

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**

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Brasília – DF  
2004

© 2004. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 10.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6.º andar, sala 635

CEP: 70058-900 – Brasília, DF

Tels.: (61) 315 2185 / 315 3434

Fax: (61) 226 4340

E-mail: [investiga.dab@saude.gov.br](mailto:investiga.dab@saude.gov.br)

*Elaboração:*

Eronildo Felisberto – Coordenação-Geral

Rosana Aquino – Coordenação Técnica

*Equipe técnica MS/SAS/DAB:*

Auristela Lins

Cinthia Alves

Gabriela Murakam

Marina Mendes

Celina Kawano

Edneusa Nascimento

Maria Arindelita Neves

Milena Bastos

*Consultores:*

Maria Guadalupe Medina

Rosana Aquino

Paulo Frias

*Técnicos de informática:*

Flávia Davide

Sávio Chaves

Tupinambá dos Santos

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

---

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 / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

140 p.: il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-0770-X

1. Saúde da família. 2. Avaliação de resultados (cuidados de saúde) 3. Serviços de saúde comunitária. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. II. Título. III. Série.

NLM WA 308

---

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Catalogação na fonte – Editora MS

*Equipe editorial:*

Revisão: Eliane Borges dos Santos

Normalização: Leninha Silvério

Capa e projeto gráfico: Marcus Monici

# Sumário

Lista de gráficos e quadros .....	5
Lista de tabelas .....	11
Resumo executivo.....	15
Apresentação .....	27
Objetivos .....	29
Metodologia .....	31
1. População e área.....	31
2. Procedimentos de coleta de dados .....	33
3. Instrumento de investigação.....	34
4. Definição de variáveis.....	35
Resultados e discussão .....	39
1 Características da implantação do Programa Saúde da Família.....	39
1.1 Tempo de implantação das equipes de saúde .....	39
1.2 Adscrição populacional .....	41
1.3 Área de atuação das equipes de saúde .....	44
2 Meios de produção e gestão do trabalho no Programa Saúde da Família .....	46
2.1 Estrutura física das unidades de saúde .....	46
2.2 Disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos .....	49
2.3 Gestão do trabalho dos profissionais das equipes de saúde.....	60
2.3.1 Número de profissionais por equipe.....	60
2.3.2 Tempo de permanência dos profissionais de saúde nas equipes .....	67
2.3.3 Carga horária dos profissionais de saúde.....	72

2.3.4	Modalidade de vínculo contratual dos profissionais de saúde .....	76
2.3.5	Faixa salarial dos profissionais de saúde .....	85
3	Processo de trabalho das equipes do Programa Saúde da Família.....	89
3.1	O conhecimento da população em seu território .....	89
3.2	Planejamento, programação e avaliação de ações .....	93
3.2.1	Reuniões da equipe e com a comunidade .....	93
3.2.2	Utilização de instrumentos de acompanhamento e avaliação .....	96
3.2.3	Participação e controle social.....	97
3.3	O cuidado da saúde das famílias: ações desenvolvidas na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.....	98
3.3.1	Atendimento nas quatro clínicas básicas e visita domiciliar .....	98
3.3.2	Ações em saúde da criança .....	104
3.3.3	Ações em saúde da mulher .....	109
3.3.4	Ações em saúde do adulto .....	111
3.3.5	Ações em saúde bucal.....	116
3.3.6	Ações em vigilância epidemiológica.....	118
3.3.7	Ações educativas .....	119'
4	Capacitação das equipes do Programa Saúde da Família .....	121
4.1	Treinamento introdutório e do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.....	121
4.2	Capacitação em saúde da criança.....	123
4.3	Capacitação em saúde da mulher .....	125
4.4	Capacitação em saúde do adulto .....	126
5	Apoio diagnóstico e referência para atenção especializada no Programa Saúde da Família .....	131
	Considerações finais .☒	137
	Equipe técnica .....	140

# Lista de gráficos e quadros

Gráfico 1 –	Proporção de equipes de saúde da família que possuem pelo menos um consultório médico, Brasil, 2001-2002.....	47
Gráfico 2 –	Proporção de equipes de saúde da família que possuem pelo menos um consultório de enfermagem, Brasil, 2001-2002.....	47
Gráfico 3 –	Proporção de equipes de saúde bucal com equipamento odontológico localizado na unidade de saúde da família, Brasil, 2001-2002.....	48
Gráfico 4 –	Proporção de equipes de saúde da família que dispõem do equipamento odontológico dentro da área de abrangência, Brasil, 2001-2002.....	48
Gráfico 5 –	Proporção de equipes de saúde da família que possuem mapa da área de abrangência na unidade de saúde da família, Brasil, 2001-2002.....	91
Gráfico 6 –	Proporção de equipes de saúde bucal que possuem mapa da área de abrangência na unidade de saúde da família, Brasil, 2001-2002.....	91
Gráfico 7 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos participaram de reunião da equipe, Brasil, 2001-2002.....	93
Gráfico 8 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros participaram de reunião da equipe, Brasil, 2001-2002.....	94
Gráfico 9 –	Proporção de equipes de saúde bucal que participaram de reuniões de planejamento/ avaliação junto com os demais membros da equipe de saúde da família, Brasil, 2001-2002.....	94
Gráfico 10 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos auxiliares de enfermagem participaram de reunião da equipe, Brasil, 2001-2002.....	95
Gráfico 11 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos agentes comunitários de saúde participaram de reunião da equipe, Brasil, 2001-2002.....	95
Gráfico 12 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizaram reunião com a comunidade, Brasil, 2001-2002.....	96
Gráfico 13 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros realizaram reunião com a comunidade, Brasil, 2001-2002.....	96
Gráfico 14 –	Proporção de equipes de saúde da família que utilizam as informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB para programar as suas ações, Brasil, 2001 - 2002.	97

Gráfico 15 –	Proporção de equipes de saúde da família em que algum membro participa regularmente das reuniões do Conselho Municipal/Comissão Local de Saúde Brasil, 2001-2002.....	97
Gráfico 16 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizam atendimento nas quatro clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), Brasil, 2001 - 2002. .	98
Gráfico 17 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizam atendimento nas quatro clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), Brasil, 2001 - 2002. .	99
Gráfico 18 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizaram atendimento clínico em clínica médica, Brasil, 2002. ....	99
Gráfico 19 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros realizaram atendimento clínico em clínica médica, Brasil, 2002. ....	100
Gráfico 20 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizaram atendimento clínico em pediatria, Brasil, 2002. ....	100
Gráfico 21 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros realizaram atendimento clínico em pediatria, Brasil, 2002.....	101
Gráfico 22 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizaram atendimento clínico em obstetrícia, Brasil, 2002.....	101
Gráfico 23 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros realizaram atendimento clínico em obstetrícia, Brasil, 2002. ....	102
Gráfico 24 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizaram atendimento clínico em ginecologia, Brasil, 2002.. ....	102
Gráfico 25 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros realizaram atendimento clínico em ginecologia, Brasil, 2002.....	103
Gráfico 26 –	Proporção de equipes de saúde da família que utilizam prontuário com registro sequencial de consultas, Brasil, 2001-2002. ....	103
Gráfico 27 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizaram visita domiciliar, Brasil, 2001-2002.....	104
Gráfico 28 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros realizaram visita domiciliar, Brasil, 2001-2002.....	104
Gráfico 29 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam consulta médica de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em menores de 2 anos, Brasil, 2001-2002.....	105
Gráfico 30 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam consulta de enfermagem acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em menores de 2 anos Brasil, 2001-2002.....	105
Gráfico 31 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam rotineiramente todas as vacinas do Programa Nacional de Imunização – PNI, Brasil, 2001-2002.....	106
Gráfico 32 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizaram consultas médicas para doenças prevalentes na infância, Brasil, 2001 - 2002.....	106
Gráfico 33 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam consulta de enfermagem para doenças prevalentes na infância, Brasil, 2001 - 2002.....	107

Gráfico 34 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizaram identificação de casos de desnutrição – PCCN, Brasil, 2001 - 2002. ....	107
Gráfico 35 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizaram consulta médica para desnutridos – PCCN, Brasil, 2001 - 2002. ....	108
Gráfico 36 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizaram suplementação alimentar – PCCN, Brasil, 2001 - 2002. ....	108
Gráfico 37 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizaram terapia de reidratação oral – TRO na unidade de saúde da família, Brasil, 2001 - 2002. ....	109
Gráfico 38 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam consulta médica de pré-natal, Brasil, 2001 - 2002. ....	109
Gráfico 39 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam consulta de enfermagem de pré-natal, Brasil, 2001 - 2002. ....	110
Gráfico 40 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam coleta de material para prevenção do câncer de colo de útero, Brasil, 2001 - 2002. ....	110
Gráfico 41 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam ação educativa para planejamento familiar, Brasil, 2001 - 2002. ....	111
Gráfico 42 –	Proporção de equipes de saúde da família que distribuem métodos contraceptivos, Brasil, 2001 - 2002. ....	111
Gráfico 43 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam diagnóstico de diabetes, Brasil, 2001 - 2002. ....	112
Gráfico 44 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam tratamento de diabetes, Brasil, 2001 - 2002. ....	112
Gráfico 45 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam diagnóstico de hipertensão, Brasil, 2001 - 2002. ....	113
Gráfico 46 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam tratamento de hipertensão, Brasil, 2001 - 2002. ....	113
Gráfico 47 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam diagnóstico de hanseníase, Brasil, 2001 - 2002. ....	114
Gráfico 48 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam tratamento de hanseníase, Brasil, 2001 - 2002. ....	114
Gráfico 49 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam diagnóstico de tuberculose, Brasil, 2001 - 2002. ....	115
Gráfico 50 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam tratamento de tuberculose, Brasil, 2001 - 2002. ....	115
Gráfico 51 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizam tratamento supervisionado de tuberculose, Brasil, 2001 - 2002. ....	116
Gráfico 52 –	Proporção de equipes de saúde da família que realizaram acompanhamento em saúde mental, Brasil, 2001 - 2002. ....	116
Gráfico 53 –	Proporção de equipes de saúde bucal que utilizam o atendimento de urgência como forma de acesso da população ao atendimento odontológico, Brasil, 2001 - 2002. ....	117

Gráfico 54 – Proporção de equipes de saúde bucal com oferta programada para atendimento odontológico a grupos prioritários, Brasil, 2001-2002..	117
Gráfico 55 – Proporção de equipes de saúde bucal com oferta programada para atendimento odontológico para instituições, Brasil, 2001-2002..	118
Gráfico 56 – Proporção de equipes de saúde bucal que atendem exclusivamente escolares, Brasil, 2001-2002.	118
Gráfico 57 – Proporção de equipes de saúde da família que notificam as doenças de notificação compulsória, Brasil, 2001-2002.	119
Gráfico 58 – Proporção de equipes de saúde da família que realizam investigação de óbitos, Brasil, 2001-2002.	119
Gráfico 59 – Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizaram atividades educativas em grupo, Brasil, 2001-2002	120
Gráfico 60 – Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros realizaram atividades educativas em grupo, Brasil, 2001-2002.	120
Gráfico 61 – Proporção de equipes de saúde bucal com material suficiente para realizações educativas, Brasil, 2001-2002.	121
Gráfico 62 – Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizaram treinamento introdutório, Brasil, 2001-2002.	122
Gráfico 63 – Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros realizaram treinamento introdutório, Brasil, 2001-2002.	122
Gráfico 64 – Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos realizaram treinamento para o preenchimento do SIAB, Brasil, 2001-2002.	123
Gráfico 65 – Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros realizaram treinamento para o preenchimento do SIAB, Brasil, 2001-2002	123
Gráfico 66 – Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos foram capacitados em imunização, Brasil, 2001-2002.	124
Gráfico 67 – Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros foram capacitados em imunização, Brasil, 2001-2002.	124
Gráfico 68 – Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos foram capacitados em AIDPI, Brasil, 2001-2002.	125
Gráfico 69 – Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros foram capacitados em AIDPI, Brasil, 2001-2002.	125
Gráfico 70 – Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos foram capacitados em saúde da mulher, Brasil, 2001-2002.	126
Gráfico 71 – Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros foram capacitados em saúde da mulher, Brasil, 2001-2002	126
Gráfico 72 – Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos foram capacitados em hipertensão, Brasil, 2001-2002.	127
Gráfico 73 – Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros foram capacitados em hipertensão, Brasil, 2001-2002.	128



