

De Programa a Estratégia: A Saúde da Família no Brasil em Perspectiva. Um comparativo da década de 2000

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG

Júnia Marçal Rodrigues

Hospital Risoleta Tolentino Neves – HRTN
Observatório de Recurso Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Luis Fernando Rolim Sampaio

Department of Health Policy, Management and Evaluation, Faculty of Medicine
University of Toronto

Resumo

Este artigo descreve resultados de pesquisa feita em 2008/2009 junto a aproximadamente 2000 equipes de Saúde da Família no Brasil, visando refletir se esta estratégia, priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e promover reorientação das práticas e ações de saúde, teve avanços na consolidação da Saúde da Família. A análise da estrutura formal, práticas de trabalho, natureza da organização informal e processos de seleção, desenvolvimento/capacitação e socialização do corpo funcional envolvido na Saúde da Família permitiu a reflexão sobre o modelo, considerando comparação com estudo similar feito pelo Ministério da Saúde em 2001/2002.

Palavras-Chave: Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

1. Apresentação

Este artigo procura descrever a trajetória da Saúde da Família no Brasil na última década. O ponto inicial partiu de estudo censitário realizado pelo Ministério da Saúde entre 2001 e 2002 sobre o processo de implantação do então Programa de Saúde da Família (PSF), através da caracterização das equipes de saúde da família e saúde bucal sobre o prisma da infra-estrutura, gestão e processo de trabalho, sendo norteados pelos princípios e diretrizes então adotados. Naquele momento, o trabalho coletou dados em mais de 13 mil equipes de saúde da família e 2.500 equipes de saúde bucal, percorrendo aproximadamente 70% dos municípios brasileiros, tendo sido publicado em 2004¹. Em 2008 e 2009, foi realizada esta pesquisa², de natureza amostral, junto a aproximadamente 2000 equipes de Saúde da Família do Brasil, visando à reavaliação de dimensões

¹ Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

² Este artigo foi feito a partir de BARBOSA et al (2009), Saúde da Família no Brasil: Situação Atual e Perspectivas Estudo Amostral 2008/Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Belo Horizonte: FACE/UFMG e MS/DAB, 2009 (Relatório de Pesquisa, Parte I, Introdução e Metodologia, Parte V, Análise Comparativa). A elaboração do Relatório contou com a participação de Alessandra Coelho de Oliveira, Ignez Helena Perpétuo Oliva, Núbia Cristina da Silva e Thiago Augusto Hernandes Rocha.

observadas no estudo 2001/2002, para garantir comparabilidade. Foram ainda incluídas novas dimensões, tais como estrutura formal, práticas de trabalho, natureza da organização informal e os processos de seleção, desenvolvimento/capacitação e socialização do corpo funcional envolvido na Saúde da Família. Isso permitiu ampliar as perspectivas de análise na busca de evidências para reflexões sobre a repercussão das políticas implantadas nos últimos anos no trabalho das equipes, além do alinhamento das Estratégia de Saúde da Família (ESF) com as normas nacionais em relação a estrutura e aos processos de trabalho, as mudanças ocorridas com a consolidação da ESF, inserção da Saúde da Família na rede e a disponibilidade de apoio diagnóstico e de referência, entre outros.

A compreensão destas questões auxilia na tentativa de avaliar se esta estratégia, priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, teve avanços na sua consolidação. Este artigo apresenta, em sua estrutura, uma breve caracterização conceitual e contextual sobre a Saúde da Família no Brasil e uma síntese dos procedimentos metodológicos adotados no estudo amostral de 2008/2009. Posteriormente, são apresentados os principais resultados encontrados comparados ao levantamento de 2001/2002 realizado pelo Ministério da Saúde e uma breve reflexão discute se a atual Estratégia tem sido capaz de se inserir como o centro da rede de atenção do modelo de saúde.³

2. Saúde da Família – Uma Breve Caracterização no Brasil ⁴

O debate sobre Saúde da Família pode ser iniciado recuperando a concepção da Atenção Primária (AP), definida pela Organização Mundial de Saúde como

o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978).

Entretanto, existe uma enorme diversidade que demonstra a dificuldade de consenso sobre o tema. A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser considerada o nível primário do sistema de serviços de saúde, concebida como o modo de organizar e fazer funcionar a “porta de entrada” do sistema, com ênfase na função resolutive, minimizando custos econômicos e orientada para satisfazer as demandas da população nos problemas mais comuns de saúde. Também pode ser considerada uma estratégia de organização do sistema de saúde, sendo uma forma de recombina, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades da população (MENDES, 2002; TAKEDA, 2004).

Esta noção de APS enquanto estratégia de organização do sistema de serviços de saúde tem como referência a idéia de que tais sistemas podem ser fragmentados ou integrados. Os primeiros são organizados por níveis hierárquicos segundo a complexidade crescente, numa forma piramidal. A APS, neste modelo, ocupa o primeiro nível de complexidade. O modo de organizar os serviços de saúde dentro destes sistemas está voltado para o atendimento a condições agudas (duração da condição limitada, manifestação abrupta, causas simples, diagnósticos precisos) (MENDES, 2002).

³ Nos dois estudos foram feitos os mesmos levantamentos para as equipes que operacionalizam a Estratégia de Saúde Bucal. Neste artigo optou-se por tratar somente da Estratégia de Saúde da Família nos dados passíveis de comparabilidade entre os dois momentos (2001/2002 e 2008/2009).

⁴ Este item teve como referência o trabalho de RODRIGUES, Raquel Braga, Atração, retenção e a lógica da gestão de recursos humanos: um estudo sobre os médicos da saúde da Família de Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG, 2008 (dissertação de mestrado)

Segundo este mesmo autor, sistemas integrados se estabelecem em rede horizontal integrada na qual a APS é o centro de comunicação e não há hierarquia. Neste caso, a atenção é voltada para condições crônicas (manifestação gradual, duração indefinida, causas múltiplas, diagnósticos incertos).

No papel de centro de comunicação da rede horizontal, a APS deve cumprir três funções essenciais: o papel *resolutivo* (resolver a maioria dos problemas da população); o papel *organizador* de fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos da atenção à saúde e o de *responsabilização*, isto é, co-responsabilizar pela saúde dos cidadãos em todos os pontos de atenção a saúde (MENDES, 2002, 2007).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) está organizada em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) se deu em 1994 pelo Governo Federal como política de atenção primária no Brasil. A partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa reforçando a idéia de estratégia de saúde da família por reconhecê-la na reorientação da APS no Brasil (CORBO E MOROSINI, 2005). Em 2006 a Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde reafirmou o PSF como modelo estruturante do SUS. O PSF está ancorado nas ações de uma equipe composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à uma população *adscrita* de, no máximo, 4000 pessoas. As equipes podem ser ampliadas, conforme necessidade e decisão do gestor municipal (BRASIL, 2006- Portaria 648 da Saúde).

De acordo com o Ministério da Saúde,

a Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde o objetivo do PSF

é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1997, p.1)

Para o Programa de Saúde da Família foram definidos os seguintes atributos propostos por Starfield (1998): **Atenção ao primeiro contato** (acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde); **Longitudinalidade** (parceria sustentada na qual o paciente é tratado como uma pessoa completa, cujos valores e preferências são levados em consideração) **Integralidade** (as unidades de atenção primária devam fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas); **Coordenação** (forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas). Esta autora inclui ainda a **focalização na família** e a **orientação comunitária** como fatores importantes do contexto sócio-econômico-cultural e que devem ser considerados como parte dos atributos da Atenção Primária.

É neste contexto que a Estratégia de Saúde da Família foi analisada considerando a

comparabilidade entre dois momentos distintos da trajetória no país.

3. A Metodologia do Estudo Amostral 2008/2009

3.1. Amostra da Pesquisa

A amostra selecionada, representativa de cada estado brasileiro, foi definida a partir de dois parâmetros: a) Porte populacional considerando as seguintes categorias: Até 20.000 habitantes; De 20.001 a 30.000 habitantes; De 30.001 a 100.000 habitantes; De 100.001 a 500.000 habitantes; Acima 500.000 habitantes; b) Índice de Desenvolvimento Humano do Município – IDHM, considerando Menor que 0,700 e 0,700 ou maior.

A amostra⁵ de Equipes da Saúde foi retirada da quantidade de equipes Equipes de Saúde da Família (dados do CNES, Março/2008). A seleção da amostra foi feita através do sorteio de municípios PPS (Probability Proportional to Size). A capital de cada estado foi sempre pesquisada.

Na época da realização das definições amostrais, 22% dos municípios possuíam apenas uma Equipe de Saúde da Família. Por isso e considerando o custo da pesquisa nestes municípios, os mesmos foram agrupados em “pseudomunicípios”, aqui definidos como conjuntos de municípios com uma menor quantidade de Equipes de Saúde e mesmas características quanto ao porte populacional, nível de IDHM e proximidade geográfica dentro de cada Unidade da Federação. O tamanho destes “pseudomunicípios”, ou agregado de municípios, é o suficiente para que o valor mínimo de unidades primárias de amostragem seja selecionado. Assim garantiu-se um agrupamento dos municípios com número reduzido de equipes de saúde mantendo uma mesma representatividade dos mesmos na amostra.

A Tabela 1 a seguir identifica o universo das equipes de saúde da família de cada estado e a respectiva amostra definida conforme critérios previamente apresentados.

⁵ A distribuição dentro dos estratos de população e IDHM, bem como a seleção das equipes da amostra foram baseadas no banco de dados do CNES da data de 06 de março de 2008.

