS FAZ. GRANDE I	2653
265340-USF CAJAZEIRAS V	265340-USF CAJAZEIRAS V	265340-USF CAJAZEIRAS V	0004
000461-USF CAJAZEIRAS X	000461-USF CAJAZEIRAS X	000461-USF CAJAZEIRAS X	0007
000702-UBS AGUAS CLARAS	000702-UBS AGUAS CLARAS	000702-UBS AGUAS CLARAS	0005
000528-UBS CAJAZEIRAS IV	000528-USF CAJAZEIRAS IV	000528-USF CAJAZEIRAS IV	3049
304917-USF BOCA DA MATA	304917-USF BOCA DA MATA	304917-USF BOCA DA MATA	
3 ubs 3 psf	2 ubs 4 psf	2 ubs 4 psf	4 psf

CENTRO			
2004	2005	2006	
000454-UBS SANTO ANTONIO	000454-UBS SANTO ANTONIO	000454-UBS SANTO ANTONIO	0004
247085-UBS SAO FRANCISCO	247085-UBS SAO FRANCISCO	247085-UBS SAO FRANCISCO	2470
000438-UBS CS MACIEL/PELOURINHO	000438-UBS CS MACIEL/PELOURINHO	000438-UBS CS MACIEL/PELOURINHO	0004
000395-UBS CAE I - CARLOS GOMES	000395-UBS CAE I - CARLOS GOMES	000395-UBS CAE I - CARLOS GOMES	0003
265335-UBS DE BARBALHO	265335-UBS DE BARBALHO	265335-UBS DE BARBALHO	2653
000388-UBS CS RAMIRO DE AZEVEDO	000388-UBS CS RAMIRO DE AZEVEDO	000388-UBS CS RAMIRO DE AZEVEDO	0003
333587-CEO-CENTRO DE ESPEC ODONTOLOGICA	333587-CEO-CENTRO DE ESPEC ODONTOLOGICA	333587-CEO-CENTRO DE ESPEC ODONTOLOGICA	5242
6 ubs	6 ubs	6 ubs	6 ubs
ITAPAGIPE			
2004	2005	2006	
000419-UBS VIRGILIO DE CARVALHO	000419-UBS VIRGILIO DE CARVALHO	000419-UBS VIRGILIO DE CARVALHO	0004
000707-COAS	000707-COAS	000707-COAS	0007
000421-UBS CS MINISTRO ALKIMIN	000421-UBS CS MINISTRO ALKIMIN	000421-UBS CS MINISTRO ALKIMIN	0004
002844-USF JOANES LESTE-PSF	002844-USF JOANES LESTE-PSF	002844-USF JOANES LESTE-PSF	0028
000693-USF JOANES CENTRO-OESTE-HAMESA	000693-USF JOANES CENTRO-OESTE-HAMESA	000693-USF JOANES CENTRO-OESTE-HAMESA	0006 HAM
2 ubs 2 psf	2 ubs 2 psf	2 ubs 2 psf	2 ubs
ITAPUÃ			
2004	2005	2006	
000480-UBS BAIRRO DA PAZ	000480-UBS BAIRRO DA PAZ	000480-UBS BAIRRO DA PAZ	0004
000642-UBS SAO CRISTOVAO	000642-UBS SAO CRISTOVAO	000642-UBS SAO CRISTOVAO	0006
000434-PA HELIO MACHADO	000434-PA HELIO MACHADO	000434-PA HELIO MACHADO	0004
000483-UBS CS PROF JOSE MARIANI	000483-UBS CS PROF JOSE MARIANI	000483-UBS CS PROF JOSE MARIANI	0004
000402-UBS CS DR EDUARDO B MAMEDE	000402-UBS CS DR EDUARDO B MAMEDE	000402-UBS CS DR EDUARDO B MAMEDE	0005
000534-USF ALTO DO COQUEIRINHO	000534-USF ALTO DO COQUEIRINHO	000534-USF ALTO DO COQUEIRINHO	3325
332583-USF NOVA ESPERANCA	332583-USF NOVA ESPERANCA	332583-USF NOVA ESPERANCA	
4 ubs 2 psf	4 ubs 2 psf	4 ubs 2 psf	4 ubs