Gráfico 74 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos foram capacitados em diabetes, Brasil, 2001-2002.....	128
Gráfico 75 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros foram capacitados em diabetes, Brasil, 2001-2002.....	129
Gráfico 76 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos foram capacitados em hanseníase, Brasil, 2001-2002.....	129
Gráfico 77 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros foram capacitados em hanseníase, Brasil, 2001-2002.....	130
Gráfico 78 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos médicos foram capacitados em tuberculose, Brasil, 2001-2002.....	130
Gráfico 79 –	Proporção de equipes de saúde da família cujos enfermeiros foram capacitados em tuberculose, Brasil, 2001-2002. ....	131
Quadro 1 –	Síntese dos resultados da pesquisa sobre características da implantação do Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002.....	16
Quadro 2 –	Síntese dos resultados da pesquisa sobre os meios de produção no Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002.....	17
Quadro 3 –	Síntese dos resultados da pesquisa sobre a gestão do trabalho dos profissionais de saúde no Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002.....	18
Quadro 4 –	Síntese dos resultados da pesquisa sobre o processo de trabalho das equipes no Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002.....	21
Quadro 5 –	Síntese dos resultados da pesquisa sobre a capacitação das equipes no Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002.....	23
Quadro 6 –	Síntese dos resultados da pesquisa sobre o apoio diagnóstico e referência para atenção especializada do Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002. ....	24
Figura 1 –	Desenvolvimento de ações estratégicas pelas equipes de saúde da família, Brasil, 2001-2002.....	22



# Lista de tabelas

Tabela 1 –	Número de equipes de saúde da família e de equipes de saúde bucal implantadas no mês da coleta de dados e número e percentual de equipes entrevistadas por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	32
Tabela 2 –	Número total de equipes de saúde da família e de equipes de saúde bucal implantadas em agosto de 2002, mês da coleta de dados, e percentual de equipes implantadas no mês anterior à coleta do total das equipes implantadas em agosto de 2002, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	33
Tabela 3 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tempo de funcionamento da equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	40
Tabela 4 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tempo de funcionamento da equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002 .....	41
Tabela 5 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo população adscrita à equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	42
Tabela 6 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo o número de equipes de saúde da família a que estão vinculadas por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	43
Tabela 7 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo população adscrita à equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002 .....	44
Tabela 8 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo área de atuação da equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	45
Tabela 9 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo área de atuação da equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	46
Tabela 10 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo meio diagnóstico disponível na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	52
Tabela 11 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de equipamento e insumos para desenvolvimento de ações básicas disponíveis na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	53
Tabela 12 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de equipamento odontológico disponível na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	54
Tabela 13 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de instrumental disponível na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	55

Tabela 14 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de impresso disponível na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	56
Tabela 15 –	Número de equipes de saúde da família, total e percentual, segundo disponibilidade de medicamentos selecionados, por estado, Brasil 2001-2002.....	57
Tabela 16 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo número de médicos, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	61
Tabela 17 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo número de enfermeiros, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	62
Tabela 18 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo número de auxiliares de enfermagem, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	63
Tabela 19 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo número de agentes comunitários de saúde, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	64
Tabela 20 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo número de cirurgiões-dentistas, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	65
Tabela 21 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo número de técnicos de higiene dental, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	66
Tabela 22 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo número de auxiliares de consultório dentário, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	67
Tabela 23 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tempo de permanência do médico na equipe, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	68
Tabela 24 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual, segundo tempo de permanência do enfermeiro na equipe, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	69
Tabela 25 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual, segundo tempo de permanência do auxiliar de enfermagem, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.. ....	70
Tabela 26 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tempo de permanência de cirurgião-dentista, por estado, Brasil, 2001-2002.....	71
Tabela 27 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tempo de permanência do técnico de higiene dental, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	71
Tabela 28 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tempo de permanência do auxiliar de consultório dentário, por estado, Brasil, 2001-2002.....	72
Tabela 29 –	Número e percentual de equipes de saúde segundo profissional contratado com carga horária de 40 horas semanais, por unidade da federação, Brasil 2001-2002.....	74
Tabela 30 –	Número e percentual de equipes de saúde segundo profissional que cumprem carga horária de 40 horas semanais, por unidade da federação, Brasil 2001-2002. ....	75
Tabela 31 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos médicos, por unidade da federação, Brasil 2001-2002. ....	78
Tabela 32 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos enfermeiros, por unidade da federação, Brasil 2001-2002. ....	79
Tabela 33 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos auxiliares de enfermagem, por unidade da federação, Brasil 2001-2002. ....	80

Tabela 34 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos agentes comunitários de saúde, por unidade da federação, Brasil 2001-2002. ....	81
Tabela 35 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos cirurgiões-dentistas, por unidade da federação, Brasil 2001-2002... ..	82
Tabela 36 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos técnicos de higiene dental, por unidade da federação, Brasil 2001-2002. ....	83
Tabela 37 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos auxiliares de consultório dentário, por unidade da federação, Brasil 2001-2002.....	84
Tabela 38 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos médicos, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.. ..	86
Tabela 39 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos enfermeiros, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002... ..	86
Tabela 40 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos auxiliares de enfermagem, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.. ..	87
Tabela 41 –	Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos agentes comunitários de saúde, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	87
Tabela 42 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo faixa salarial dos cirurgiões-dentistas, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	88
Tabela 43 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo faixa salarial dos técnicos de higiene bucal, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	88
Tabela 44 –	Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo faixa salarial dos auxiliares de consultórios dentários, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002.....	89
Tabela 45 –	Número e percentual de equipes de saúde da família e de saúde bucal e que conheciam a sua área de abrangência, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002. ....	90
Tabela 46 –	Número de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família, total e percentual, segundo ferramentas utilizadas para conhecimento do perfil epidemiológico da população em sua área de abrangência, por estado, Brasil 2001-2002... ..	92
Tabela 47 –	Número e percentual de equipes de saúde da família segundo disponibilidade suficiente de referências para exames complementares na rede SUS, por estado, Brasil, 2001-2002....	132
Tabela 48 –	Número e percentual de equipes de saúde da família segundo disponibilidade suficiente de referências para atendimentos especializados na rede SUS, por estado, Brasil, 2001-2002..	134
Tabela 49 –	Número e percentual de equipes de saúde da família segundo disponibilidade suficiente de serviço de pronto-atendimento, pronto-socorro e internações hospitalares nas clínicas básicas e internação hospitalar especializada na rede SUS, por estado, Brasil 2001-2002... ..	135



# Resumo executivo

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, realizou no período de junho de 2001 a agosto de 2002 uma avaliação normativa do processo de implantação do Programa Saúde da Família. Esse estudo buscou caracterizar o processo de implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil, quanto à infra-estrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes à luz dos princípios e diretrizes do PSF no país.

## Metodologia

O estudo teve caráter censitário, sendo realizado em todas as unidades da federação com equipes cadastradas no SIAB, no mês anterior à coleta de dados. Foram visitadas 13.501 equipes de saúde da família e 2.558 de saúde bucal, em 3.778 (67,9%) municípios brasileiros. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento composto de um questionário (aplicado a um ou mais integrantes da equipe, preferencialmente médico(a) e/ou enfermeiro(a), no seu local de trabalho) e um roteiro de observação direta para algumas variáveis.

As questões para entrevista e de observação direta foram divididas em seis partes: (a) identificação da equipe; (b) implantação da equipe: tempo de funcionamento, cobertura populacional, adscrição de população, responsabilidade territorial; (c) infra-estrutura da unidade básica de saúde da família: área física, equipamentos, medicamentos, outros insumos; (d) gestão do trabalho dos profissionais das equipes: carga horária, vínculo contratual, acesso a capacitações e publicações; (e) processo de trabalho das equipes: atividades e ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem a equipe, utilização do sistema de informação da atenção básica, participação nos conselhos de saúde; (f) acesso aos serviços e procedimentos de referência: apoio diagnóstico, serviços ambulatoriais, pronto-atendimento, internação hospitalar.

A análise foi descritiva, sendo calculadas as proporções de equipes de saúde da família e de saúde bucal segundo unidade da federação e Brasil, apresentados em forma de tabelas e gráficos.

## Resultados e discussão

### Características da implantação do Programa Saúde da Família

Foi elevado o número de equipes de saúde da família e de saúde bucal com menos de um ano de funcionamento, o que demonstra que o Programa Saúde da Família, em muitos estados, encontrava-se, no momento da pesquisa, em fase de implantação.

Em torno de 80% das equipes de saúde da família estavam atuando de acordo com os parâmetros de adscrição de clientela preconizados pelo Ministério da Saúde, cobrindo uma população de até 4.500 pessoas.

Em relação às equipes de saúde bucal, cerca de metade atendia ao parâmetro populacional, que é de até 6.900 pessoas, sendo que a expressiva maioria estava vinculada a uma ou duas equipes de saúde da família, o que está em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Mais da metade das equipes de saúde da família eram exclusivamente urbanas e apenas 24% exclusivamente rurais. Os altos percentuais de equipes urbanas na Região Norte podem estar traduzindo a grande dificuldade de implantação da estratégia de saúde da família em áreas muito rarefeitas. Deve-se ressaltar que não foi elaborada pela pesquisa nenhuma definição de área urbana e rural, nem mesmo adotada a orientação do IBGE ou o cadastro da equipe no SIAB, que consideram a definição de cada município. A alta imprecisão do conceito e a grande diversidade regional de situações limitam a interpretação dos resultados no âmbito nacional sobre a área de atuação das equipes.

**QUADRO 1 – Síntese dos resultados da pesquisa sobre características da implantação do Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002**

<b>Características da implantação</b>	<b>% Equipes</b>
<b>Tempo de implantação das equipes de saúde</b>	
• Equipes de saúde da família com tempo de funcionamento menor que 1 ano	37,7
• Equipes de saúde bucal com tempo de funcionamento menor que 6 meses	56,8
<b>Adscrição populacional</b>	
• Equipes de saúde da família com população adscrita de até 4.500 pessoas	79,3
• Equipes de saúde bucal com população adscrita de até 6.900 pessoas	54,5
• Equipes de saúde bucal vinculada a uma ou duas ESF	92,9
<b>Área de atuação das equipes de saúde</b>	
• Equipes de saúde da família em áreas exclusivamente urbanas	54,7
• Equipes de saúde bucal em áreas exclusivamente urbanas	42,7

### **Meios de produção e gestão do trabalho no Programa Saúde da Família**

#### **Estrutura física das unidades de saúde e disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos**

Em relação à infra-estrutura das unidades de saúde, não foram evidenciados problemas quanto à existência de consultórios médicos nem odontológicos, quando considerada a área de abrangência das equipes de saúde bucal. Quanto aos consultórios de enfermagem, a situação foi diferente, com a média Brasil mais baixa, sendo o desempenho mais desfavorável nas Regiões Sul e Sudeste.

Em quase 20% das equipes, os equipamentos mais básicos para o seu trabalho (tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança de adulto) não estavam disponíveis, problema que foi mais evidenciado em alguns estados das Regiões Norte e Nordeste. Os demais equipamentos (oftalmoscópio, otoscópio, lanterna e equipamentos gineco-obstétricos) e glicosímetro, indispensáveis para a realização de um adequado exame físico, tinham sua disponibilidade muito aquém da desejada, face às expectativas de resolubilidade das equipes de saúde da família.

Cerca de 30% das equipes não dispunham de geladeira exclusiva para vacina e, em relação à disponibilidade de equipamentos e insumos para desenvolvimento de outras ações básicas, destacou-se a precariedade dos que são necessários para realização de pequenas cirurgias, presentes em menos da metade das equipes no país, com situações muito problemáticas em alguns estados.

A disponibilidade destes equipamentos confere suporte ao atendimento, possibilitando assegurar desde a realização de ações de saúde coletiva tradicionais, como imunização, até ações de urgência e emergência, como



nebulização e pequenas cirurgias, que qualificam o atendimento da atenção básica e têm enorme impacto sobre o sistema local de saúde.

Sobre a infra-estrutura de suporte às ações de saúde bucal, vale destacar que, embora 92,8% das equipes tenham referido a existência de consultório odontológico, a disponibilidade de equipamento odontológico completo para o trabalho ocorreu em 73,7% das equipes. A carência destes equipamentos, fundamentais para as ações de atendimento individual, foi maior na Região Nordeste.

O conjunto de medicamentos pesquisado restringiu-se àqueles essenciais ao tratamento de problemas de saúde mais frequentes e não considerou a sua suficiência, mas apenas a presença do item na unidade. Assim, seria esperado que a disponibilidade para as equipes fosse completa ou bastante elevada e não fossem observados os baixos percentuais verificados para alguns dos itens deste elenco mínimo.

A insuficiência de recursos materiais além de comprometer o desenvolvimento e qualidade das ações da atenção básica que vêm sendo desenvolvidas pelos municípios atualmente, limita as potencialidades de ampliação do elenco de ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde.