Tabela 1 - Tamanho do Universo e da Amostra por UF e Região

Região	UF	Universo (Equipes)	Amostra (Equipes)	Número de Cidades	Erro Máximo por Região
Centro Oeste	DF	36	19	07	5,6%
	GO	1034	89	28	
	MS	382	78	20	
	MT	512	83	27	
Nordeste	AL	731	84	16	3,4%
	BA	2332	92	22	
	CE	1735	91	17	
	MA	1675	90	20	
	PB	1223	89	22	
	PE	1737	91	17	
	PI	1041	88	27	
	RN	844	86	22	
	SE	520	81	15	
Norte	AC	131	55	09	4,1%
	AM	476	77	13	
	AP	118	49	09	
	PA	745	84	24	
	RO	211	62	17	
	RR	94	47	07	
	TO	354	73	38	
Sudeste	ES	499	81	18	5,1%
	MG	3644	93	37	
	RJ	1369	90	12	
	SP	3029	93	19	
Sul	PR	1580	91	29	5,8%
	RS	1072	88	46	
	SC	1242	89	26	
Brasil	Total	28366	2133	564	2,0%

Fonte: a partir de levantamento da pesquisa

3.2. A Coleta de Dados – Instrumentos

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados, sendo um deles direcionado às Equipes de Saúde da Família selecionadas na amostra das cidades e outro instrumento aplicado junto às Unidades de Saúde onde atuavam estas Equipes selecionada na amostra de cidades. Os questionários foram construídos visando garantir a comparabilidade com os dados da pesquisa de 2001/2002, ou seja, os instrumentos tinham que solicitar informações idênticas às da pesquisa anterior. Ainda, deveriam incorporar a compreensão da situação atual da Estratégia Saúde da Família diante das novas diretrizes e investimentos do Ministério da Saúde após a última pesquisa. Nesse sentido, os instrumentos possuíam novas questões, capazes de informar sobre as mudanças ocorridas ou em curso⁶.

Os questionários direcionados às equipes compreendiam informações de identificação da equipe, processo de trabalho, acesso a serviços e procedimentos especializados e recursos humanos.

⁶ Os instrumentos de coleta de dados possuíam a seguinte composição: Instrumento sobre **Estrutura**: 418 questões mais 46 questões desdobradas (subitens), totalizando 434 variáveis por cada questionário; **Equipe de Saúde da Família**: 727 questões mais 141 questões desdobradas, com 744 variáveis por cada questionário.

O instrumento para as Unidades de Saúde procurou identificar a estrutura física disponível para o trabalho das equipes, além dos demais profissionais de saúde e de gerência atuantes na unidade.

Definiu-se que, preferencialmente, o informante da pesquisa deveria ser o (a) enfermeiro (a), e na sua ausência, o (a) médico (a). A escolha do (a) enfermeiro (a) se baseia no fato de que, normalmente, este profissional concentra um maior conhecimento sobre a equipe, seus profissionais e sua dinâmica de funcionamento. A figura 1 a seguir esquematiza as dimensões abordadas nos instrumentos de coleta de dados.

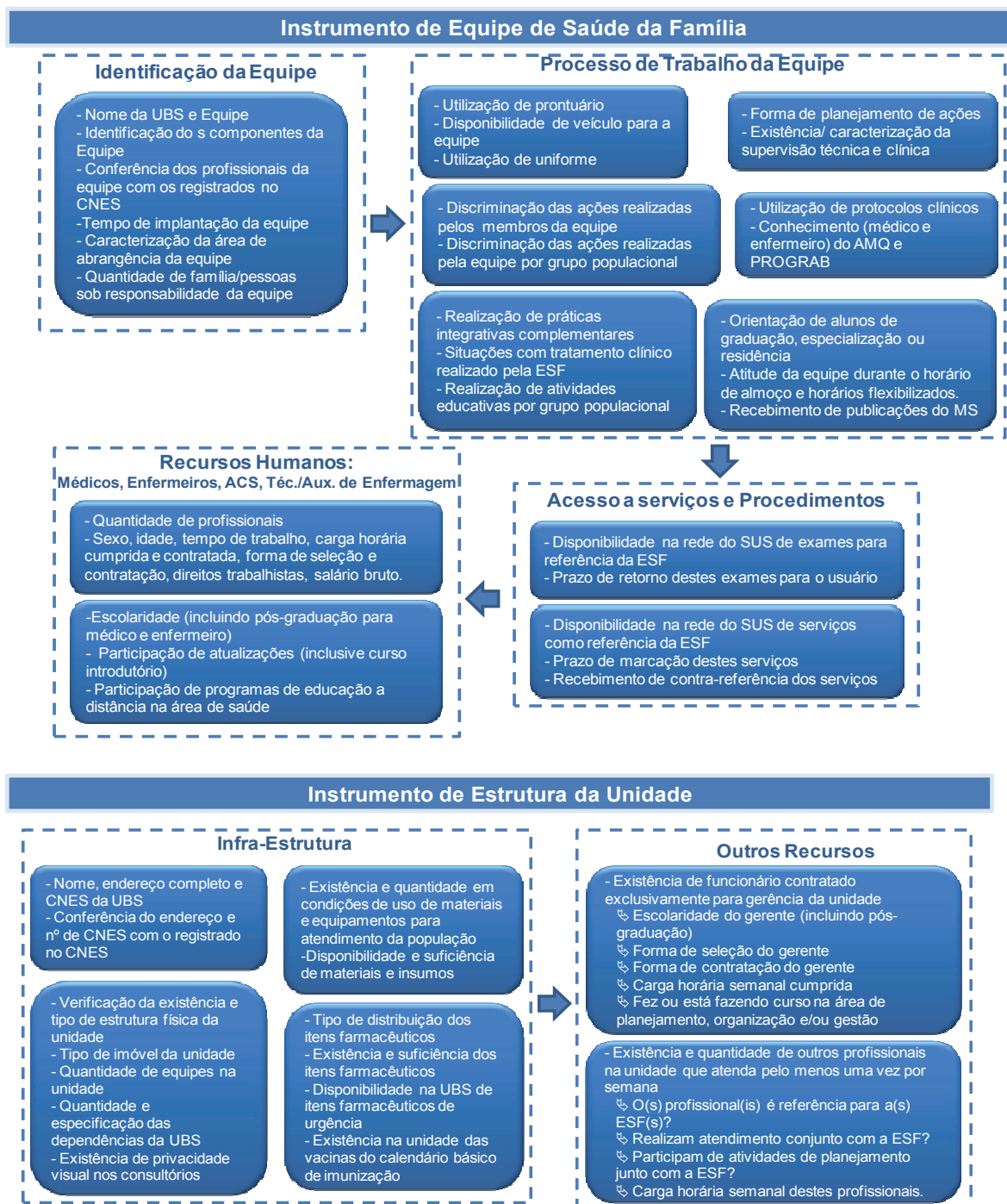


Figura 1 – Esquema dos Instrumentos de Coleta de dados

Fonte; Relatório Final, 2009.

4. Principais Resultados Encontrados – Comparativo 2001/2002 e 2008/2009

4.1. Estrutura Física, Equipes e Instalações

O estudo amostral de 2008/2009 corroborou os percentuais do estudo censitário de 2001 acerca dos indicadores de estrutura física existentes. Os percentuais nacionais ficaram acima de 93%. Este percentual deve ser visto à luz da forte expansão do número de equipes nesse intervalo de tempo. Assim como em 2001/2002, na maioria das unidades básicas de saúde do Brasil atuava somente uma equipe de Saúde da Família, sendo essa parcela maior em 2008/2009. (Tabela 2)

Tabela 2: Número de Equipes de Saúde da Família na unidade de saúde, por unidade da federação, Brasil, 2001/2002 e 2008/2009

Estados	2001/2002				2008/2009			
	Total N	1 ESF %	2 a 4 ESF %	Mais de 4 ESF %	Total N	1 ESF %	2 a 4 ESF %	Mais de 4 ESF %
DF	52	75,00	25,00	-	18	94,44	5,56	-
GO	662	60,57	33,69	5,74	76	68,42	31,58	-
MS	165	70,91	29,09	-	72	70,83	29,17	-
MT	323	83,59	16,41	-	78	93,59	6,41	-
Centro-Oeste	1202	68,80	28,04	3,16	244	76,69	23,31	-
AL	415	68,43	31,33	0,24	72	75,00	25,00	-
BA	643	78,23	21,77	-	85	83,53	16,47	-
CE	1136	76,58	18,13	5,28	82	76,83	19,51	3,66
MA	233	87,12	12,88	-	81	79,01	20,99	-
PB	537	93,67	6,33	-	86	91,86	8,14	-
PE	1103	80,78	19,22	-	82	82,93	17,07	-
PI	398	63,82	35,43	0,75	71	69,01	22,54	8,45
RN	406	74,63	23,89	1,48	71	83,10	15,49	1,41
SE	288	61,81	32,64	5,56	65	67,69	26,15	6,15
Nordeste	5227	77,54	20,81	1,65	695	80,63	17,88	1,49
AC	68	94,12	5,88	-	55	90,91	9,09	-
AM	287	77,00	23,00	-	65	78,46	20,00	1,54
AP	23	39,13	60,87	-	28	28,57	57,14	14,29
PA	322	69,25	29,19	1,55	77	81,82	18,18	-
RO	85	82,35	17,65	-	45	57,78	37,78	4,44
RR	61	26,23	57,38	16,39	38	42,11	57,89	-
TO	196	76,02	23,98	-	64	67,19	32,81	-
Norte	1271	71,20	25,96	2,83	372	73,26	25,48	1,26
ES	297	73,06	19,87	7,07	73	78,08	19,18	2,74
MG	1765	73,31	26,35	0,34	87	72,41	24,14	3,45
RJ	779	55,20	42,75	2,05	82	80,49	15,85	3,66
SP	1031	54,90	33,85	11,25	68	64,71	23,53	11,76
Sudeste	3575	64,06	32,08	3,86	310	71,83	22,26	5,91
PR	838	47,97	48,69	3,34	77	61,04	36,36	2,60
RS	375	80,27	19,73	-	83	78,31	21,69	-
SC	742	72,37	27,63	-	76	63,16	35,53	1,32
Sul	1955	63,43	35,14	1,43	236	67,05	31,57	1,37
Brasil	13230	70,41	27,13	2,46	1857	75,56	21,88	2,56