LIBERDADE			
2004	2005	2006	
000518-1 UAO	000518-1 UAO	000518-1 UAO	0005
000682-UBS SAO JUDAS TADEU	000682-UBS SAO JUDAS TADEU	000682-UBS SAO JUDAS TADEU	0006
000459-UBS CS PROF BEZERRA LOPES	000459-UBS CS PROF BEZERRA LOPES	000459-UBS CS PROF BEZERRA LOPES	0004
000525-USF SANTA MONICA	000525-USF SANTA MONICA	000525-USF SANTA MONICA	0005
2 ubs 1 psf	2 ubs 1 psf	2 ubs 1 psf	5373
			2 ubs
PAU DA LIMA			
2004	2005	2006	
000433-UBS PIRES DA VEIGA	000433-UBS PIRES DA VEIGA	000433-UBS PIRES DA VEIGA	0004
000411-UBS SETE DE ABRIL	000411-UBS SETE DE ABRIL	000411-UBS SETE DE ABRIL	0004
000475-UBS CECY DE ANDRADE	000475-UBS CECY DE ANDRADE	000475-UBS CECY DE ANDRADE	0004
000520-UBS DOM AVELAR	000520-UBS DOM AVELAR	000520-UBS DOM AVELAR	0005
238474-UBS DE CANABRAVA	238474-USF DE CANABRAVA	238474-USF DE CANABRAVA	2384
000424-UBS CS CASTELO BRANCO	000424-UBS CS CASTELO BRANCO	000424-UBS CS CASTELO BRANCO	0004
000490-UBS NOVA BRASILIA	000490-UBS NOVA BRASILIA	000490-UBS NOVA BRASILIA	0004
000692-UBS NOVO MAROTINHO	000692-UBS NOVO MAROTINHO	000692-UBS NOVO MAROTINHO	0006
8 ubs	7 ubs 1 psf	7 ubs 1 psf	7 ubs
SÃO CAETANO			
2004	2005	2006	
244476-UBS DE VALERIA	244476-UBS DE VALERIA	244476-UBS DE VALERIA	2444
000677-USF JAQUEIRA DO CARNEIRO	000677-USF JAQUEIRA DO CARNEIRO	000677-USF JAQUEIRA DO CARNEIRO	0006
000678-UBS MARECHAL RONDON	000678-UBS MARECHAL RONDON	000678-UBS MARECHAL RONDON	0006
000685-UBS PROF RIBEIRO SANTOS	000685-USF PROF RIBEIRO SANTOS	000685-USF PROF RIBEIRO SANTOS	0006
000485-UBS CS PERICLES LARANJEIRAS	000485-UBS CS PERICLES LARANJEIRAS	000485-UBS CS PERICLES LARANJEIRAS	0004
000679-UBS N S DE GUADALUPE	265339-USF ALTO DO CABRITO	265339-USF ALTO DO CABRITO	0006
265339-USF ALTO DO CABRITO	265341-USF DE BOA VISTA DO LOBATO	265341-USF DE BOA VISTA DO LOBATO	2653
265341-USF DE BOA VISTA DO LOBATO	336889-USF RECANTO DA LAGOA	336889-USF RECANTO DA LAGOA	2653
5 ubs 3 psf	3 ubs 5 psf	3 ubs 5 psf	3368

			3 uds
SUBURBIO			
2004	2005	2006	
265344-UBS FAZENDA COUTOS	265344-UBS FAZENDA COUTOS	265344-UBS FAZENDA COUTOS	2653
000477-PA DR. ADROALDO ALBERGARIA	000477-PA DR. ADROALDO ALBERGARIA	000477-PA DR. ADROALDO ALBERGARIA	0004
000676-UBS DE COUTOS	000676-UBS DE COUTOS	000676-UBS DE COUTOS	0006
265337-USF DE ITACARANHA	265337-USF DE ITACARANHA	265337-USF DE ITACARANHA	2653
000695-UBS BEIRA MANGUE	000695-UBS BEIRA MANGUE	000695-UBS BEIRA MANGUE	0006
000697-UBS DE ALTO DO CRUZEIRO	000697-UBS DE ALTO DO CRUZEIRO	000697-UBS DE ALTO DO CRUZEIRO	0006
265342-UBS DO BARIRI	265342-UBS DO BARIRI	265342-UBS DO BARIRI	2653
002857-USF DO CONGO	002857-USF DO CONGO	002857-USF DO CONGO	0028
282103-USF RIO SENA	282103-USF RIO SENA	282103-USF RIO SENA	2821
265357-USF DE SAO TOME DE PARIPE	265357-USF DE SAO TOME DE PARIPE	265357-USF DE SAO TOME DE PARIPE	2653
000696-USF ILHA AMARELA	000696-USF ILHA AMARELA	000696-USF ILHA AMARELA	0006
	332585-USF BOM JESUS DOS PASSOS	332585-USF BOM JESUS DOS PASSOS	3325
	327050-USF VISTA ALEGRE	327050-USF VISTA ALEGRE	3270
	333918-USF FAZENDA COUTOS II	333918-USF FAZENDA COUTOS II	3339
			5377
2 uds 9 psf	2 uds 12 psf	2 uds 12 psf	2 uds