**QUADRO 2 – Síntese dos resultados da pesquisa sobre os meios de produção no Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002**

<b>Meios de produção</b>	<b>% Equipes</b>
<b>Estrutura física das unidades de saúde</b>	
• Existência de consultório médico para as ESF	96,7
• Existência de consultório de enfermagem para as ESF	62,1
• Existência de consultório odontológico para as ESB na unidade de saúde da família	79,6
• Existência de consultório odontológico para as ESB na área de abrangência	92,8
<b>Disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos</b>	
<b>Equipes de saúde da família</b>	
• Equipamentos básicos (tensiómetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança de adulto)	81,4
• Oftalmoscópio	11,9
• Otoscópio	66,6
• Glicosímetro	59,2
• Equipamento gineco-obstétrico básico (mesa, espécuro, foco, estetoscópio de Pinard)	61,7
• Sonar	61,5
• Geladeira exclusiva para vacina	73,2
• Nebulizador	82,7
• Material para retirada de pontos	82,8
• Material para pequena cirurgia	42,5
• Materiais descartáveis (algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva)	76,7
• Fio de sutura	48,1
• Equipamento de informática	25,0
<b>Equipes de saúde bucal</b>	
• Equipamento odontológico completo (equipo, cadeira, refletor, mocho, unidade auxiliar, estufa ou autoclave)	73,7
• Aparelho fotopolimerizador	63,1
• Compressor	93,8
• Instrumental para exame clínico	78,6
• Instrumental para dentística	78,9
• Instrumental para procedimentos periodontais básicos	66,1
• Instrumental para urgências	79,7

## Gestão do trabalho dos profissionais de saúde

Em relação à gestão do trabalho dos profissionais, foram destacados alguns resultados mais relevantes.

A composição multiprofissional das equipes constitui-se em uma das diretrizes operacionais mais importantes do Programa Saúde da Família, com o propósito de ampliar o conhecimento e as possibilidades de intervenção sobre os processos de saúde-doença, de modo a atender às necessidades da população. Percentuais elevados de equipes de todo o país, superiores a 90%, contavam com os profissionais da composição mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, assim como as equipes de saúde bucal. Embora, a descrição do quadro para cada uma das categorias profissionais, desagregada por estado e região, tenha demonstrado a existência de distorções importantes, especialmente quanto à existência de médico e enfermeiro na equipe de saúde da família, o que foi mais evidente em nove estados.

A pesquisa revelou que a inserção dos profissionais nas equipes de saúde era recente. Na média nacional, em mais da metade das equipes, os médicos e enfermeiros estavam trabalhando há menos de um ano, sendo observado percentual mais elevado para os cirurgiões-dentistas. O pequeno tempo de permanência dos profissionais nas equipes, especialmente os médicos e o pessoal das equipes de saúde bucal, pode se constituir em fator limitante para o trabalho, dificultando desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde.

O estabelecimento da carga horária de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde sustenta-se na idéia de que esta é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre a equipe e a população, e para melhor desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto assistencial.

Formalmente, a maioria dos municípios atendeu a esta diretriz, o que foi evidenciado pela expressiva maioria de profissionais contratados com carga horária de 40 horas. No entanto, as cargas horárias efetivamente cumpridas foram sistematicamente inferiores às contratadas, especialmente para os médicos e cirurgiões-dentistas.

Entre 20% e 30% de todos os profissionais das equipes de saúde, exceto técnico de higiene dental, tinham vínculos trabalhistas precários, o que provavelmente tem contribuído para alta rotatividade e insatisfação profissional. A fragilidade das modalidades de contratação deve comprometer a dedicação dos profissionais, com conseqüências nefastas para a qualidade do trabalho das equipes de saúde.

### QUADRO 3 – Síntese dos resultados da pesquisa sobre a gestão do trabalho dos profissionais de saúde no Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002

Gestão do trabalho dos profissionais de saúde	% Equipes
<b>Número de profissionais nas equipes</b>	
• Equipes de saúde da família com um médico	94,1
• Equipes de saúde da família com um enfermeiro	95,3
• Equipes de saúde da família com pelo menos um auxiliar de enfermagem	98,3
• Equipes de saúde da família com quatro ou mais agentes comunitários de saúde	94,7
• Equipes de saúde bucal com um cirurgião-dentista	97,2
• Equipes de saúde bucal com pelo menos um técnico de higiene dental	97,3
• Equipes de saúde bucal com pelo menos um auxiliar de consultório dentário	97,7
<b>Tempo de permanência dos profissionais de saúde nas equipes</b>	
• Tempo de permanência do médico $\leq$ 1 ano	76,8

• Tempo de permanência do enfermeiro ≤ 1 ano	65,3
• Tempo de permanência do auxiliar de enfermagem ≤ 1 ano	52,9
• Tempo de permanência do cirurgião-dentista ≤ 1 ano	84,5
• Tempo de permanência do técnico de higiene dental ≤ 1 ano	80,4
• Tempo de permanência do auxiliar de consultório dentário ≤ 1 ano	84,8
<b>Carga horária dos profissionais de saúde</b>	
• Médicos que cumprem carga horária de 40 horas semanais	59,7
• Enfermeiros que cumprem carga horária de 40 horas semanais	77,8
• Auxiliares de enfermagem que cumprem carga horária de 40 horas semanais	87,3
• Agentes comunitários de saúde que cumprem carga horária de 40 horas semanais	95,8
• Cirurgiões-dentistas que cumprem carga horária de 40 horas semanais	68,3
• Técnicos de higiene dental que cumprem carga horária de 40 horas semanais	82,9
• Auxiliares de consultório dentário que cumprem carga horária de 40 horas semanais	90,8
<b>Modalidade contratual</b>	
• Médicos com contrato precário de trabalho	18,1
• Enfermeiros com contrato precário de trabalho	25,7
• Auxiliares de enfermagem com contrato precário de trabalho	18,6
• Agentes comunitários de saúde com contrato precário de trabalho	29,7
• Cirurgiões-dentistas com contrato precário de trabalho	29,2
• Técnicos de higiene dental com contrato precário de trabalho	8,5
• Auxiliares de consultório dentário com contrato precário de trabalho	19,1

## Processo de trabalho das equipes do Programa Saúde da Família

A delimitação do território de responsabilização das equipes é fundamental para a estratégia de saúde da família, sendo uma de suas diretrizes. A adscrição de clientela, vinculação de uma população a uma unidade de saúde a partir do estabelecimento de uma base territorial, permite delinear sua realidade de saúde, que está em permanente movimento, e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, atendendo às necessidades de saúde da população.

A quase totalidade das equipes de saúde da família e a maioria das equipes de saúde bucal conheciam sua área de abrangência, sendo que, para as equipes de saúde bucal, houve muita variação entre os estados. Entretanto, a utilização de mapas, ferramenta que expressa a apropriação do território e auxilia o processo de trabalho das equipes, ocorreu em pouco mais da metade das equipes de saúde da família e em cerca de 40% das equipes de saúde bucal.

A grande maioria dos membros das equipes participavam de reuniões internas para planejamento. Entretanto, em relação a reuniões com a comunidade, esta participação ficou em torno de 40% a 50%, variando entre os profissionais. A utilização de instrumento de avaliação não pareceu estar consolidada, dado que menos da metade das equipes utilizavam o SIAB para este fim, assim como a participação das equipes nos Conselhos de Saúde.

Os achados do estudo demonstraram que no cotidiano do trabalho das equipes de saúde parecem ter havido avanços na criação de espaços coletivos de programação envolvendo os membros da equipe. Entretanto,

ainda foram incipientes a participação da comunidade no planejamento das ações, os mecanismos sistemáticos de acompanhamento e avaliação e a participação das equipes nos órgãos gestores do SUS no nível local.

Em relação à realização de ações desenvolvidas, o atendimento nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia) estava sendo realizado por 81% dos médicos e 57% dos enfermeiros. A discriminação em cada uma das quatro áreas reiterou a diferença do perfil destes profissionais no que se refere ao escopo do atendimento clínico individual, demonstrando maior abrangência das áreas básicas no atendimento médico. Os percentuais de equipes que referiram atendimento clínico de enfermeiro foram sistematicamente mais baixos nas Regiões Sul e Sudeste.

A visita domiciliar é uma importante atividade, possibilitando o conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas, o acompanhamento de grupos, além de constituir-se em forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias. Observou-se que todas as categorias têm realizado visita domiciliar, com percentuais superiores a 90% para médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Foi elevada a proporção de equipes que realizavam ações relacionadas à saúde da mulher (consulta de pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero, planejamento familiar e tratamento de afecções ginecológicas), alcançando valores em torno ou superiores a 70%.

Para a saúde da criança, os percentuais de equipes variaram em função do tipo de ação entre 55% e 89%, sendo mais freqüentes a consulta médica para doenças prevalentes na infância e a identificação de casos de desnutrição. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, definido pelo Ministério da Saúde como uma das cinco ações básicas da assistência à saúde da criança, foi realizado por menos de 70% das equipes. Foi muito baixa a média nacional de 64% das equipes que referiram aplicar rotineiramente as vacinas preconizadas pelo PNI, situação especialmente crítica na Região Sudeste, Amapá, Roraima, Paraíba e Distrito Federal.

Quanto ao desenvolvimento de atividades para o controle das doenças crônicas estratégicas para atenção básica, observou-se avanços no controle de hipertensão e diabetes, pois mais de 90% das equipes realizavam ações de diagnóstico e tratamento desses agravos.

Na área de saúde mental a investigação deste estudo foi restrita, contudo observou-se uma grande incipiência nas ações investigadas que consistiam na identificação, cadastramento e visitas domiciliares dos agentes comunitários para os portadores de sofrimento mental.

Quanto ao controle de doenças infecciosas e ações de vigilância epidemiológica, a situação estava muito aquém da desejada. Embora a maioria das equipes realizasse diagnóstico e identificação dos casos, as demais ações, como tratamento e investigação, foram menos freqüentes. Cerca de 60% das equipes realizavam diagnóstico de hanseníase, 70%, de tuberculose e 84% notificavam regularmente doenças sob vigilância. Entretanto, um terço ou menos das equipes realizavam ações de tratamento de tuberculose e hanseníase e cerca de metade realizava investigação de óbitos e internações hospitalares.

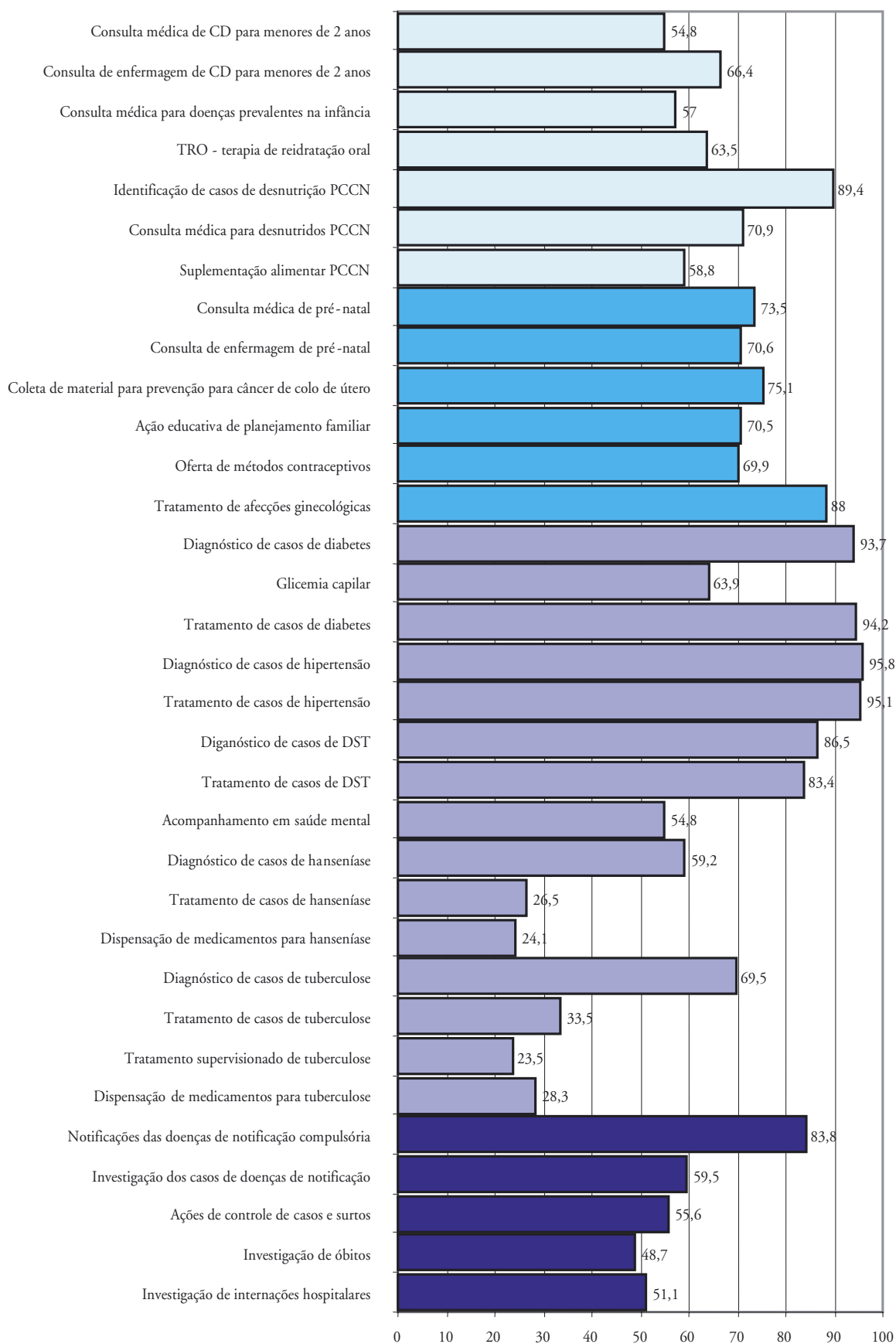
O grau de implantação da área de saúde bucal ainda foi incipiente, conforme reiterado neste estudo por diversos achados: pouco tempo de funcionamento das equipes, desconhecimento da população adscrita, insuficiência de infra-estrutura para desenvolvimento das ações e pela limitação do elenco de ações ao atendimento de urgências odontológicas em muitas equipes, sendo a forma mais freqüente de atenção à saúde bucal referida. A oferta programada para grupos prioritários, considerada como uma perspectiva integradora do trabalho das equipes de saúde bucal no contexto da estratégia de saúde da família, foi referida por menos da metade das equipes, com grande variação entre os estados.