Fonte: Relatório Final, 2009

Sobre as instalações da unidade de saúde, observou-se de modo geral uma melhora na existência de consultórios e sala de vacinas entre 2001/2002 e 2008/2009. **Um resultado importante foi a eliminação do percentual de unidades sem nenhum consultório médico por**

equipe para todos os estados. Ocorreu ainda uma redução dos percentuais de unidades com menos de um consultório médico por equipe para o Brasil e todas as regiões. A existência de consultório exclusivo de enfermagem também aumentou, com uma diminuição de quase 20% das unidades de saúde sem nenhum desses consultórios por equipe. A existência de sala de vacinas nas unidades de saúde aumentou 10% para o Brasil, tendo maior elevação nas regiões Centro-Oeste, Norte e Sudeste. A existência de sala de espera e de sala de procedimentos básicos sofreu pouca alteração entre 2001/2002 e 2008/2009 no Brasil. (Tabelas 3 e 4)

Tabela 3: Número de consultórios médicos por equipe de Saúde da Família, por unidade da federação, Brasil, 2001/2002 e 2008/2009

Estados	2001/2002				2008/2009			
	Total N	nenhum %	menos de 1 %	por pelo menos 1 %	Total N	nenhum %	menos de 1 %	por pelo menos 1 %
DF	52	7,69	15,38	76,92	18	-	5,56	94,44
GO	662	2,72	20,69	76,59	76	-	7,89	92,11
MS	165	11,52	13,94	74,55	72	-	11,11	88,89
MT	322	0,31	3,11	96,58	78	-	2,56	97,44
Centro-Oeste	1201	3,50	14,82	81,68	244	-	6,92	93,08
AL	415	3,61	8,92	87,47	72	-	5,56	94,44
BA	643	0,93	3,42	95,65	85	-	5,88	94,12
CE	1136	1,06	8,27	90,67	82	-	6,10	93,90
MA	233	7,73	5,58	86,70	81	-	16,05	83,95
PB	537	1,86	3,91	94,23	86	-	8,14	91,86
PE	1098	0,55	5,74	93,72	82	-	-	100,00
PI	398	1,51	19,60	78,89	71	-	22,54	77,46
RN	406	0,99	12,81	86,21	71	-	2,82	97,18
SE	288	2,08	22,92	75,00	65	-	7,69	92,31
Nordeste	5154	1,61	8,65	89,74	695	-	7,75	92,25
AC	68	5,88	1,47	92,65	55	-	7,27	92,73
AM	287	1,05	16,03	82,93	65	-	13,85	86,15
AP	23	0,00	17,39	82,61	28	-	50,00	50,00
PA	322	1,24	27,64	71,12	77	-	14,29	85,71
RO	85	2,35	2,35	95,29	45	-	24,44	75,56
RR	61	4,92	59,02	36,07	38	-	28,95	71,05
TO	196	3,57	12,76	83,67	64	-	14,06	85,94
Norte	1042	2,21	19,48	78,31	372	-	16,58	83,42
ES	297	4,04	7,07	88,89	73	-	4,11	95,89
MG	1765	3,57	7,37	89,07	87	-	10,34	89,66
RJ	779	1,03	24,01	74,97	82	-	3,66	96,34
SP	1031	1,75	10,18	88,07	68	-	1,47	98,53
Sudeste	3872	2,61	11,44	85,95	310	-	6,19	93,81
PR	837	11,47	16,01	72,52	77	-	11,69	88,31
RS	375	1,07	3,73	95,20	83	-	1,20	98,80
SC	742	7,14	5,26	87,60	76	-	3,95	96,05
Sul	1954	7,83	9,57	82,60	236	-	5,90	94,10
Brasil	13223	3,04	11,02	85,94	1857	-	7,66	92,34

Fonte: Relatório Final, 2009

Tabela 4: Número de consultórios de enfermagem por equipe de Saúde da Família, por unidade da federação, Brasil, 2001 e 2008

Estados	2001/2002				2008/2009			
	Total N	nenhum %	menos de 1 %	pelo menos 1 %	Total N	nenhum %	menos de 1 %	pelo menos 1 %
DF	52	61,54	3,85	34,62	18	5,56	-	94,44
GO	662	41,84	17,98	40,18	76	9,21	13,16	77,63
MS	165	52,73	9,70	37,58	72	18,06	16,67	65,28
MT	322	16,46	7,45	76,09	78	1,28	2,56	96,15
Centro-Oeste	1201	37,39	13,41	49,21	244	8,51	10,47	81,02
AL	415	28,92	14,94	56,14	72	4,17	9,72	86,11
BA	643	18,35	4,82	76,83	85	7,06	4,71	88,24
CE	1136	17,43	12,15	70,42	82	7,32	7,32	85,37
MA	233	43,35	6,01	50,64	81	22,22	16,05	61,73
PB	537	15,08	3,91	81,01	86	-	8,14	91,86
PE	1098	23,95	9,65	66,39	82	12,20	-	87,80
PI	398	38,19	20,35	41,46	71	12,68	22,54	64,79
RN	406	19,46	20,69	59,85	71	18,31	14,08	67,61
SE	288	18,75	30,90	50,35	65	7,69	12,31	80,00
Nordeste	5154	22,62	12,15	65,23	695	10,11	8,81	81,08
AC	68	16,18	1,47	82,35	55	10,91	7,27	81,82
AM	287	78,75	9,41	11,85	65	44,62	18,46	36,92
AP	23	30,43	43,48	26,09	28	21,43	57,14	21,43
PA	322	33,23	24,53	42,24	77	20,78	11,69	67,53
RO	85	25,88	12,94	61,18	45	11,11	24,44	64,44
RR	61	34,43	50,82	14,75	38	28,95	36,84	34,21
TO	196	38,27	11,22	50,51	64	10,94	21,88	67,19
Norte	1042	45,01	17,37	37,62	372	23,04	18,49	58,47
ES	297	46,13	13,80	40,07	73	39,73	4,11	56,16
MG	1765	47,88	11,84	40,28	87	26,44	14,94	58,62
RJ	779	50,06	19,77	30,17	82	35,37	6,10	58,54
SP	1031	44,13	23,86	32,01	68	30,88	8,82	60,29
Sudeste	3872	47,18	16,79	36,03	310	30,11	10,95	58,94
PR	837	63,44	16,25	20,31	77	49,35	19,48	31,17
RS	375	40,00	11,47	48,53	83	24,10	9,64	66,27
SC	742	54,58	10,65	34,77	76	11,84	13,16	75,00
Sul	1954	55,58	13,20	31,22	236	29,18	14,36	56,46
Brasil	13223	37,79	14,19	48,02	1857	18,98	10,98	70,04

Fonte: Relatório Final, 2009

Quanto à disponibilidade de equipamentos⁷ nas unidades de saúde, verificou-se no Brasil pouca alteração entre os dois momentos. No caso da existência do conjunto de equipamentos básicos, situação análoga à do Brasil ocorreu para quase todas as regiões, exceto para o Centro-Oeste onde houve elevação de 15% das unidades de saúde que continham tais equipamentos. Destaca-se a redução da presença de equipamentos gineco obstétrico básico nas regiões sul e centro, mesmo com a prioridade da atenção dada a saúde da mulher na PNAB, em especial pré natal e

⁷ ((Equipamento básico é composto por balança de adulto, balança infantil, termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro), Equipamento gineco-obstétrico básico por mesa ginecológica, espécuro, foco e estetoscópio de Pinard) e Equipamento para retirada de pontos por tesoura e pinça.

realização de exame de papanicolau (Tabela 5).

Tabela 5: Existência de equipamentos, por unidade da federação, Brasil, 2001/2002 e 2008/2009