A realização de atividades educativas foi referida pelas equipes para todas as categorias profissionais pesquisadas, variando entre os profissionais de 63% a 77%, demonstrando a incorporação destas atividades, porém em patamares que ainda necessitam ser incrementados, dada a importância destas ações na promoção da saúde. Ressalta-se que neste estudo não foram qualificadas tais atividades, não sendo possível discriminar sua natureza, bem como as concepções que têm orientado as ações de educação em saúde das equipes.

**QUADRO 4 – Síntese dos resultados da pesquisa sobre o processo de trabalho das equipes no Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002**

<b>Processo de trabalho das equipes de saúde</b>	<b>% Equipes</b>
<b>O conhecimento da população em seu território</b>	
• Equipes de saúde da família que conheciam a área de abrangência	94,5
• Equipes de saúde bucal que conheciam a área de abrangência	84,2
• Equipes de saúde bucal que possuíam mapa da área de abrangência	55,3
<b>Planejamento, programando e avaliando as ações</b>	
<b>Realização de reuniões da equipe para planejamento</b>	
• Participação dos médicos nas reuniões da equipe	82,2
• Participação dos enfermeiros nas reuniões da equipe	91,0
• Participação da equipe de saúde bucal nas reuniões da equipe	62,2
• Participação dos auxiliares de enfermagem nas reuniões da equipe	87,0
• Participação dos agentes comunitários de saúde nas reuniões da equipe	90,4
<b>Realização de reuniões com a comunidade</b>	
• Participação dos médicos nas reuniões com a comunidade	42,1
• Participação dos enfermeiros nas reuniões com a comunidade	50,8
• Participação dos auxiliares de enfermagem nas reuniões com a comunidade	43,0
• Participação dos ACS nas reuniões com a comunidade	53,0
<b>Utilização de instrumentos de acompanhamento e avaliação</b>	
• Equipes de saúde da família que utilizam o SIAB para programação das ações	49,6
<b>Participação e controle social</b>	
• Equipes de saúde da família que participam de reunião do CMS ou CLS	37,4
<b>Cuidando da saúde das famílias</b>	
<b>Atendimento nas quatro clínicas básicas e visita domiciliar</b>	
• Médicos que realizam atendimento nas quatro clínicas básicas	81,1
• Enfermeiros que realizam atendimento nas quatro clínicas básicas	57,1
• Médicos que realizam atendimento em clínicas médica	98,4
• Enfermeiros que realizam atendimento em clínicas médica	70,1
• Médicos que realizam atendimento em pediatria	96,0
• Enfermeiros que realizam atendimento em pediatria	77,4
• Médicos que realizam atendimento em obstetrícia	84,6
• Enfermeiros que realizam atendimento em obstetrícia	75,3
• Médicos que realizam atendimento em ginecologia	87,0
• Enfermeiros que realizam atendimento em ginecologia	75,8
• Equipes que utilizam prontuário com registro seqüencial de consultas	89,5
• Médicos que realizaram visita domiciliar	92,7
• Enfermeiros que realizaram visita domiciliar	95,8
<b>Ações de saúde bucal</b>	
• Atendimento de urgências odontológicas	78,0
• Oferta programada para grupos prioritários	48,8
<b>Ações educativas</b>	
• Médicos que realizam ações educativas	64,3
• Enfermeiros que realizam ações educativas	77,2
• Auxiliares de enfermagem que realizam ações educativas	62,5
• Agentes comunitários de saúde que realizam ações educativas	70,0

**FIGURA 1 – Desenvolvimento de ações estratégicas pelas equipes de saúde da família, Brasil, 2001-2002**



## Capacitação das equipes do Programa Saúde da Família

A qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família constitui-se em uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, propiciando a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolubilidade da atenção básica.

Considerando que 100% das equipes deveriam ter realizado o treinamento introdutório, os percentuais observados, tanto para médicos como enfermeiros, foram muito aquém do esperado, especialmente na Região Norte. Para o treinamento do SIAB, revelou-se maior insuficiência, o que compromete a utilização desta ferramenta para o monitoramento e avaliação das ações de saúde.

Para capacitação em saúde da criança, os percentuais para o Brasil foram extremamente baixos, exceto a capacitação de enfermeiros para imunização, que alcançou metade das equipes. A capacitação dos médicos não alcançou 40% das equipes em nenhum estado. Em saúde da mulher, em apenas cerca de um terço e 40% das equipes, respectivamente, os médicos e enfermeiros foram capacitados.

Os percentuais de equipes que tinham médicos e enfermeiros capacitados em áreas estratégicas da atenção básica em saúde do adulto (hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose) situaram-se em torno de 40%, com percentuais para os médicos sistematicamente inferiores aos observados para os enfermeiros. Os maiores percentuais concentraram-se em alguns estados, podendo estar traduzindo tanto diferenças loco-regionais quanto às características de implantação do Programa, especialmente o tempo de implantação, como diversidade de incentivo ao desenvolvimento de ações pedagógicas.

Embora não tenha sido investigada a necessidade de qualificação dos profissionais nestas áreas, pode-se supor, a partir do quadro revelado, que a capacitação das equipes foi insuficiente, face ao amplo espectro de ações, às exigências de desempenho das equipes e ao perfil dos profissionais existentes, atualmente, no mercado de trabalho.

**QUADRO 5 – Síntese dos resultados da pesquisa sobre a capacitação das equipes no Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002**

Capacitação das equipes de saúde	% Equipes
• Médicos que realizaram o treinamento introdutório	61,9
• Enfermeiros que realizaram o treinamento introdutório	69,4
• Médicos que realizaram o treinamento em SIAB	37,7
• Enfermeiros que realizaram o treinamento em SIAB	55,1
• Médicos que realizaram capacitação em imunização	17,0
• Enfermeiros que realizaram capacitação em imunização	50,1
• Médicos que realizaram capacitação em AIDPI	17,0
• Enfermeiros que realizaram capacitação em AIDPI	21,2
• Médicos que realizaram capacitação em saúde da mulher	31,1
• Enfermeiros que realizaram capacitação em saúde da mulher	44,1
• Médicos que realizaram capacitação em hipertensão	42,4
• Enfermeiros que realizaram capacitação em hipertensão	44,5
• Médicos que realizaram capacitação em diabetes	42,6
• Enfermeiros que realizaram capacitação em diabetes	46,0
• Médicos que realizaram capacitação em hanseníase	37,1
• Enfermeiros que realizaram capacitação em hanseníase	42,3
• Médicos que realizaram capacitação em tuberculose	34,3
• Enfermeiros que realizaram capacitação em tuberculose	40,2

## Apoio diagnóstico e referência para atenção especializada do Programa Saúde da Família

Um dos maiores desafios a serem vencidos para reorganização do Sistema Único de Saúde é a construção de redes assistenciais que garantam serviços básicos resolutivos e continuidade da atenção, mediante a oferta organizada de serviços de média e alta complexidade, assegurando o acesso ao sistema segundo as necessidades da população.

Buscando analisar a continuidade da atenção e a inserção do PSF nos sistemas locais de saúde, a pesquisa investigou, junto às equipes de saúde da família, a garantia de realização de exames complementares, atendimento especializado e hospitalização em serviços da rede do SUS, quando solicitados pelas equipes para a população adscrita.

Apenas cerca de metade das equipes dispunham do elenco completo dos exames de patologia clínica, essenciais para o apoio diagnóstico na atenção básica, com situações mais precárias em muitos estados das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Dentre os exames complementares investigados, a melhor performance foi observada para o acesso à citopatologia de colo de útero, referido por mais de 80% das equipes.

Em relação ao percentual de equipes com disponibilidade de serviços especializados, as médias nacionais foram próximas a 60% para consultas em cardiologia, ortopedia, psiquiatria e para atendimento em fisioterapia. Menos da metade das equipes referiram o acesso às consultas de oftalmologia e neurologia.

Todos os estados tiveram percentuais de equipes acima de 70% para disponibilidade de serviços de pronto-atendimento, e, para pronto-socorro. Altos percentuais de equipes com disponibilidade para internação hospitalar nas clínicas básicas também foram observados. Quadro bem diverso foi observado para internação hospitalar especializada, onde, em nenhum estado, foi alcançado o percentual de 70% das equipes com disponibilidade para este serviço.

Os resultados demonstraram que o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa Saúde da Família. A falta de equidade no acesso entre estados e regiões reitera a situação já conhecida da oferta desordenada dos serviços de maior complexidade e aponta para a necessidade de estruturação da rede do SUS, implementando o controle e a regulação do sistema.

**QUADRO 6 – Síntese dos resultados da pesquisa sobre o apoio diagnóstico e referência para atenção especializada do Programa Saúde da Família, Brasil, 2001-2002**

Apoio diagnóstico e referência para atenção especializada	% Equipes
<b>Exames complementares</b>	
• Patologia clínica (hemograma completo, sumário de urina, urocultura, uréia, creatinina, ácido úrico, glicemia capilar, pesquisa de BAAR e tipagem sanguínea)	55,0
• ELISA (HIV)	66,3
• Raio X sem contraste	73,1
• Eletrocardiograma	67,2
• Citopatologia de colo de útero	81,0
• Colposcopia	54,8
• Ultrassonografia	56,7



<b>Atendimentos especializados</b>	
• Consulta médica de cardiologia	61,3
• Consulta médica de oftalmologia	47,0
• Consulta médica de ortopedia	58,7
• Consulta médica de neurologia	40,0
• Consulta médica de psiquiatria	57,8
• Fisioterapia	57,6
<b>Serviço de pronto-atendimento, pronto-socorro e internações hospitalares</b>	
• Pronto-atendimento	83,5
• Pronto-socorro	75,8
• Internações hospitalares nas clínicas básicas	77,4
• Internação hospitalar especializada	47,3



# Apresentação

A velocidade de expansão do Programa Saúde da Família – PSF, desde 1994, ao mesmo tempo em que comprova a decisão política e institucional do Ministério da Saúde de fortalecimento da atenção básica e a adesão dos gestores estaduais e municipais, aponta a necessidade de que se garanta como base de sustentação um adequado processo de implantação e que se mantenha a coerência com os princípios e diretrizes do Programa.

Assumindo como parte de suas atribuições institucionais aprimorar os mecanismos de avaliação da atenção básica, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica – DAB, realizou uma avaliação normativa do processo de implantação do Programa, analisando desde questões relacionadas à estrutura física das unidades de saúde, até questões relacionadas ao processo de trabalhos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família e de saúde bucal no Brasil.

Para a realização deste trabalho, o Ministério da Saúde contou com o fundamental apoio das Secretarias Estaduais para garantia do suporte logístico do trabalho de campo, realizado no período de junho de 2001 a agosto de 2002. Destaca-se a inestimável importância do envolvimento dos coordenadores estaduais do Programa Saúde da Família e dirigentes de Departamentos de Atenção Básica no planejamento e execução da pesquisa em cada estado, incluindo a sua participação na constituição de uma equipe de colaboradores técnicos de mais de 500 profissionais qualificados, o que viabilizou a realização da coleta de dados, junto às 16.812 equipes de saúde existentes, na ocasião, no País.

Não se pode deixar de mencionar as dificuldades do trabalho dos entrevistadores em muitos estados, envolvendo um enorme esforço de deslocamento para tornar possível o acesso a cada unidade de saúde. Estes deslocamentos foram realizados por via aérea, rodoviária e fluvial, utilizando-se os mais diferentes tipos de veículos, como carros de passeio, barcos, veículos com tração, monomotores, turbohélices, voadeiras e canoas.

No próprio curso do trabalho, os dados dessa pesquisa foram sendo consolidados e analisados, por estado, pelo Departamento de Atenção Básica, sendo apresentados e discutidos com as Secretarias Estaduais, tendo como um dos seus desdobramentos mais importantes o enfrentamento das inadequações e problemas constatados por meio da construção de uma agenda de trabalho conjunta entre estas e as Secretarias Municipais, considerando as especificidades locais para correção dos problemas identificados.

Este relatório tem o propósito de divulgar os resultados dessa avaliação normativa, cujos resultados são apresentados em cinco capítulos, além de um Resumo Executivo que sumariza os resultados apresentados, destacando os valores consolidados para o conjunto do País.

No primeiro capítulo, discute-se as características de implantação do Programa, enfocando-se, especialmente, o tempo de implantação e algumas características relacionadas ao processo de territorialização.

O segundo aborda os meios de produção e gestão do trabalho no Programa Saúde da Família, discutindo os aspectos mais estruturais que dão sustentação ao trabalho das equipes, assim como aspectos relacionados à inserção dos profissionais.

O terceiro debruça-se sobre o processo de trabalho das equipes, explorando as ações desenvolvidas cotidianamente pelos trabalhadores que atuam no Programa Saúde da Família.

O quarto aborda a capacitação das equipes, considerada atualmente como estratégia fundamental de consolidação do Programa.

Finalmente, no quinto capítulo, são discutidos aspectos essenciais para garantia da continuidade e qualidade das ações realizadas pelas equipes de saúde.

Deve-se ressaltar que, desde a implantação do PSF no país, esta avaliação consistiu no segundo estudo de grande envergadura, abrangendo a quase totalidade das equipes implantadas, refletindo a preocupação do Ministério da Saúde em instituir mecanismos que permitam assegurar qualidade ao processo de reorganização da atenção básica, mediante a estratégia de saúde da família.

Iniciativas desta natureza precisam ser estimuladas e divulgadas, pois contribuem, certamente, para a institucionalização da avaliação no sistema, e, conseqüentemente, para a reorientação das ações, conferindo sustentabilidade ao processo de reorganização da atenção básica, num estágio mais maduro de consolidação do SUS no Brasil.

Afra Suassuna Fernandes  
Diretora do Departamento de Atenção Básica

# Objetivos

## **Objetivo geral**

Caracterizar a implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF no Brasil, segundo os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

## **Objetivos específicos**

- Analisar as características de implantação do PSF, quanto ao tempo de implantação e ao processo de adscrição populacional das equipes de saúde;
- Caracterizar a infra-estrutura das unidades de saúde e a gestão do trabalho no Programa Saúde da Família;
- Descrever o processo de trabalho das equipes, identificando as ações e atividades desenvolvidas;
- Identificar o elenco de capacitações das equipes de saúde, segundo as áreas estratégicas da atenção básica;
- Verificar a disponibilidade de apoio diagnóstico e de referência para atenção especializada para a população adscrita ao PSF.



# Metodologia

Este estudo constitui uma avaliação normativa do Programa Saúde da Família, cuja unidade de análise foram as equipes de saúde da família e de saúde bucal. Foi realizado no período de junho de 2001 a agosto de 2002, abrangendo todas as equipes implantadas no Brasil neste período.

## 1 População e área

O estudo teve caráter censitário. A população de estudo, em cada unidade da federação, foi composta pelas equipes implantadas, definidas como equipes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica, no mês anterior à coleta de dados, que estavam recebendo recursos do Ministério da Saúde.

Foram visitadas 13.501 equipes de saúde da família e 2.558 de saúde bucal, em 3.778 (67,9%) municípios brasileiros. A Tabela 1 demonstra que os números de equipes participantes do estudo representaram contingentes expressivos em relação ao total de equipes implantadas em cada unidade da federação no período da coleta, alcançando, para o País, 96,6% das equipes de saúde da família e 90,0% das equipes de saúde bucal implantadas.

Entre os estados, os percentuais de equipes participantes do estudo variaram de 82,6% (Rondônia) a 100,0% (Rio Grande do Sul e Distrito Federal) para as equipes de saúde da família e entre 65,1% (Sergipe) a 100,0% (Acre, Pará, Rio de Janeiro e Distrito Federal) para as equipes de saúde bucal (Tabela 1).

**TABELA 1 – Número de equipes de saúde da família e de equipes de saúde bucal implantadas no mês da coleta de dados e número e percentual de equipes entrevistadas por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da federação	Equipes de saúde da família implantadas no mês da coleta	Equipes de saúde da família entrevistadas		Equipes de saúde bucal implantadas no mês da coleta	Equipes de saúde bucal entrevistadas	
	N.º total	N.º total	%	N.º total	N.º total	%
Rondônia	109	90	82,6	28	23	82,1
Acre	71	68	95,8	16	18	100,0
Amazonas	265	267	89,0	28	30	96,8
Roraima	67	63	94,0	-	-	-
Pará	326	325	98,8	26	27	100,0
Amapá	26	24	96,0	-	-	-
Tocantins	197	198	98,0	56	52	94,5
Maranhão	249	240	95,2	-	-	-
Piauí	505	440	91,5	16	12	80,0
Ceará	1.147	1.161	97,6	355	376	97,4
Rio Grande do Norte	462	412	97,9	189	158	95,8
Paraíba	572	562	98,6	195	167	82,3
Pernambuco	1.123	1.112	98,8	205	222	92,9
Alagoas	538	502	96,0	68	64	98,5
Sergipe	294	293	96,7	74	56	65,1
Bahia	715	661	97,3	140	141	94,6
Minas Gerais	1.819	1.791	97,9	128	131	95,6
Espírito Santo	310	307	96,2	73	84	98,8
Rio de Janeiro	762	715	90,2	25	21	100,0
São Paulo	1.125	1.049	99,1	46	122	81,3
Paraná	857	857	96,9	88	142	79,8
Santa Catarina	721	746	96,0	187	202	85,2
Rio Grande do Sul	371	381	100,0	40	58	96,7
Mato Grosso do Sul	172	171	99,4	59	68	91,9
Mato Grosso	315	323	98,8	85	83	92,2
Goiás	626	688	94,1	201	267	86,7
Distrito Federal	56	55	100,0	28	34	100,0
<b>Brasil</b>	<b>13.800</b>	<b>13.501</b>	<b>96,6</b>	<b>2.356</b>	<b>2.558</b>	<b>90,0</b>

Visando identificar a ocorrência de mudanças expressivas na população-alvo do estudo, em função do longo período de coleta de dados, foi comparado o total de equipes implantadas no mês de agosto de 2002 (mês de conclusão dos trabalhos de campo da pesquisa) com o número de equipes implantadas no mês que antecedeu a coleta de dados em cada unidade federada. Observou-se que, no período, os totais de equipes de saúde da família e de saúde bucal implantadas aumentaram, respectivamente, de 13.800 para 16.195 e de 2.356 para 3.796. Ou seja, o quantitativo de equipes utilizado como referência representou 85,2% das equipes de saúde da família e 62,1% das equipes de saúde bucal implantadas ao final do período da coleta de dados (Tabela 2).

Evidenciou-se que para 15 unidades federadas a diferença do número de equipes de saúde da família implantadas no período foi menor que 10%, enquanto que valores semelhantes para as equipes de saúde bucal foram observados em apenas seis unidades federadas. Como esperado, maiores discrepâncias foram encontradas nas unidades que realizaram a coleta no ano de 2001 (Tabela 2).



**TABELA 2 – Número total de equipes de saúde da família e de equipes de saúde bucal implantadas em agosto de 2002, mês da coleta de dados, e percentual de equipes implantadas no mês anterior à coleta do total das equipes implantadas em agosto de 2002, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da federação	N.º total de equipes		Mês da coleta de dados	Percentual de equipes implantadas no mês anterior à coleta de dados	
	implantadas em agosto de 2002			Equipes de saúde da família	Equipes de saúde bucal
	Equipes de saúde da família	Equipes de saúde bucal			
Rondônia	107	27	7/2002	101,9	103,7
Acre	74	18	6/2002	95,9	88,9
Amazonas	275	32	6/2002	96,4	87,5
Roraima	68	2	5/2002	98,5	—
Pará	341	27	6/2002	95,6	96,3
Amapá	27	7	7/2001	96,3	—
Tocantins	234	82	4/2002	84,2	68,3
Maranhão	514	107	9/2001	48,4	—
Piauí	666	257	5/2001	75,8	6,2
Ceará	1.181	377	5/2002	97,1	94,2
Rio Grande do Norte	484	208	4/2002	95,5	90,9
Paraíba	750	281	7/2001	76,3	69,4
Pernambuco	1.141	211	7/2002	98,4	97,2
Alagoas	591	217	6/2001	91,0	31,3
Sergipe	372	124	6/2001	79,0	59,7
Bahia	805	179	4/2002	88,8	78,2
Minas Gerais	2.129	237	3/2002	85,4	54,0
Espírito Santo	325	84	6/2002	95,4	86,9
Rio de Janeiro	788	29	6/2002	96,7	86,2
São Paulo	1.638	221	10/2001	68,7	20,8
Paraná	1.049	262	8/2001	81,7	33,6
Santa Catarina	833	237	3/2002	86,6	78,9
Rio Grande do Sul	396	62	5/2002	93,7	64,5
Mato Grosso do Sul	207	79	4/2002	83,1	74,7
Mato Grosso	333	96	5/2002	94,6	88,5
Goiás	817	308	8/2001	76,6	65,3
Distrito Federal	50	25	2/2002	112,0	112,0
<b>Brasil</b>	<b>16.195</b>	<b>3.796</b>		<b>85,2</b>	<b>62,1</b>

## 2 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2001 a agosto de 2002. De junho a dezembro de 2001, foi conduzida em nove estados: Piauí, Alagoas, Sergipe, Paraíba, Amapá, Paraná, Goiás, Maranhão e São Paulo. De março a agosto de 2002, nas demais dezoito unidades da federação.

O projeto da pesquisa foi apresentado e aprovado na Reunião da Comissão Tripartite de 21 de julho de 2001. Em todas as unidades da federação, o Secretário Estadual de Saúde e o Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS foram comunicados da realização da pesquisa, por meio de correspondência. Foram contatadas as coordenações estaduais do PSF, que juntamente com os técnicos do DAB/MS, que se deslocaram aos estados, elaboraram o planejamento, os roteiros e a logística de deslocamento dos entrevistadores para os municípios em cada unidade da federação.

Os entrevistadores recebiam o consolidado com o total de equipes por município, referente ao mês anterior à coleta de dados. Foram orientados a incluir as equipes que estavam em funcionamento no momento da coleta de dados e, se porventura não estivessem cadastradas, e caso constatassem que a equipe cadastrada não

estava mais em funcionamento, preencher o questionário com a identificação da equipe e classificá-la como inexistente.

Foi utilizado um instrumento composto de questionário, que era aplicado a um ou mais integrantes da equipe, preferencialmente médico(a) e/ou enfermeiro(a), no seu local de trabalho, e um roteiro de observação direta para algumas variáveis, tais como as relativas à estrutura física. Na impossibilidade destas condições, algumas informações poderiam ser coletadas: a) sem a presença da equipe, preenchendo os itens de infra-estrutura observados; b) com os membros da equipe, mas fora do local de trabalho, preenchendo os itens referentes à implantação, processo de trabalho, acesso a serviços e procedimentos e recursos humanos.

As questões relativas à quantidade e à carga horária dos profissionais e existência de médico e enfermeira na equipe<sup>1</sup> deveriam ser checadas com outros informantes. Os entrevistadores foram orientados para, com base em sua experiência e nas observações, questionar os profissionais quando ocorressem contradições na entrevista ou quando as respostas não fossem compatíveis com o observado. Também, nos casos de dificuldades na coleta de dados, devido ao pouco tempo de trabalho dos profissionais na equipe, o entrevistador foi orientado a completar os dados com entrevista com o usuário e observação direta.

A maioria dos questionários não respondidos correspondeu a equipes inexistentes ou que não estavam em funcionamento no momento da entrevista. Apenas em 10 equipes não foram preenchidos, por impossibilidade de acesso dos entrevistadores.

Os entrevistadores eram profissionais da área da saúde ou afins, com curso superior e conhecimento da estratégia saúde da família, em sua grande maioria, indicados pelas coordenações estaduais do Programa Saúde da Família, coordenações dos pólos de capacitação e técnicos do próprio DAB/SPS/MS. Evitou-se, sempre que possível, que os entrevistadores realizassem o trabalho em seu próprio estado. Os entrevistadores receberam treinamento, com duração de seis a oito horas, que consistia na discussão do Manual para o Preenchimento do Roteiro de Observações (Anexo 1) e tinha como objetivo a padronização de conceitos para a coleta dos dados e discussão sobre a postura do investigador nas entrevistas.

Não houve acompanhamento ou supervisão de campo. Em cada estado, foi designado um coordenador responsável para apoiar os entrevistadores, esclarecer dúvidas por telefone, resolver problemas operacionais, avaliar o desempenho do grupo e supervisionar a conferência dos questionários. Uma equipe de três consultores do Ministério e pessoal de apoio foi mantida permanentemente para organização e execução do trabalho.

### 3 Instrumentos de investigação

Os instrumentos de coleta de dados, roteiros de observações para equipes de saúde da família e roteiros de observações para equipes de saúde bucal, foram compostos de questões para entrevista e de observação direta, divididas em seis partes:

- identificação da equipe;
- implantação da equipe: tempo de funcionamento, cobertura populacional, adscrição de população, responsabilidade territorial;
- infra-estrutura da unidade básica de saúde da família: área física, equipamentos, insumos e medicamentos;
- processo de trabalho das equipes: atividades e ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem a equipe, utilização do sistema de informação da atenção básica, participação nos conselhos de saúde;
- acesso aos serviços e procedimentos de referência: apoio diagnóstico, serviços ambulatoriais, pronto-atendimento, internação hospitalar;
- recursos humanos: carga horária, vínculo contratual, acesso a capacitações e publicações.