Estados	2001/2002						2008/2009			
	Equipamento básico ⁽¹⁾		Equipamento gineco-obstétrico básico ⁽²⁾		Equipamento para retirada de pontos ⁽³⁾		Total	Equipamento básico ⁽¹⁾	Equipamento gineco-obstétrico básico ⁽²⁾	Equipamento para retirada de pontos ⁽³⁾
	Total	Sim	Total	Sim	Total	Sim		Sim	Sim	Sim
	N	%	N	%	N	%	N	%	%	%
DF	54	59,26	53	73,58	53	75,47	18	94,44	66,67	72,22
GO	652	71,32	654	51,99	656	66,92	76	94,74	48,68	67,11
MS	165	89,09	164	70,73	165	87,88	72	94,44	58,33	95,83
MT	321	89,10	319	74,61	322	86,34	78	91,03	53,85	97,44
Centro-Oeste	1192	78,02	1190	61,60	1196	75,42	244	93,62	52,40	81,25
AL	413	66,83	412	42,23	410	76,83	72	90,28	63,89	87,50
BA	648	75,46	646	43,65	648	84,26	85	82,35	69,41	89,41
CE	1157	86,60	1151	74,72	1157	86,69	82	82,93	63,41	78,05
MA	228	51,75	229	23,14	229	72,05	81	59,26	49,38	80,25
PB	538	74,72	536	53,36	538	80,30	86	95,35	47,67	94,19
PE	1103	89,03	1103	64,28	1104	91,03	82	82,93	54,88	73,17
PI	392	72,19	391	39,39	392	80,10	71	71,83	70,42	70,42
RN	407	78,87	405	68,40	407	79,61	71	88,73	43,66	76,06
SE	286	65,38	285	55,44	285	76,84	65	56,92	47,69	67,69
Nordeste	5172	78,50	5158	57,25	5170	83,62	695	80,14	58,42	81,35
AC	68	82,35	68	80,88	68	92,65	55	76,36	70,91	50,91
AM	287	70,03	286	28,32	286	86,36	65	73,85	46,15	63,08
AP	24	70,83	24	50,00	24	95,83	28	64,29	53,57	85,71
PA	325	70,77	324	33,64	325	88,31	77	71,43	40,26	85,71
RO	83	77,11	83	61,45	83	79,52	45	82,22	48,89	68,89
RR	61	42,62	61	72,13	61	55,74	38	84,21	47,37	52,63
TO	198	83,84	198	71,72	198	68,18	64	89,06	81,25	81,25
Norte	1046	72,66	1044	47,32	1045	81,82	372	76,62	52,01	74,22
ES	299	75,59	299	68,90	299	73,91	73	89,04	53,42	93,15
MG	1759	80,16	1755	64,56	1761	80,81	87	86,21	74,71	85,06
RJ	781	88,35	779	70,09	782	71,48	82	81,71	67,07	79,27
SP	1033	86,64	1032	60,66	1032	85,27	68	91,18	55,88	89,71
Sudeste	3872	83,19	3865	64,97	3874	79,58	310	87,12	66,46	86,01
PR	837	89,61	837	72,04	833	89,80	77	93,51	61,04	96,10
RS	377	95,49	377	82,49	377	93,63	83	96,39	57,83	96,39
SC	739	92,69	738	71,27	739	94,99	76	98,68	51,32	94,74
Sul	1953	91,91	1952	73,77	1949	92,51	236	96,10	56,84	95,74
Brasil	13235	81,34	13209	61,56	13234	82,86	1857	84,93	59,49	84,03

(1) Equipamento básico: balança adulto + balança infantil + termômetro + estetoscópio + esfigmomanômetro.

(2) – Equipamento gineco-obstétrico básico: mesa ginecológica + espelho + foco + estetoscópio de Pinard.

(3) – Equipamento para retirada de pontos: tesoura + pinça.

Fonte: Relatório Final, 2009

Quanto aos materiais e insumos, verificou-se grande ampliação da presença do conjunto de materiais descartáveis (composto por algodão, gaze, esparadrapo, luva, agulha e seringa) nas unidades de saúde entre 2001/2002 e 2008/2009⁸. O percentual de unidades com todos esses

⁸ A disponibilidade do conjunto só é considerada quando existem todos os equipamentos que o compõe.

materiais passou de 77% para 93% nesse período no Brasil. As regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste tiveram aumento similar e a Norte uma elevação bem mais expressiva, passando de 59% em 2001 para 95% das unidades em 2008. A região Sul foi a única a apresentar redução desse percentual, que mostrou-se significativa para os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina e também para o Mato Grosso do Sul. A parcela de unidades de saúde que possuem bloco de receituário aumentou 8% no Brasil, havendo tendência semelhante para todas as regiões e grande parte dos estados. (Tabela 6).

Tabela 6: Existência de materiais e insumos, por unidade da federação, Brasil, 2001/2002 e 2008/2009

Estados	2001/2002						2008/2009			
	Materiais descartáveis ⁽¹⁾		Fio de sutura		Bloco de receituário		Total	Materiais descartáveis ⁽¹⁾	Fio de sutura	Bloco de receituário
	Total	Sim	Total	Sim	Total	Sim		Sim	Sim	Sim
	N	%	N	%	N	%	N	%	%	%
DF	54	53,70	53	11,32	54	88,89	18	100,00	61,11	94,44
GO	651	68,82	652	48,16	652	86,66	76	98,68	44,74	97,37
MS	165	88,48	166	52,41	166	87,35	72	73,91	70,83	100,00
MT	322	83,85	321	74,77	322	96,27	78	83,54	67,95	98,72
Centro-Oeste	1192	74,92	1192	54,28	1194	89,45	244	89,87	56,64	98,17
AL	416	55,29	417	43,88	418	79,19	72	97,22	27,78	93,06
BA	647	83,46	646	46,90	649	90,14	85	95,29	74,12	96,47
CE	1150	86,09	1152	54,17	1155	89,78	82	93,98	45,12	97,56
MA	229	69,43	228	54,82	229	83,41	81	97,50	75,31	88,89
PB	547	73,86	547	47,53	547	88,12	86	100,00	50,00	100,00
PE	1103	81,41	1107	46,52	1107	88,89	82	100,00	34,15	97,56
PI	388	73,20	388	54,64	390	83,59	71	100,00	59,15	100,00
RN	407	79,12	408	42,16	408	92,40	71	93,06	32,39	92,96
SE	291	68,04	291	38,83	290	88,97	65	96,92	30,77	93,85
Nordeste	5178	77,73	5184	48,36	5193	88,02	695	97,08	52,93	95,96
AC	68	66,18	67	71,64	68	80,88	55	96,36	54,55	100,00
AM	286	39,86	284	50,70	286	80,42	65	94,03	43,08	87,69
AP	24	50,00	24	79,17	24	70,83	28	100,00	89,29	85,71
PA	324	67,59	325	63,38	325	79,08	77	98,68	75,32	88,31
RO	84	84,52	85	48,24	85	91,76	45	81,25	46,67	95,56
RR	61	50,82	61	32,79	61	55,74	38	94,87	36,84	65,79
TO	198	65,15	197	44,67	198	86,87	64	95,24	64,06	100,00
Norte	1045	59,43	1043	54,27	1047	80,52	372	94,91	60,72	90,45
ES	297	77,78	297	35,35	297	95,62	73	93,15	38,36	98,63
MG	1757	74,10	1761	31,97	1759	83,68	87	91,95	40,23	100,00
RJ	783	75,99	784	46,17	785	93,38	82	100,00	21,95	89,02
SP	1026	79,04	1029	55,98	1027	85,00	68	86,76	67,65	97,06
Sudeste	3863	76,08	3871	41,49	3868	86,92	310	91,82	45,23	97,22
PR	845	84,97	845	45,68	842	94,30	77	98,67	68,83	98,70
RS	378	87,30	378	66,14	378	95,24	83	66,67	73,49	98,80
SC	739	83,49	737	60,38	740	92,57	76	71,05	61,84	98,68
Sul	1962	84,86	1960	55,15	1960	93,83	236	79,46	67,96	98,72
Brasil	13240	76,61	13250	48,35	13262	88,09	1857	92,60	53,69	96,44

(1) Materiais descartáveis: algodão + gaze + esparadrapo + agulha + seringa + luva.

Fonte: Relatório Final, 2009

O quadro 1 a seguir sistematiza os pontos que permitem a comparação entre os dois momentos da saúde da família no Brasil.

Quadro 1- Síntese Geral Estrutura Física Comparativo 2001/2002 e 2008/2009

Dimensões	Síntese
Existência de estrutura física	Cerca de 98% das equipes de Saúde da Família tinham alguma estrutura física para o trabalho, tanto em 2001/2002 quanto em 2008/2009.
Equipes de Saúde da Família por unidade de saúde	Na maior parte das unidades de saúde, atua somente uma equipe (70% em 2001 e 76% em 2008/2009)
Consultório (médico e de enfermagem) por equipe	Eliminação do percentual de unidades sem nenhum consultório médico por equipe em 2008 e redução do percentual de unidades com menos de um consultório médico por equipe entre 2001/2002 e 2008/2009. Diminuição de quase 20% das unidades de saúde sem nenhum consultório de enfermagem por equipe nesse período.
Demais instalações	Existência de sala de vacinas nas unidades de saúde aumentou 10%.
Equipamentos	Aumento de 11% das unidades de saúde com a presença do conjunto de equipamentos de informática, de 20% daquelas que dispunham de glicosímetro e sonar e de 6% das que possuíam geladeira exclusiva para vacinas, entre 2001/2002 e 2008/2009.
Materiais e insumos	A presença do conjunto de materiais descartáveis (algodão, gaze, esparadrapo, luva, agulha e seringa) nas unidades de saúde passou de 77% para 93% entre 2001/2002 e 2008/2009. A parcela de unidades de saúde que possuem bloco de receituário aumentou 8%.

Fonte: Relatório Final, 2009

4.2. Processo de Trabalho e Equipe de Saúde da Família

Quanto à implantação das equipes de Saúde da Família, em 2001/2002 o tempo médio de funcionamento das equipes era de 26 meses, enquanto em 2008/2009 esse tempo passou para cerca de 70 meses (pouco mais de 5 anos) no Brasil e em todas as regiões⁹. Apenas o Distrito Federal possuía um tempo médio de implantação inferior em 2008 (41 meses). Em 2001, a maior parte das equipes no Brasil tinha de 1 a 4 anos de existência e parcela grande delas (38%) tinha menos de 1 ano de implantação. Em 2008/2009, cerca de 56% das equipes no Brasil estavam implantadas há 5 anos ou mais e 36% entre 1 a 4 anos, respectivamente, refletindo a consolidação da estratégia ao longo desse período. (Tabelas 7 e 8)

A distribuição de equipes de Saúde da Família segundo o tipo de área atendida (urbana, rural ou mista) teve pouca alteração no Brasil. As regiões Sul, Sudeste e Norte tiveram diminuição da parcela de equipes cuja área era exclusivamente urbana, sendo que as duas primeiras apresentaram semelhante aumento daquelas com área mista e a última para aquelas com área rural. Na região Centro-Oeste houve aumento do percentual de equipes que atendiam a áreas exclusivamente rurais, enquanto no Nordeste as mudanças foram pequenas.