<sup>1</sup> A constatação de irregularidade nestas situações implicava na suspensão do incentivo financeiro da equipe.

Além do instrumento de coleta, o entrevistador preenchia o protocolo de entrega de questionários (um quadro sintético com o número de municípios visitados e a quantidade de questionários aplicados para controle) e um relatório por município visitado (um relato sucinto sobre as suas impressões do Programa Saúde da Família do município).

Após conclusão dos trabalhos das nove unidades federadas avaliadas em 2001 e discussão dos resultados com as Secretarias Estaduais, optou-se por revisar o instrumento de coleta para a segunda etapa (primeiro semestre de 2001), incorporando e modificando várias questões que, na sua maioria, objetivaram tornar o texto do manual mais claro e de fácil entendimento, incorporando informações transmitidas no treinamento verbalmente e tornando-o auto-explicativo.

Esta nova versão foi testada no Distrito Federal em 55 equipes de saúde da família e 34 equipes de saúde bucal, no período de 18 a 22 de março de 2002. Avaliou-se, na ocasião, que as alterações facilitaram a coleta, reduziram o tempo de aplicação e melhoraram a padronização das questões.

#### 4 Definição de variáveis

A seguir, apresenta-se uma descrição sumária das variáveis analisadas nesta publicação. Maiores esclarecimentos podem ser obtidos pela consulta ao Manual para o Preenchimento do Roteiro de Observações (Anexo 1).

<b>Descrição sumária das variáveis</b>	
<b>4.1 Características da implantação do Programa Saúde da Família:</b>	
Tempo de implantação das equipes de saúde	Tempo em meses de funcionamento da equipe, independente do cadastramento do SIAB
Adscrição populacional	Número de pessoas adscritas à equipe de saúde
Área de atuação das equipes de saúde	Área urbana, rural ou mista
<b>4.2 Estrutura das unidades básicas do Programa Saúde da Família</b>	
Estrutura física das unidades de saúde	Existência de consultório médico Existência de consultório de enfermagem Existência de consultório odontológico na unidade de saúde de referência de uma das ESF vinculada a ESB Existência de consultório odontológico em outra unidade ou serviço, dentro da área de abrangência da ESB
Disponibilidade de equipamentos e instrumentos em condições de uso	Equipamentos básicos (tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança de adulto) Oftalmoscópio, otoscópio, glicosímetro Equipamento gineco-obstétrico básico (mesa, espéculo, foco, estetoscópio de Pinard) e sonar Geladeira exclusiva para vacina Nebulizador
Disponibilidade de equipamentos e instrumentos odontológicos em condições de uso	Equipamento odontológico completo (equipo, cadeira, refletor, mocho, unidade auxiliar, estufa ou autoclave) Aparelho fotopolimerizador e compressor Instrumental para exame clínico, para dentística, para procedimentos periodontais básicos e para urgências
Disponibilidade de insumos em quantidade suficiente para realização das atividades	Materiais descartáveis (algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva, fio de sutura) Material para retirada de pontos Material para pequena cirurgia
Disponibilidade de medicamentos (independente da quantidade)	Ácido acetil salicílico, aminofilina, amoxicilina, ampicilina, captopril, carbamazepina, cimetidina, dexametasona pomada, diclofenaco de potássio, digoxina, fenobarbital, furosemida, metronidazol, metronidazol geléia, neomicina com bacitracina pomada, nistatina creme, penicilina benzatina

<b>Descrição sumária das variáveis</b>	
<b>4.3 Gestão do trabalho dos profissionais de saúde</b>	
Número de profissionais por equipe	Número de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde Número de cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental e auxiliares de consultório dentário
Tempo de permanência dos profissionais de saúde nas equipes	Tempo de permanência dos profissionais nas equipes em meses
Carga horária dos profissionais de saúde	Carga horária semanal dos profissionais contratada Carga horária semanal cumprida pelos profissionais
Modalidade de vínculo contratual dos profissionais de saúde	Estatutário, CLT, contratos temporários, cargo comissionado, prestação de serviços, bolsa, cooperado, contrato informal, contrato verbal e outros
Faixa salarial dos profissionais de saúde	Salário bruto dos profissionais de saúde em reais
<b>4.4 Processo de trabalho das equipes do Programa Saúde da Família</b>	
Conhecimento da população em seu território	Conhecimento da área de abrangência pelos membros da equipe Existência de mapa da área de abrangência na unidade Instrumentos de análise de situação de saúde bucal: inquéritos epidemiológicos em escolares e na população em geral, levantamento de necessidades em instituições e na população em geral e estudo de demanda nas próprias unidades
Planejamento, programação e avaliação de ações	Reuniões da equipe Reuniões da equipe com a comunidade Utilização do SIAB como instrumento de acompanhamento e avaliação Participação de membros da equipe em CMS e CLS
Cuidado da saúde das famílias: ações desenvolvidas na perspectiva da integralidade da atenção à saúde	Atendimento nas quatro clínicas básicas realizado por médico e enfermeiro (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia) Visita domiciliar de médico e enfermeiro Ações em saúde da criança realizadas pela equipe, por médicos e enfermeiros: consulta para acompanhamento e desenvolvimento em menores de 2 anos, imunização de rotina, consultas para atendimento de agravos prevalentes na infância, identificação e consulta de casos de desnutrição e suplementação alimentar Ações em saúde da mulher realizadas pela equipe, por médicos e enfermeiros: consultas de pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero, ações educativas em planejamento familiar e tratamento de afecções ginecológicas Ações em saúde do adulto realizadas pela equipe, por médicos e enfermeiros: diagnóstico e tratamento de diabetes, glicemia capilar, diagnóstico e tratamento de hipertensão, diagnóstico e tratamento de hanseníase, diagnóstico e tratamento de tuberculose e identificação, cadastramento e acompanhamento de portadores de sofrimento mental Ações em saúde bucal: atendimento de urgências, atendimento a grupos prioritários, clientela de instituições e exclusivamente para escolares Ações em vigilância epidemiológica: notificação compulsória de doenças e investigação de óbitos Ações educativas realizadas por médico e enfermeiro e equipes de saúde bucal com material educativo suficiente

<b>4.5 Capacitação das equipes do Programa Saúde da Família</b>	
Treinamento introdutório e do Sistema de Informação da Atenção Básica	Treinamento introdutório para médicos e enfermeiros Treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica para médicos e enfermeiros
Capacitação em saúde da criança	Capacitação em imunização para médicos e enfermeiros Capacitação em AIDPI para médicos e enfermeiros
Capacitação em saúde da mulher	Capacitação em saúde da mulher para médicos e enfermeiros
Capacitação em saúde do adulto	Capacitação em hipertensão para médicos e enfermeiros Capacitação em diabetes para médicos e enfermeiros Capacitação em tuberculose para médicos e enfermeiros Capacitação em hanseníase para médicos e enfermeiros
<b>4.6 Apoio diagnóstico e referência para atenção especializada</b>	
Exames complementares	Patologia clínica (hemograma completo, sumário de urina, urocultura, uréia, creatinina, ácido úrico, glicemia capilar, pesquisa de BAAR e tipagem sanguínea) ELISA (HIV), 73,1% Raio X sem contraste Eletrocardiograma Citopatologia de colo de útero Colposcopia Ultrassonografia
Serviços especializados	Consulta médica em cardiologia, em ortopedia, em psiquiatria, em oftalmologia e em neurologia Atendimento em fisioterapia
Pronto-atendimento, pronto-socorro e internações	Serviços de pronto-atendimento Pronto-socorro Internação hospitalar nas clínicas básicas Internação hospitalar especializada

A análise foi descritiva, sendo calculadas as proporções de equipes de saúde da família e de saúde bucal segundo unidade da federação e Brasil, apresentados em forma de tabelas e gráficos.



# Resultados e discussão

## 1 Características da implantação do Programa Saúde da Família

### 1.1 Tempo de implantação das equipes de saúde

No Brasil, embora o Programa Saúde da Família tenha sido implantado há oito anos, no período da pesquisa, cerca de 38% das equipes estavam em funcionamento há menos de um ano, 40% entre um e dois anos e somente 22% por três anos ou mais (Tabela 3).

Em três estados, pelo menos um terço das equipes estava em exercício por três ou mais anos: Acre (34,3%), Minas Gerais (35,9%) e Ceará (58,8%), enquanto que em nove estados 50% ou mais das equipes tinham sido recentemente implantadas (tempo inferior a 1 ano): Rio Grande do Norte (50,4%), Bahia (51,1%), Mato Grosso do Sul (51,2%), Rio de Janeiro (55,0%), Goiás (55,9%), Maranhão (58,3%), Paraíba (59,5%), Amapá (62,5%) e Roraima (90,5%).

**TABELA 3 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tempo de funcionamento da equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Tempo de funcionamento (anos)			
		até 1	1 – 2	3 – 4	≥ 5
Rondônia	81	27,2	46,9	21,0	4,9
Acre	67	4,5	61,2	32,8	1,5
Amazonas	265	14,3	56,2	29,4	–
Roraima	63	90,5	9,5	–	–
Pará	323	21,4	52,6	22,9	3,1
Amapá	24	62,5	37,5	–	–
Tocantins	198	31,3	40,4	27,8	0,5
Maranhão	235	58,3	36,2	0,9	4,7
Piauí	400	43,0	45,5	9,8	1,8
Ceará	1.157	14,2	27,1	34,1	24,7
Rio Grande do Norte	409	50,4	35,5	13,9	0,2
Paraíba	558	59,5	37,1	2,2	1,3
Pernambuco	1.106	23,4	52,0	15,9	8,7
Alagoas	419	28,9	43,7	21,5	6,0
Sergipe	292	37,7	41,4	15,1	5,8
Bahia	658	51,1	38,4	9,3	1,2
Minas Gerais	1.771	33,9	30,2	26,2	9,7
Espírito Santo	306	36,6	50,7	12,7	–
Rio de Janeiro	711	55,0	32,2	9,8	3,0
São Paulo	1.040	32,7	49,8	13,2	4,3
Paraná	845	38,9	48,5	8,2	4,4
Santa Catarina	734	48,8	34,3	7,9	9,0
Rio Grande do Sul	380	43,9	36,1	12,1	7,9
Mato Grosso do Sul	170	51,2	37,6	10,6	0,6
Mato Grosso	321	42,7	46,4	9,7	1,2
Goiás	675	55,9	40,6	3,3	0,3
Distrito Federal	55	1,8	90,9	7,3	–
<b>Brasil</b>	<b>13.263</b>	<b>37,7</b>	<b>40,2</b>	<b>15,7</b>	<b>6,4</b>

Em relação às equipes de saúde bucal, cuja implantação só passou a ser incentivada pelo Ministério da Saúde em 2001, observou-se que cerca de 57% das equipes estavam em atividade há menos de seis meses (Tabela 4).

Nos estados de Amapá, Maranhão e Roraima, não havia registros de implantação de equipes no período. Em onze unidades federadas, mais de 60% das equipes estavam em funcionamento há menos de seis meses: Minas Gerais (60,2%), Acre (61,1%), Mato Grosso (65,9%), Pernambuco (66,2%), Espírito Santo (66,7%), Amazonas (74,1%), Ceará (76,9%), Mato Grosso do Sul (81,4%), Bahia (86,5%), Rondônia (90,0%) e Distrito Federal (100,0%) (Tabela 4).



**TABELA 4 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tempo de funcionamento da equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Tempo de funcionamento (meses)	
		≤ 6	> 6
Rondônia	20	90,0	10,0
Acre	18	61,1	38,9
Amazonas	27	74,1	25,9
Pará	26	50,0	50,0
Tocantins	51	41,2	58,8
Piauí	10	20,0	80,0
Ceará	364	76,9	23,1
Rio Grande do Norte	153	58,8	41,2
Paraíba	161	1,9	98,1
Pernambuco	216	66,2	33,8
Alagoas	30	6,7	93,3
Sergipe	51	27,5	72,5
Bahia	133	86,5	13,5
Minas Gerais	118	60,2	39,8
Espírito Santo	75	66,7	33,3
Rio de Janeiro	20	20,0	80,0
São Paulo	115	53,9	46,1
Paraná	139	57,6	42,4
Santa Catarina	175	59,4	40,6
Rio Grande do Sul	50	34,0	66,0
Mato Grosso do Sul	59	81,4	18,6
Mato Grosso	82	65,9	34,1
Goiás	261	38,3	61,7
Distrito Federal	34	100,0	0,0
<b>Brasil</b>	<b>2.388</b>	<b>56,8</b>	<b>43,2</b>

## 1.2 Adscrição populacional

Por critérios definidos pelo Ministério da Saúde, a cada equipe de saúde da família deve estar adscrita uma população de 2.400 a 4.500 pessoas. Cerca de 79% das equipes estavam atuando de acordo com esses parâmetros, sendo que 13% das equipes estavam vinculadas a menos de 2.400 pessoas. Vale ressaltar que quase 17% das equipes referiram uma população adscrita superior ao limite máximo preconizado e 4,0% não sabiam precisar a população de referência (Tabela 5).

Em nove unidades federadas, mais de 20% das equipes referiram população adscrita maior do que 4.500 pessoas: Tocantins (20,3%), Alagoas (20,9%), Piauí (22,9%), Bahia (23,4%), Rondônia (23,6%), Ceará (25,5%), Roraima (25,9%), Pará (29,8%) e Distrito Federal (50,9%). Ressalta-se que, à exceção do Distrito Federal, os demais estados eram das Regiões Norte e Nordeste (Tabela 5).

**TABELA 5 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo população adscrita à equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	População adscrita (pessoas)			
		< 2.400	2.400 – 4.500	> 4.500	Não sabe
Rondônia	89	14,6	38,2	23,6	23,6
Acre	68	8,8	77,9	10,3	2,9
Amazonas	266	6,0	61,7	25,9	6,4
Roraima	63	14,3	68,3	9,5	7,9
Pará	325	14,8	50,8	29,8	4,6
Amapá	24	8,3	87,5	-	4,2
Tocantins	197	15,7	60,9	20,3	3,0
Maranhão	224	17,9	61,2	10,7	10,3
Piauí	398	19,1	58,0	22,9	-
Ceará	1.158	9,8	63,5	25,5	1,2
Rio Grande do Norte	408	14,0	66,2	13,5	6,4
Paraíba	557	18,0	62,8	11,8	7,4
Pernambuco	1.108	15,3	64,6	19,1	1,0
Alagoas	411	10,9	68,1	20,9	-
Sergipe	271	9,6	77,1	13,3	-
Bahia	658	10,0	59,9	23,4	6,7
Minas Gerais	1.777	7,1	75,7	13,3	3,8
Espírito Santo	307	23,1	63,8	7,5	5,5
Rio de Janeiro	711	21,1	67,4	10,7	0,8
São Paulo	1.038	13,3	70,4	14,5	1,7
Paraná	841	13,4	64,0	17,1	5,5
Santa Catarina	738	15,9	64,1	15,0	5,0
Rio Grande do Sul	381	13,4	76,4	6,3	3,9
Mato Grosso do Sul	169	8,9	73,4	13,6	4,1
Mato Grosso	322	15,8	63,7	14,3	6,2
Goiás	666	14,7	60,7	13,7	11,0
Distrito Federal	55	12,7	36,4	50,9	
<b>Brasil</b>	<b>13.230</b>	<b>13,3</b>	<b>66,0</b>	<b>16,7</b>	<b>4,0</b>

Como preconizado pelo Ministério da Saúde, a maioria das equipes de saúde bucal estava vinculada a duas equipes de saúde da família (62%) ou a apenas uma equipe (31%). Ressalta-se que 7% das equipes de saúde bucal referiram vinculação a três ou mais equipes de saúde da família (Tabela 6).

Proporções superiores a 15% das equipes vinculadas a três ou mais equipes de saúde da família foram observadas nos Estados de Espírito Santo (15,2%), Alagoas (16,7%), Amazonas (16,7%), Pará (18,5%), Rondônia (19,0%), Acre (27,8%) e Sergipe (27,35) (Tabela 6).

**TABELA 6 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo o número de equipes de saúde da família a que estão vinculadas por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Nº de equipes de saúde da família		
		Uma	Duas	Três ou mais
Rondônia	21	23,8	57,1	19,0
Acre	18	22,2	50,0	27,8
Amazonas	30	13,3	70,0	16,7
Pará	27	18,5	63,0	18,5
Tocantins	52	59,6	32,7	7,7
Piauí	12	8,33	91,7	-
Ceará	373	7,77	87,1	5,1
Rio Grande do Norte	157	32,5	58,6	8,9
Paraíba	160	25,0	68,1	6,9
Pernambuco	222	11,3	84,2	4,5
Alagoas	24	4,17	79,2	16,7
Sergipe	55	36,4	36,4	27,3
Bahia	141	26,2	66,0	7,8
Minas Gerais	130	40,8	52,3	6,9
Espírito Santo	79	27,8	57,0	15,2
Rio de Janeiro	21	4,76	95,2	-
São Paulo	119	53,8	39,5	6,7
Paraná	136	60,3	31,6	8,1
Santa Catarina	188	48,9	47,3	3,7
Rio Grande do Sul	58	55,2	43,1	1,7
Mato Grosso do Sul	68	29,4	70,6	-
Mato Grosso	83	43,4	53,0	3,6
Goiás	261	39,8	52,9	7,3
Distrito Federal	34	23,5	76,5	-
<b>Brasil</b>	<b>2.469</b>	<b>31,1</b>	<b>61,8</b>	<b>7,2</b>

Para as equipes de saúde bucal, mesmo estando vinculadas a até duas equipes de saúde da família, é recomendado uma população adscrita de até 6.900 pessoas. Do total, 54% das equipes estavam atuando dentro da faixa prevista. Vale ressaltar o elevado número de equipes (26%) que registra população adscrita superior a 6.900 pessoas e que 19% das equipes desconhecem o número de habitantes sob sua responsabilidade (Tabela 7).

Em doze unidades federadas, mais de 20% das equipes referiram população adscrita maior do que 6.900 pessoas: Goiás (21,7%), Rio Grande do Norte (25,3%), São Paulo (29,6%), Alagoas (32,1%), Acre (33,3%), Pará (33,3%), Piauí (33,3%), Amazonas (36,7%), Bahia (38,6%), Pernambuco (39,4%), Ceará (46,2%) e Distrito Federal (50,0%) (Tabela 7).

**TABELA 7 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo população adscrita à equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	População adscrita (pessoas)			Não Sabe
		< 4.800	4.800 – 6.900	> 6.900	
Rondônia	21	14,3	9,5	9,5	66,7
Acre	18	5,6	27,8	33,3	33,3
Amazonas	30	23,3	16,7	36,7	23,3
Pará	27	18,5	14,8	33,3	33,3
Tocantins	52	50,0	32,7	11,5	5,8
Piauí	12	8,3	41,7	33,3	16,7
Ceará	372	7,0	32,3	46,2	14,5
Rio Grande do Norte	158	27,8	27,2	25,3	19,6
Paraíba	156	27,6	19,2	10,3	42,9
Pernambuco	221	14,0	31,2	39,4	15,4
Alagoas	28	3,6	17,9	32,1	46,4
Sergipe	55	32,7	18,2	20,0	29,1
Bahia	140	19,3	21,4	38,6	20,7
Minas Gerais	129	40,3	31,8	19,4	8,5
Espírito Santo	80	31,3	31,3	11,3	26,3
Rio de Janeiro	21	28,6	57,1	9,5	4,8
São Paulo	115	43,5	15,7	29,6	11,3
Paraná	137	38,7	32,1	16,1	13,1
Santa Catarina	190	45,8	26,8	13,7	13,7
Rio Grande do Sul	58	46,6	27,6	19,0	6,9
Mato Grosso do Sul	68	22,1	38,2	16,2	23,5
Mato Grosso	83	34,9	28,9	13,3	22,9
Goiás	263	30,4	26,2	21,7	21,7
Distrito Federal	34	20,6	29,4	50,0	
<b>Brasil</b>	<b>2.468</b>	<b>26,9</b>	<b>27,6</b>	<b>26,4</b>	<b>19,1</b>

### 1.3 Área de atuação das equipes de saúde

Pouco mais da metade (55%) das equipes de saúde da família atuavam exclusivamente em áreas urbanas, 24% em áreas rurais e 21% em áreas mistas (urbanas e rurais). Quanto às equipes de saúde bucal, 43% atuavam em áreas urbanas, 16% em áreas rurais e 41% em áreas mistas (Tabelas 8 e 9).

As unidades federadas que apresentavam maiores percentuais de equipes de saúde da família em zona urbana foram: Distrito Federal (72,2%), Acre (73,5%), Mato Grosso do Sul (78,8%), Roraima (84,1%), Amazonas (88,3%) e Amapá (91,7%) (Tabela 8).

Com relação às equipes de saúde bucal, 70% ou mais das equipes atuavam em áreas urbanas nos Estados de Amazonas (70,0%), Acre (72,2%) e Paraná (72,7%) (Tabela 9).

**TABELA 8 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo área de atuação da equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Área de atuação		
		Urbana	Rural	Ambas
Rondônia	88	53,4	26,1	20,5
Acre	68	73,5	7,4	19,1
Amazonas	266	88,3	8,6	3,0
Roraima	63	84,1	9,5	6,3
Pará	325	63,1	30,8	6,2
Amapá	24	91,7	8,3	—
Tocantins	197	46,2	4,6	49,2
Maranhão	237	49,8	44,3	5,9
Piauí	409	44,5	21,8	33,7
Ceará	1.153	38,7	48,2	13,1
Rio Grande do Norte	409	43,5	28,4	28,1
Paraíba	560	35,2	31,1	33,8
Pernambuco	1.105	54,9	34,9	10,1
Alagoas	425	50,4	39,5	10,1
Sergipe	289	50,5	38,1	11,4
Bahia	658	48,3	40,3	11,4
Minas Gerais	1.782	58,9	13,6	27,5
Espírito Santo	307	38,4	38,4	23,1
Rio de Janeiro	707	64,4	24,6	11,0
São Paulo	1.042	65,2	9,8	25,0
Paraná	852	61,5	12,4	26,1
Santa Catarina	734	52,0	17,8	30,1
Rio Grande do Sul	381	45,9	7,9	46,2
Mato Grosso do Sul	170	78,8	11,8	9,4
Mato Grosso	323	68,7	10,2	21,1
Goiás	675	57,3	9,0	33,6
Distrito Federal	54	72,2	22,2	5,6
<b>Brasil</b>	<b>13.303</b>	<b>54,7</b>	<b>23,8</b>	<b>21,5</b>

**TABELA 9 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo área de atuação da equipe por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Área de atuação		
		Urbana	Rural	Ambas
Rondônia	22	40,9	27,3	31,8
Acre	18	72,2	—	27,8
Amazonas	30	70,0	13,3	16,7
Pará	27	63,0	11,1	25,9
Tocantins	52	40,4	—	59,6
Piauí	12	8,3	—	91,7
Ceará	372	27,4	36,3	36,3
Rio Grande do Norte	158	28,5	9,5	62,0
Paraíba	161	31,1	13,7	55,3
Pernambuco	221	57,0	19,9	23,1
Alagoas	27	29,6	29,6	40,7
Sergipe	55	58,2	23,6	18,2
Bahia	140	49,3	27,9	22,9
Minas Gerais	130	42,3	15,4	42,3
Espírito Santo	79	25,3	35,4	39,2
Rio de Janeiro	21	52,4	33,3	14,3
São Paulo	117	60,7	3,4	35,9
Paraná	139	72,7	2,9	24,5
Santa Catarina	189	30,2	12,7	57,1
Rio Grande do Sul	58	29,3	3,4	67,2
Mato Grosso do Sul	68	63,2	8,8	27,9
Mato Grosso	83	48,2	1,2	50,6
Goiás	263	39,9	3,0	57,0
Distrito Federal	34	67,6	20,6	11,8
<b>Brasil</b>	<b>2.476</b>	<b>42,7</b>	<b>16,2</b>	<b>41,2</b>

## 2 Meios de produção e gestão do trabalho no Programa Saúde da Família

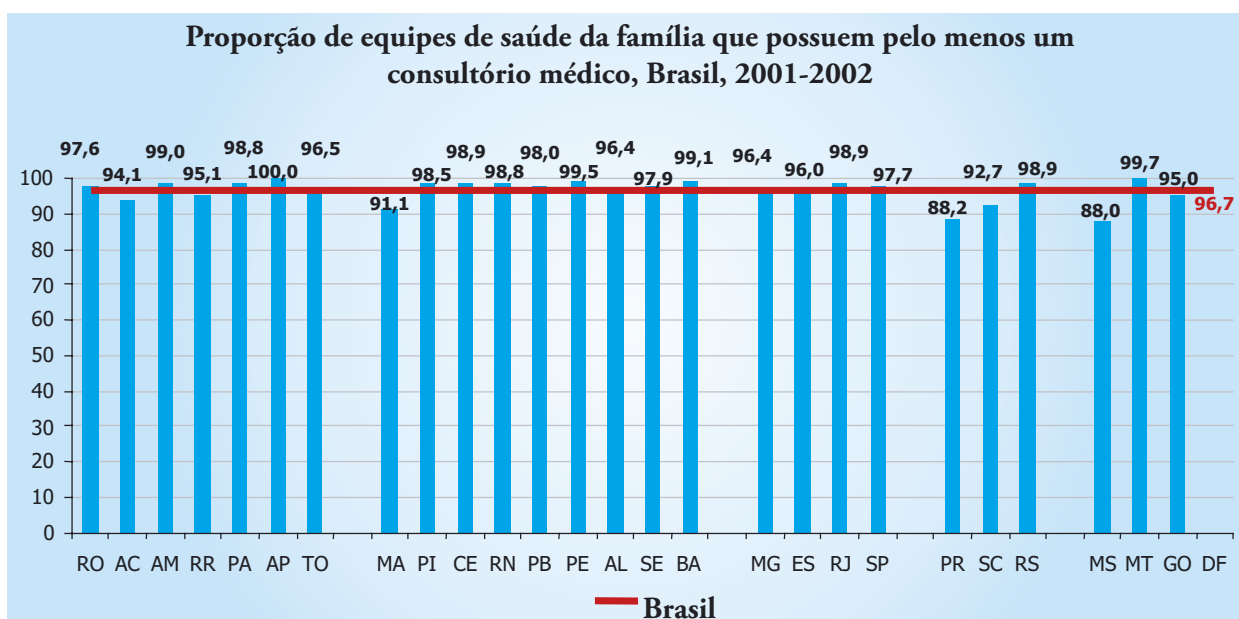
### 2.1 Estrutura física das unidades de saúde

Para a análise da estrutura física das unidades em que atuam as equipes de saúde, foram considerados os seguintes aspectos: existência de consultório médico, de enfermagem e odontológico (na unidade de saúde da família e na área de abrangência da equipe); assim como existência de equipamentos, instrumentos, insumos e medicamentos necessários ao desenvolvimento de ações básicas de saúde.