Quanto à população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, verificou-se no Brasil, uma redução da parcela de equipes que atendiam até 4500 pessoas e semelhante aumento daquelas que desconheciam o tamanho da sua população de referência. Esta situação ocorreu para as regiões Norte e Nordeste e também para muitos estados, dentre os quais se destacam: Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe, Amapá, Pará e Tocantins. Para os estados do

⁹ É importante lembrar que o PSF teve início no Brasil em 1994.

Acre e Amazonas essa redução foi correspondida com aumento análogo da parcela de equipes que atendiam mais de 4500 pessoas. Somente o Distrito Federal apresentou expressiva redução da parcela de equipes que atendiam mais de 4500 pessoas e aumento similar daquelas que atendiam até 4500 pessoas.

Quanto à existência de área de abrangência definida para a equipe, não houve alterações relevantes para Brasil e regiões. Entretanto os estados de Rondônia, Tocantins e Maranhão tiveram grande aumento da parcela de equipes com área de abrangência delimitada, enquanto Roraima reduziu esse percentual. É importante ressaltar que, em quase todos os estados, mais de 90% das equipes tinham área de abrangência delimitada. A existência de mapa da área de abrangência teve ampliação entre as equipes nesse período, aumentando 10% no Brasil e tendo incrementos superiores em quase todas as regiões, exceto para a região Nordeste. Merecem destaque os estados de Espírito Santo, Rondônia, Alagoas, Roraima, Paraíba e Tocantins por terem aumentado em mais de 35% a parcela de equipes que possuíam mapa da área de abrangência e, de forma contrária, os estados do Amapá e Ceará que foram os únicos a terem redução expressiva (mais de 20%). **Apesar dessa tendência geral de maior disseminação do mapa nas unidades de saúde, o percentual de equipes de Saúde da Família que possuíam o mapa da área de abrangência pode ser considerado baixo para muitos estados em 2008/2009.**

Tabela 7: Tempo médio de implantação da equipe de Saúde da Família (em meses), por unidade da federação, Brasil, 2001/2002 e 2008/2009

Estados	2001/2002			2008/2009		
	Total N	Média μ	Desvio-padrão σ	Total N	Média μ	Desvio-padrão σ
DF	55	30,22	5,71	19	41,50	12,78
GO	-	-	-	89	71,07	32,03
MS	170	16,48	12,16	78	66,92	33,18
MT	321	18,64	12,58	83	73,27	30,67
Centro-Oeste	1285	19,14	12,52	269	70,30	31,84
AL	-	-	-	84	90,99	36,61
BA	658	16,32	12,37	92	55,01	32,19
CE	1158	40,68	25,22	91	94,95	56,35
MA	-	-	-	90	46,63	30,32
PB	-	-	-	89	76,30	32,08
PE	1106	26,84	19,24	91	73,82	44,02
PI	-	-	-	88	82,65	31,82
RN	410	17,91	12,68	86	65,68	24,20
SE	-	-	-	81	81,40	40,86
Nordeste	5544	28,47	22,12	792	70,40	41,32
AC	67	29,85	10,51	55	65,78	33,62
AM	294	26,56	10,61	77	76,68	30,09
AP	-	-	-	49	72,02	32,92
PA	323	25,97	15,66	84	66,52	38,34
RO	82	24,54	15,05	62	56,98	34,27
RR	63	7,95	4,45	47	70,44	31,39
TO	198	23,53	14,45	73	91,90	40,89
Norte	1103	24,70	14,01	447	71,79	36,57
ES	307	19,95	13,15	81	74,51	32,06
MG	1774	27,33	20,60	93	69,74	32,77
RJ	788	23,55	25,22	90	64,77	30,47
SP	-	-	-	93	65,04	30,09
Sudeste	3999	25,50	21,49	357	67,59	31,45
PR	-	-	-	91	67,24	40,51
RS	380	21,87	18,83	88	69,94	34,31
SC	735	21,26	21,70	89	72,70	36,25
Sul	2042	21,47	20,76	268	69,80	37,37
Brasil	8889	25,63	20,65	2133	69,52	36,91

Fonte: Relatório Final, 2009

Tabela 8: Área de atuação da equipe de Saúde da Família, por unidade da federação, Brasil, 2001/2002 e 2008/2009

Estados	2001/2002				2008/2009			
	Total N	Urbana %	Rural %	Mista %	Total N	Urbana %	Rural %	Mista %
DF	54	72,22	22,22	5,56	19	42,10	52,60	5,30
GO	677	57,31	9,16	33,53	89	50,60	15,70	33,70
MS	170	78,82	11,76	9,41	78	74,40	14,10	11,50
MT	323	68,73	10,22	21,05	83	69,90	16,90	13,30
Centro-Oeste	1224	63,97	10,38	25,65	269	60,10	16,40	23,50
AL	425	50,35	39,53	10,12	84	51,20	34,50	14,30
BA	658	48,33	40,27	11,40	92	53,30	27,20	19,60
CE	1154	38,73	48,18	13,08	91	40,70	35,20	24,20
MA	238	49,58	44,12	6,30	90	36,70	58,90	4,40
PB	561	35,12	31,19	33,69	89	50,60	19,10	29,20
PE	1105	54,93	34,93	10,14	91	54,90	29,70	15,40
PI	412	44,17	22,09	33,74	88	47,70	29,50	22,70
RN	410	43,41	28,54	28,05	86	51,20	36,00	12,80
SE	289	50,52	38,06	11,42	81	59,30	30,90	9,90
Nordeste	5252	45,83	37,57	16,60	792	48,50	33,80	17,50
AC	68	73,53	7,35	19,12	55	52,70	21,80	25,50
AM	295	89,15	7,80	3,05	77	67,50	23,40	7,80
AP	24	91,67	8,33	-	49	75,50	14,30	10,20
PA	325	63,08	30,77	6,15	84	52,40	41,70	6,00
RO	89	52,81	26,97	20,22	62	58,10	24,20	16,10
RR	63	84,13	9,52	6,35	47	72,30	10,60	17,00
TO	197	46,19	4,57	49,24	73	43,80	17,80	38,40
Norte	1061	68,90	15,93	15,17	447	57,10	27,80	14,70
ES	308	38,31	38,64	23,05	81	39,50	28,40	32,10
MG	1785	58,94	13,56	27,51	93	55,90	14,00	30,10
RJ	784	66,45	23,21	10,33	90	56,70	17,80	25,60
SP	1042	65,16	9,79	25,05	93	51,60	14,00	32,30
Sudeste	3919	60,47	16,46	23,07	357	53,60	15,40	30,30
PR	856	61,33	12,73	25,93	91	58,20	17,60	24,20
RS	381	45,93	7,87	46,19	88	34,10	5,70	60,20
SC	734	52,04	17,85	30,11	89	44,90	18,00	37,10
Sul	1971	54,90	13,70	31,41	268	47,40	14,40	38,20
Brasil	13427	54,91	23,71	21,37	2133	51,30	24,00	24,40

Fonte: Relatório Final, 2009

A parcela de equipes cujos médicos realizavam atendimento nas quatro clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia) não teve alterações relevantes no Brasil e em quase todas as regiões, exceto na Sudeste onde essa parcela aumentou quase 10%. Roraima, Distrito Federal, Amazonas e Minas Gerais também se destacam por aumentos semelhantes, enquanto Acre, Espírito Santo e Rio Grande do Norte tiveram reduções nessa parcela.

Já a parcela de equipes cujos enfermeiros realizavam atendimento nas quatro clínicas básicas passou de 52% para 81% das equipes no Brasil. Todas as regiões e quase todos os estados apresentaram variações similares. A parcela de médicos que realizava atendimento clínico em 5 a 8 turnos era de 74% em 2001 no Brasil. Em 2008/2009, a maior parte deles ainda se concentrava

nesse intervalo, no entanto, esse percentual caiu para 58%. Os percentuais de médicos que faziam atendimentos clínicos em menos de 4 turnos e em mais de 8 turnos aumentaram no país. A região Centro-Oeste apresentou redução no percentual de médicos que utilizavam 5 a 8 turnos para atendimento clínico e também um aumento na parcela que utilizava mais de 8 turnos. As regiões Norte e Sul também tiveram grandes aumentos nessa última parcela e a região Nordeste no percentual de médicos que utilizava menos de 4 turnos.

A maior parte dos enfermeiros também utilizava 5 a 8 turnos para realizar consultas em 2001/2002 (59%), mas parcela significativa usava menos de 4 turnos (35%) no Brasil. Em 2008/2009, a maior parte desses profissionais permaneceu realizando 5 a 8 turnos de atendimento clínico, mas houve redução do percentual que utiliza menos de 4 turnos, representando 25% nesse ano. Em contrapartida a parcela de enfermeiros que utilizava mais de 8 turnos para realizar consultas passou de apenas 6% para 22% no país. A região Centro-Oeste teve tendência análoga à observada para o profissional médico e a região Norte teve redução no percentual de médicos que utilizavam menos de 4 turnos para atendimento clínico e também um aumento muito grande na parcela que utilizava mais de 8 turnos.

Quanto às atividades dos profissionais, verificou-se que a parcela de médicos que realizavam visita domiciliar e participavam de reunião de equipe e atividade educativa em grupo não teve mudanças importantes no Brasil. Entretanto, o percentual de médicos que participava de reuniões com a comunidade aumentou cerca de 21% no Brasil, apresentando variações similares ou até maiores para as regiões e a maioria dos estados.

Apesar das pequenas mudanças para o Brasil, as variações foram relevantes em alguns casos específicos. Em relação à visita domiciliar, Acre, Rio de Janeiro, Roraima, Amapá e Amazonas reduziram significativamente a parcela de médicos que realizava essa atividade, enquanto no Distrito Federal houve ampliação. No caso das reuniões de equipe, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás e Sergipe tiveram aumentos importantes no percentual de médicos que participa da atividade. Acre, Pará e Rio de Janeiro, por sua vez, tiveram diminuições expressivas. Quanto à participação em atividades educativas em grupo, as variações positivas na parcela de médicos destacaram-se para Amapá, Roraima, Amazonas, Distrito Federal, Rondônia e Goiás, e as negativas no Acre, Sergipe, Piauí, Mato Grosso do Sul, Ceará e Rio de Janeiro.

Para o enfermeiro da equipe, observou-se que a parcela de profissionais que realizavam visita domiciliar e participavam de reunião de equipe não teve grandes mudanças no Brasil. Já os percentuais de enfermeiros que participavam de reuniões com a comunidade e de atividade educativa em grupo aumentaram cerca de 31% e 13% no Brasil, respectivamente, apresentando resultados semelhantes para todas as regiões e maioria dos estados. É importante notar que o Distrito Federal teve grande redução na parcela de enfermeiros que realizava visita domiciliar, reunião de equipe e atividade educativa em grupo. Além dele, Roraima teve tendência semelhante quanto à visita domiciliar e Sergipe quanto à atividade educativa em grupo. Por outro lado, Rondônia, Pará, Espírito Santo, Paraná e Alagoas aumentaram expressivamente a parcela de enfermeiros que participava de reunião de equipe.

No caso do auxiliar ou técnico de enfermagem, verificou-se que não houve alteração na parcela de profissionais que realizavam visita domiciliar no Brasil, com exceção de Roraima e Distrito Federal que reduziram essa parcela. No entanto, houve grande aumento no percentual desses profissionais que participavam de reunião com a comunidade e de atividade educativa em grupo no Brasil (29% e 11%, respectivamente). Somente o Amapá apresentou redução na parcela de auxiliares/técnicos de enfermagem que participavam de ambas atividades, enquanto Distrito Federal, Sergipe e Ceará diminuíram a parcela que participava da última. Constatou-se ainda uma ampliação razoável no percentual de auxiliares/técnicos de enfermagem que participavam de reunião de equipe no Brasil nesse período (7%). Merece destaque o aumento ocorrido em Rondônia, Pará, Espírito Santo, Paraná, Bahia e Santa Catarina, superior a 13%.

Para o ACS, observou-se que não houve mudança importante no percentual de profissionais que realizavam visita domiciliar no Brasil e em todos os estados, visto que quase a totalidade a realizava em ambos os anos. Quanto às demais atividades constatou-se aumento na parcela de ACS que participava de reuniões de equipe (7%) e elevações mais expressivas daquela que participava de reuniões com a comunidade (32%) e de atividades educativas em grupo (15%) no Brasil. Quase todos os estados tiveram tendência semelhante à do país, exceto o Amapá que se destaca com redução na participação das duas últimas atividades.

A análise da realização de atividades educativas para grupos populacionais específicos foi possível para os seguintes grupos: gestantes, desnutridos, escolares, diabéticos, hipertensos, adolescentes e idosos. Para quase todos houve aumento da parcela de equipes que realizava as atividades educativas entre 2001 e 2008 no Brasil e em todas as regiões, exceto o grupo de desnutridos para o qual não houve mudança importante. Vale ressaltar que a região Norte apresentou elevações ainda mais expressivas que as demais regiões para todos os grupos, inclusive o de desnutridos. No entanto, o percentual de equipes que realizava atividades educativas era muito baixo para alguns grupos, como de desnutridos, escolares, adolescentes e idosos, em muitos estados em 2008. Os quadros 2 e 3 sintetizam os resultados nos dois momentos.

Quadro 2: Síntese da caracterização das equipes de Saúde da Família

Dimensões	Síntese
Tempo de implantação da equipe	Em 2001, o tempo médio de funcionamento das equipes era em torno de 26 meses, enquanto em 2008 era cerca de 70 meses (pouco mais de 5 anos). A parcela de equipes com menos de 1 ano de implantação passou de 38% em 2001 para 3% em 2008.
Tipo de área de atuação	Parcela semelhante das equipes atendiam em área exclusivamente urbana (55% em 2001 e 51% em 2008).
População sob responsabilidade da equipe	redução de 10% das equipes que atendiam até 4500 pessoas e semelhante aumento daquelas que desconheciam o tamanho da sua população de referência, entre 2001 e 2008.
Área de abrangência definida e mapa dessa área	Cerca de 95% das equipes tinham área de abrangência definida, tanto em 2001 quanto em 2008. Houve ampliação de 10% das equipes que possuíam mapa da área de abrangência.

Fonte: Relatório Final, 2009

Quadro 3: Síntese do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família

Dimensões	Síntese
Utilização de prontuário	A parcela de equipes de Saúde da Família que utilizava prontuário passou de 89% em 2001 para 98% em 2008.
Utilização de dados do SIAB para planejamento de ações	Elevação de 21% das equipes que utilizavam os dados do SIAB para planejamento de ações, entre 2001 e 2008.
Atendimento nas quatro clínicas básicas	A parcela de enfermeiros que realizavam atendimento nas quatro clínicas básicas passou de 52% para 81% entre 2001 e 2008. Já a parcela de médicos não teve alteração relevante, sendo 80% em 2001 e 83% em 2008.
Número de turnos para atendimento clínico	O percentual de médicos que utilizava mais de 8 turnos para atendimento clínico aumentou de 11% em 2001 para 19% em 2008. A parcela de enfermeiros que também utilizava mais de 8 turnos passou de 6% em 2001 para 22% em 2008.
Atividades dos profissionais da equipe	O percentual de médicos que participava de reuniões com a comunidade aumentou cerca de 21% entre 2001 e 2008. Os percentuais de enfermeiros que participavam de reuniões com a comunidade e de atividade educativa em grupo aumentaram cerca de 31% e 13% no período. Aumento de 29% dos auxiliares/técnicos de enfermagem que participavam de reunião com a comunidade, de 11% que realizavam atividade educativa em grupo e de 7% que participavam de reunião de equipe entre 2001 e 2008. Aumento de 32% dos ACS que participavam de reunião com a comunidade, de 15% que realizavam atividade educativa em grupo e de 7% que participavam de reunião de equipe no período.
Atividades educativas em grupo	Grande aumento da parcela de equipes que realizava atividades educativas para os grupos: gestantes, escolares, diabéticos, hipertensos, adolescentes e idosos entre 2001 e 2008.

Fonte: Relatório Final, 2009

4.3. Atividades para grupos prioritários

No âmbito da **atenção à mulher**, verificou-se que a parcela de equipes que realizava consulta médica de pré-natal passou de 74% em 2001 para 94% em 2008. Somente a região Centro-Oeste teve aumento bem menor (9%), contudo, já apresentava o maior percentual de equipes que fazia esse atendimento em 2001, mantendo essa posição em 2008. A maioria dos estados teve aumentos nessa parcela, superando os baixos valores existentes em 2001, e quase todos tinham percentuais de equipes superiores a 80% em 2008, exceto Acre e Rondônia, sendo a maior parte superior a 90%.

O percentual de equipes que realizava consulta de enfermagem de pré-natal aumentou quase 25% entre 2001 e 2008 no Brasil. As regiões Nordeste e Norte tiveram elevações menos expressivas, mas, assim como o Centro-Oeste no quesito anterior, já tinham alta parcela de equipes que realizava o atendimento em 2001. Grande parte dos estados tiveram aumentos expressivos, principalmente aqueles que tinham elevados percentuais de equipes que faziam a consulta de

enfermagem de pré-natal. Vale notar que em 2001 somente os estados do Sudeste e Sul apresentavam percentuais inferiores a 60% das equipes que realizavam esse atendimento e quase todos aumentaram esse valor, superando 84% das equipes em 2008. Somente Santa Catarina teve aumento menos expressivo e possuía apenas 70% das equipes realizando consulta de enfermagem de pré-natal.

A parcela de equipes que realizava coleta de material citopatológico aumentou de 75% em 2001 para 95% em 2008 no Brasil. Quase todos os estados tiveram aumentos semelhantes nesse período e tinham mais de 80% das equipes fazendo essa atividade em 2008.

Em relação à atenção à **Saúde da Criança**, constatou-se que a parcela de equipes que realizavam consulta médica de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de menores de 2 anos aumentou cerca de 10% entre 2001 e 2008 no Brasil. Apenas a região Sul não seguiu a mesma tendência do país, não apresentando alteração importante. Os estados do Amapá, Sergipe e Piauí também diferenciaram-se da tendência geral, tendo grandes diminuições no percentual de equipes que realizava esse atendimento. A maioria dos estados, no entanto, elevou essa parcela, com destaque para Roraima, Distrito Federal, Rondônia, Amazonas, Ceará e São Paulo, que apresentaram aumentos superiores a 20%.

A parcela de equipes que realizavam consulta de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de menores de 2 anos teve resultados análogos para o Brasil e também para a região Sul. Acre e, novamente, Amapá e Sergipe tiveram reduções nessa parcela, enquanto Amazonas, Roraima, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, São Paulo, Rio de Janeiro e Mato Grosso ampliaram-na bastante. É importante pontuar que as informações de 2001 sobre esses atendimentos consideravam tanto as consultas programadas quanto as de demanda espontânea e os dados de 2008 abarcam somente consultas programadas. Devido às informações mais específicas em 2008, as ampliações verificadas na realização dessas consultas tornam-se ainda mais relevantes.

O percentual de equipes que realizava consulta (médica ou de enfermagem) para abordagem das doenças prevalentes na infância não mudou de forma relevante entre 2001 e 2008 no Brasil. Entretanto, a região Sul e os estados Acre, Roraima, Amapá, Sergipe, Espírito Santo, Paraná, Piauí e Rio Grande do Sul reduziram bastante a parcela de equipes que realizava esse atendimento. Somente Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Tocantins tiveram aumentos importantes nessa parcela.

Quanto à atenção às **doenças crônicas**, observou-se que não houve alteração expressiva na parcela de equipes que realizava diagnóstico de diabetes e de hipertensão entre 2001 e 2008 no Brasil. A maioria dos estados também não apresentou mudanças relevantes com exceção do Paraná, Maranhão, Pará e Acre que ampliaram significativamente a parcela de equipes que realizava diagnóstico de diabetes e, para o último estado, de hipertensão. Vale destacar que a parcela de equipes que realizava ambos diagnósticos era muito alta (superior a 90%) em todos os estados em 2008.

Em relação à atenção às **doenças infecto-contagiosas**, verificou-se aumento significativo da parcela de equipes que realizava diagnóstico de hanseníase entre 2001 e 2008 no Brasil (9%). A região Sudeste, porém, não teve alteração importante e os estados do Acre, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro reduziram muito essa parcela. Por outro lado, Alagoas, Maranhão, Paraíba, Paraná, Roraima e Bahia destacaram-se devido às grandes elevações nessa parcela. O percentual de equipes que distribuía medicamentos para tratamento de hanseníase aumentou 27% entre 2001 e 2008 no Brasil. Quase todas regiões e estados tiveram aumentos semelhantes ou maiores. A região Sul, apesar de elevação significativa nessa parcela, teve aumento menor que as demais (12%). Merece destaque também o estado de Santa Catarina que não teve alterações importantes nessa parcela nesse período e apresentava o percentual mais baixo de equipes (13%) que dispensavam os medicamentos para tratamento de hanseníase em 2008.

Quanto à tuberculose, observou-se um aumento significativo da parcela de equipes que

realizava seu diagnóstico entre 2001 e 2008 no Brasil (11%) também verificado em grande parte dos estados, principalmente Amazonas, Maranhão, Alagoas e Paraná. A parcela de equipes que distribuía medicamentos para tratamento de tuberculose e que realizava o tratamento supervisionado da doença passou de 29% e 24% em 2001 para 64% e 55% em 2008, respectivamente. Aumentos tão expressivos foram verificados em todas as regiões e quase todos os estados.

A parcela de equipes que realizava diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (DST) teve aumento entre 2001 e 2008 no Brasil de 7%. Merecem destaque os estados do Amazonas, Acre, Santa Catarina, São Paulo e Espírito Santo por terem elevado de forma significativa essa parcela. As regiões Centro-Oeste e Nordeste, entretanto, não apresentaram mudanças relevantes no período.

Em relação às ações de **vigilância epidemiológica**, verificou-se que a parcela de equipes que realizava o preenchimento das fichas de notificação compulsória aumentou de modo significativo entre 2001 e 2008 no Brasil (14%). Todas as regiões e quase todos os estados tiveram variações similares, sendo que Distrito Federal e Santa Catarina se destacaram com elevações bem superiores. Roraima e Amapá, contudo, tiveram razoável redução nessa parcela.

As parcelas de equipes que realizavam investigação dos casos de doenças de notificação compulsória e ações de controle de casos e surtos tiveram aumento muito expressivo, passando de 59% e 56% em 2001 para 92% e 93% em 2008, respectivamente. A região Norte teve aumento ainda mais relevante em ambas as atividades. Quase todos os estados tiveram variações tão relevantes quanto a nacional, sendo que Amapá, Pará e Amazonas se destacaram pelo enorme aumento nas parcelas de equipes que realizavam ambas as atividades, além de Roraima quanto às ações de controle de casos e surtos.

O percentual de equipes que realizava investigação sobre os óbitos ocorridos teve enorme elevação entre 2001 e 2008 no Brasil (33%) e em grande parte dos estados, principalmente em Tocantins, Bahia, São Paulo, Mato Grosso e Paraíba. Vale pontuar que as regiões Sul e Centro-Oeste, apesar de terem tido grande aumento, apresentaram variações bem menores que a nacional e das demais regiões. A parcela de equipes que realizava investigação sobre as internações ocorridas passou de 51% em 2001 para 75% em 2008 no Brasil. Quase todos os estados tiveram ampliações similares com destaque para Mato Grosso, Tocantins e São Paulo. Somente Roraima teve redução importante nessa parcela.

Quanto à atenção à Saúde Mental, constatou-se um aumento na parcela de equipes que acompanhava os portadores de transtorno ou sofrimento psíquico entre 2001 e 2008 no Brasil (14%). Vale ressaltar que a região Sul teve elevação ainda mais significativa (24%), enquanto a Nordeste teve aumento menor (7%). As demais regiões e grande parte dos estados apresentaram tendência semelhante à nacional, sendo que Espírito Santo, São Paulo, Amazonas e Sergipe se destacaram com expressivas variações positivas. É importante pontuar que o percentual de equipes que realizava esse acompanhamento era muito baixo em muitos estados em 2008. A síntese das atividades encontra-se no quadro 4 a seguir.

Quadro 4: Síntese das atividades para grupos prioritários

Dimensões	Síntese
Saúde da mulher	A parcela de equipes que realizava consulta médica de pré-natal passou de 74% em 2001 para 94% em 2008 e o percentual de equipes que realizava consulta de enfermagem de pré-natal aumentou quase 25% nesse período. A parcela de equipes que realizava coleta de material citopatológico aumentou de 75% em 2001 para 95% em 2008.
Saúde da criança	A parcela de equipes que realizavam consulta médica e de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de menores de 2 anos aumentou cerca de 10% entre 2001 e 2008. A parcela de equipes que realizava TRO passou de 64% em 2001 para 75% em 2008. O percentual de equipes que realizava consulta (médica ou de enfermagem) para abordagem das doenças prevalentes na infância não mudou de forma relevante, sendo 90% em 2001 e 89% em 2008.
Doenças crônicas	As alterações na parcela de equipes que realizava diagnóstico de diabetes e de hipertensão foram pequenas entre 2001 e 2008.
Doenças infecto-contagiosas	Aumento de 9%, 11% e 7% das equipes que realizavam diagnóstico de hanseníase, tuberculose e DST, respectivamente, entre 2001 e 2008. O percentual de equipes que distribuía medicamentos para tratamento de hanseníase e de tuberculose aumentou 27% e 35%, respectivamente, no período. A parcela de equipes que realizava o tratamento supervisionado da doença passou de 24% em 2001 para 55% em 2008.
Vigilância epidemiológica	A parcela de equipes que realizava o preenchimento das fichas de notificação compulsória aumentou 14% entre 2001 e 2008. As parcelas de equipes que realizavam investigação dos casos de doenças de notificação compulsória e ações de controle de casos e surtos passaram de 59% e 56% em 2001 para 92% e 93% em 2008, respectivamente. O percentual de equipes que realizava investigação sobre os óbitos ocorridos e sobre as internações ocorridas aumentou 33% e 24%, respectivamente, entre 2001 e 2008.
Saúde mental	Aumento de 14% das equipes que acompanhavam os portadores de transtorno ou sofrimento psíquico entre 2001 e 2008.

Fonte: Relatório Final, 2009

4.4. Acesso a serviços e procedimentos especializados da equipe de Saúde da Família

A disponibilidade de referência para os exames de colposcopia e glicemia plasmática para as equipes de Saúde da Família reduziu entre 2001 e 2008 no Brasil (10% e 28%, respectivamente). Grande parte dos estados tiveram diminuições similares ou maiores. No caso do exame “colposcopia”, merecem destaque o Distrito Federal, Roraima, Rondônia, Amapá, Pará e Rio Grande do Sul por possuírem as maiores reduções. Para o exame de glicemia plasmática, nota-se que as regiões Norte e Centro-Oeste tiveram diminuições maiores que a nacional e a das demais regiões (cerca de 38%). Em situação análoga, destacam-se Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Roraima, Amapá, Rondônia, Pará, Maranhão e Mato Grosso do Sul, com quedas superiores a 40%.

Já referência aos exames “citopatologia do colo do útero, eletrocardiograma, Elisa para HIV, hemograma completo, pesquisa de BAAR e VDRL” não teve mudanças expressivas para o Brasil nesse período. Entretanto, algumas variações específicas aos estados ou regiões merecem ser ressaltadas. A região Centro-Oeste teve reduções significativas para quase todos esses exames, exceto citopatologia do colo do útero. A região Norte destaca-se, igualmente, no caso do eletrocardiograma.

Distrito Federal, Roraima, Amapá, Rondônia, Acre e Pará tiveram as maiores reduções na parcela de equipes que tinha referência para eletrocardiograma (superiores a 20%). Somente o Rio Grande do Sul ampliou de modo importante essa parcela (11%). No caso do Elisa para HIV, Distrito Federal, Alagoas, Goiás e Roraima se destacam com as maiores reduções, enquanto Piauí, Acre, Sergipe, Paraíba, Tocantins e Minas Gerais tiveram aumentos significativos na disponibilidade de encaminhamento.

Distrito Federal, Goiás e Roraima também diminuíram muito a parcela de equipes com referência para hemograma completo, pesquisa de BAAR e VDRL entre 2001 e 2008, sendo que o Amapá teve tendência análoga para os dois últimos exames. Vale ainda destacar as significativas reduções de Acre e Pará na parcela de equipes com referência para hemograma completo e os estados de Rondônia e Paraná para a pesquisa de BAAR.

A disponibilidade de referência para encaminhamento de serviços especializados de cardiologia, oftalmologia, ortopedia, fisioterapia, saúde mental e pronto atendimento não teve mudança expressiva entre 2001 e 2008 no Brasil. No entanto, a parcela de equipes com referência para neurologia e internação hospitalar nas clínicas básicas diminuiu 10% e 9%, respectivamente, no Brasil.

No caso dos serviços de neurologia, essa redução foi maior na região Norte e no Distrito Federal, Maranhão, Amazonas, Roraima, Acre, Pará e Amapá. Na referência à internação hospitalar nas clínicas básicas destacam-se as maiores reduções da região Centro-Oeste e Distrito Federal, Goiás, Amazonas, Acre, Rio de Janeiro, Roraima e Alagoas.

No caso dos serviços de cardiologia, Distrito Federal, Roraima, Amazonas, Maranhão, Rondônia, Goiás e Santa Catarina tiveram as maiores reduções no percentual de equipes com referência ao serviço (acima de 18%). Somente o Piauí ampliou de modo significativo essa parcela (9%). Para os serviços de oftalmologia, Distrito Federal, Roraima, Acre, Bahia, Tocantins e Rondônia se destacam com as maiores reduções (superiores a 20%), enquanto Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Piauí tiveram aumentos significativos na disponibilidade de encaminhamento (cerca de 10%).

Distrito Federal e Roraima também diminuíram muito a parcela de equipes com referência para os serviços de fisioterapia, saúde mental, ortopedia e pronto atendimento entre 2001 e 2008, sendo que a região Centro-Oeste e Goiás tiveram tendência análoga para os dois últimos exames e o Amapá para os dois primeiros. Vale ainda destacar as significativas reduções de Acre e Alagoas na parcela de equipes com referência aos serviços de fisioterapia, a região Norte e o estado do Pará com relação aos serviços de pronto atendimento e o estado do Acre para o serviço de ortopedia.

Para o serviço de saúde mental também foi destaque o aumento na parcela de equipes com referência de encaminhamento no Piauí, Rondônia, Paraíba, Santa Catarina, Mato Grosso e Rio Grande do Sul (acima de 15%). Os estados do Piauí, Mato Grosso e Paraíba também tiveram grandes aumentos na referência aos serviços de ortopedia (entre 8% e 12%). O quadro 5 apresenta os resultados comparados de forma sintética.

Quadro 5: Síntese do acesso a serviços e procedimentos especializados da equipe de Saúde da Família

Dimensões	Síntese
Referência de exames para encaminhamento	A parcela de equipes com referência para os exames de colposcopia e glicemia plasmática reduziu 10% e 28%, respectivamente, entre 2001 e 2008. Já a referência aos exames “citopatologia do colo do útero, eletrocardiograma, Elisa para HIV, hemograma completo, pesquisa de BAAR e VDRL” não teve mudanças expressivas nesse período.
Referência de serviços especializados para encaminhamento	A parcela de equipes com referência para neurologia e internação hospitalar nas clínicas básicas diminuiu 10% e 9%, respectivamente, entre 2001 e 2008. A disponibilidade de referência para encaminhamento de serviços especializados de cardiologia, oftalmologia, ortopedia, fisioterapia, saúde mental e pronto atendimento teve pouca alteração no período.

Fonte: Relatório Final, 2009

5. Considerações Finais – Um Balanço da Década

A reflexão sobre os resultados encontrados no estudo amostral de 2008/2009 e que serviram como comparabilidade ao levantamento efetuado pelo Ministério da Saúde em 2001/2002 traz à tona aspectos inerentes à Estratégia de Saúde da Família e sua condição de organização da Atenção Básica que revelam uma situação complexa.

Um primeiro aspecto que chama atenção é a mudança de patamar quantitativo em termos de número de equipes. Neste período de quase uma década, este número mais que dobrou. Tal intervalo de tempo **expressa a consolidação, pelo menos em termos de expansão quantitativa, da Estratégia de Saúde da Família em território nacional.**

Um segundo aspecto que merece destaque é a **constatação de que articulação entre as diferentes dimensões estudadas revela a interdependência das múltiplas variáveis para o funcionamento da estratégia.** Ou seja, o avanço na estrutura física disponível não neutraliza as dificuldades no processo de trabalho e sua inserção na rede como forma de assegurar a resolutividade necessária para esse nível de atenção à saúde (o cumprimento ou atendimento de uma das dimensões – estrutura física, por exemplo – não assegura de forma linear que os atributos relacionados a processo de trabalho, como exemplo, sejam cumpridos). Este ponto merece maior discussão tendo em vista a de que o crescimento numérico por si só assegure a efetiva implementação da estratégia e coloca questões sobre como garantir sua resolutividade

De maneira geral, **é visível a significativa melhora na estrutura das Unidades Básicas de Saúde, reforçando uma lógica que as condições objetivas de oferta estavam presentes no momento do levantamento das informações.** Da mesma forma, a disponibilidade de materiais também apresentou melhoria e há indicativos de uma grande oscilação quanto aos equipamentos necessários para a realização das atividades. As condições quanto à estrutura (inclusive existência de consultórios), equipamentos, materiais e demais instalações tiveram, em geral, melhoria em nível nacional sendo que alguns estados se destacam em relação a alguns quesitos específicos.

Quanto à caracterização das equipes foi possível registrar que a grande maioria delas possui mais de cinco anos de funcionamento (considerando a data de implantação). **Chama atenção também o fato de que houve um aumento do número de equipes que desconhecem sua área de abrangência, embora a definição e existência do mapa tenham aumentado.** O relativo desconhecimento, por parte das equipes, do tamanho da sua população adscrita pode ser um indicativo de outras dificuldades na dinâmica da unidade de saúde, bem como um fator restritivo

para uma abordagem marcadamente proativa da equipe face à sua população.

Em relação ao processo de trabalho pode-se destacar a expressiva utilização pelas equipes do prontuário, embora sua efetividade ainda possa ser alvo de estudo específico. Outro ponto importante é o fato de que os profissionais, notadamente enfermeiros (as), atuam nas quatro clínicas básicas. Ainda nas atividades educativas em grupo, turnos para atendimento clínico pelos profissionais e atividades para grupos prioritários, embora tenham tido aumento, merecem maior aprofundamento uma vez que essas frentes de trabalho constituem pilares na condução da estratégia de saúde da família.

Entretanto, **a dimensão que investiga o acesso a serviços e procedimentos especializados demonstra maior fragilidade face ao processo de trabalho, chamando atenção a redução dessa disponibilidade na grande maioria dos casos e estados.** Este aspecto aponta também o grau de dificuldade com o qual os profissionais se deparam para viabilizar maior resolutividade da Estratégia de Saúde da Família.

Esse contexto reforça uma contradição associada, talvez, à operacionalidade do modelo, na medida em que, **embora as condições de oferta dos serviços estejam minimamente equacionadas, o processo de trabalho apresenta lacunas que atuam diretamente na sua dinâmica, interferindo diretamente na resolutividade do modelo.**

Outro aspecto que merece destaque é a complexidade da estratégia considerando sua heterogeneidade em nível nacional. Ou seja, as diferenças regionais acabam por se traduzir em maior ou menor grau de inserção da estratégia em dada realidade. Neste aspecto, pode-se observar que as **melhorias e seus impactos possuem funcionalidades diferentes conforme a região do país ampliando o desafio de maior resolutividade da estratégia nesse nível de atenção à saúde.**

Neste sentido, este estudo, que apresenta um recorte comparativo da situação da Estratégia de Saúde da Família no período de quase uma década, demonstra o visível o esforço em proporcionar condições objetivas da oferta de estrutura e serviços, com uma notável expansão quantitativa das equipes de saúde da família. Ao mesmo tempo, os dados obtidos evidenciam dificuldades no cumprimento pleno dos princípios preconizados, no que tange à atuação das equipes nas diferentes localidades do país, o que acaba por atuar de forma direta sobre sua resolutividade. Isso significa dizer que a ESF deve necessariamente ser vista em uma perspectiva sistêmica e dentro dos princípios preconizados pela ESF.

De forma conclusiva, este estudo procurou mostrar, através dos dados coletados, aspectos que podem ser melhorados para o avanço na condução dessa estratégia, considerando seu papel na organização do sistema de saúde, permitindo que novos estudos seja feitos visando elucidar, inclusive de maneira qualitativa, dificuldades já conhecidas historicamente, e propor respostas e ações visando o sucesso desta Estratégia de Saúde.

6. Referências Bibliográficas

BARBOSA, A. C. Q et alli Saúde da Família no Brasil: Situação Atual e Perspectivas Estudo Amostral 2008/Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Belo Horizonte: FACE/UFMG e MS/DAB, 2009 (Relatório de Pesquisa)

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria 648 de 5 de dezembro de 2006*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006.

_____. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Ministério da Saúde. 1997

_____. *Portaria 399 de 22 de Fevereiro de 2006*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2006.

CORBO, A. D'A.; MOROSINI, M. V. G. C. *Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde*. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 157-181

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007

RODRIGUES, Raquel Braga, Atração, retenção e a lógica da gestão de recursos humanos: um estudo sobre os médicos da saúde da Família de Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG, 2008 (dissertação de mestrado)

STARFIELD, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press, 1998

TAKEDA, Sílvia Maristela Pasa. *A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde*. In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani. (Org.). Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.