Das equipes de saúde da família, aproximadamente, 97% e 62% referiram a existência de, respectivamente, pelo menos um consultório médico e um de enfermagem para atendimento (Gráficos 1 e 2).

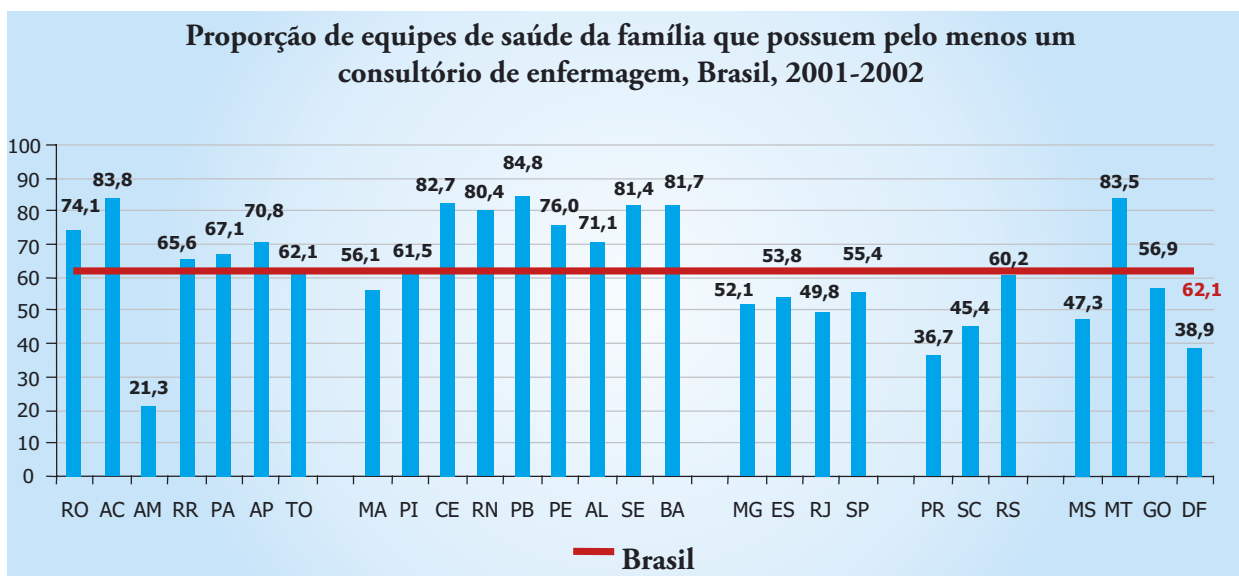
Não foram observadas marcantes diversidades regionais para existência de consultório médico. Os menores percentuais de equipes, com pelo menos um consultório médico, ficaram em torno de 88% (Mato Grosso do Sul e Paraná), enquanto que, para 21 das unidades federadas, os percentuais foram superiores a 95% das equipes (Gráfico 1).

GRÁFICO 1



A situação quanto à existência de consultórios de enfermagem foi bastante diversa. Na Região Norte, os percentuais de equipes com pelo menos um consultório variaram entre 62,1% (Tocantins) e 83,8% (Acre), com exceção do Amapá (21,3%), que apresentou o menor percentual de todo país. No Nordeste, os percentuais variaram entre 56,1% (Maranhão) e 84,8% (Paraíba), sendo que a maioria dos estados exibiu percentuais superiores a 70%. Em todas as unidades federadas das Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com exceção de Mato Grosso (83,5%), os percentuais de equipes que dispunham de consultórios de enfermagem foram inferiores à média nacional (Gráfico 2).

GRÁFICO 2



Investigou-se a existência de consultório odontológico na unidade de saúde de referência de pelo menos uma das equipes de saúde da família vinculada à equipe de saúde bucal ou, em outra unidade ou serviço, dentro da área de abrangência da equipe de saúde bucal.

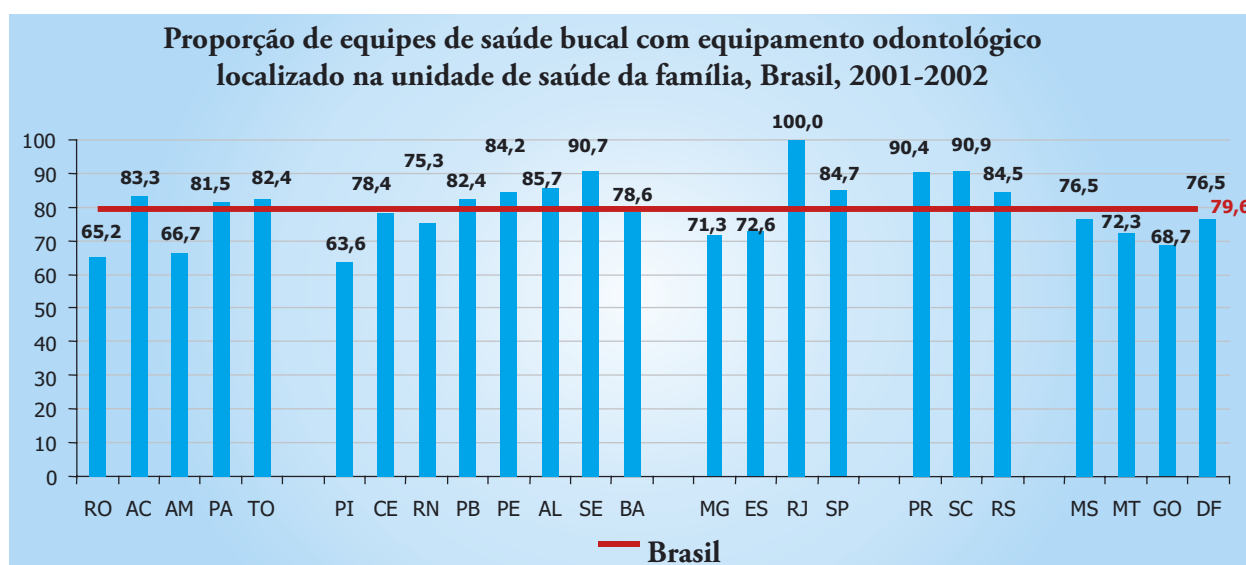
Do total de equipes de saúde bucal pesquisadas, cerca de 80% referiram que os consultórios odontológicos estavam situados na unidade de saúde de referência e apenas 7% dos consultórios encontravam-se fora da área de abrangência da equipe de saúde bucal (Gráficos 3 e 4).

As unidades federadas da Região Centro-Oeste e os Estados de Piauí (63,6%), Roraima (65,2%), Amapá (66,7%), Minas Gerais (71,3%) e Espírito Santo (72,6%) apresentaram percentuais de equipes de saúde bucal com consultório em unidades de saúde da família inferiores à média nacional (Gráfico 3).

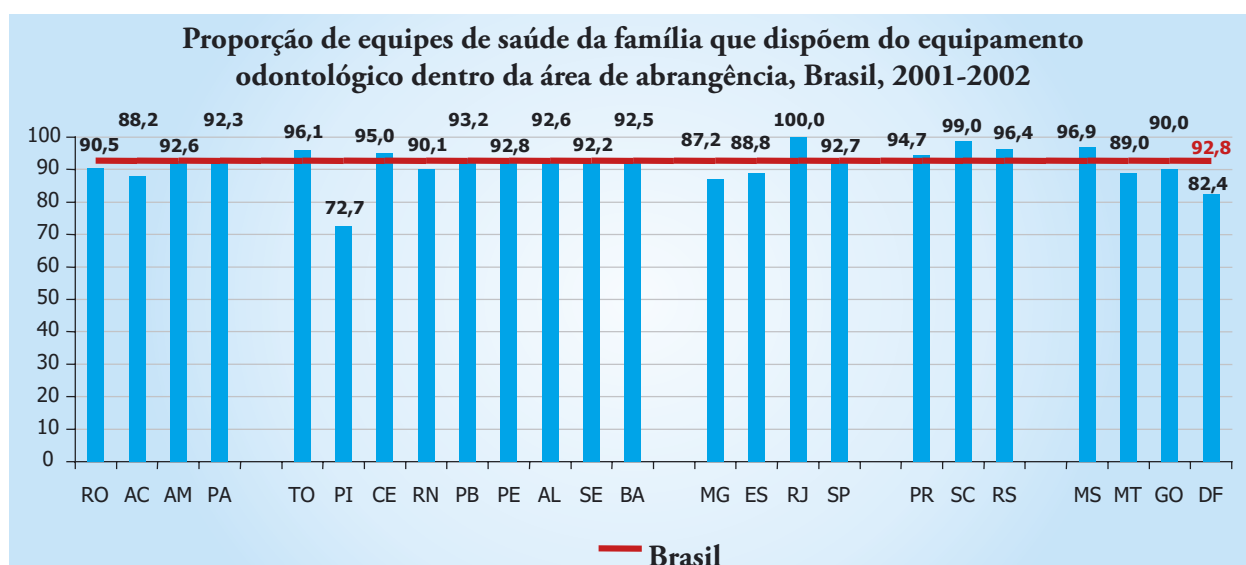
Quando considerada a localização do consultório odontológico dentro da área de abrangência, em todas as unidades federadas, os percentuais de equipes de saúde bucal que referiram esta condição foram elevados, sendo inferiores a 90% apenas para o Piauí (72,7%), Distrito Federal (82,4%), Minas Gerais (87,3%), Acre (88,2%) e Espírito Santo (88,8%) (Gráfico 4).

Sintetizando, em relação à infra-estrutura das unidades de saúde, não foram evidenciados problemas quanto à existência de consultórios médicos nem odontológicos, quando considerada a área de abrangência das equipes de saúde bucal. Quanto aos consultórios de enfermagem, a situação foi diferente, com a média Brasil mais baixa, sendo o desempenho mais desfavorável nas Regiões Sul e Sudeste.

**GRÁFICO 3**



**GRÁFICO 4**





## 2.2 Disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos

Em relação à disponibilidade de meios diagnósticos para realização de exame físico e complementar, observou-se que, do total das equipes de saúde da família entrevistadas, 81,4% dispunham de equipamentos básicos (tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança de adulto); 11,9%, de oftalmoscópio, 66,6%, de otoscópio e 59,2%, de glicosímetro (Tabela 10).

Entre os estados e regiões, a disponibilidade de equipamentos básicos para as equipes variou consideravelmente. No Norte, os percentuais oscilaram entre 42,6% (Roraima) e 84,3% (Tocantins); no Nordeste, entre 52,0% (Maranhão) e 89,1% (Pernambuco); no Centro-Oeste, entre 59,3% (Distrito Federal) e 89,4% (Mato Grosso); no Sudeste, entre 75,6% (Espírito Santo) e 87,1% (Rio de Janeiro) e na Região Sul, entre 89,9% (Paraná) e 95,5% (Rio Grande do Sul) (Tabela 10).

Apenas 12%, aproximadamente, das equipes dispunham de oftalmoscópio. Entretanto, a desagregação por unidade da federação revelou que mesmo este patamar não foi alcançado por 14 unidades da federação, incluindo o Distrito Federal, Roraima e Amapá, onde este equipamento não estava disponível para nenhuma das equipes (Tabela 10).

Quanto à disponibilidade de otoscópio, enquanto que nas Regiões Nordeste e Norte, respectivamente, apenas dois estados (Ceará e Pernambuco) e três estados (Rondônia, Acre e Tocantins) se aproximavam da média nacional (60% das equipes), nos Estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, apenas o Rio de Janeiro (54,8%) não alcançou este percentual, sendo que, para os demais, a variação da disponibilidade deste equipamento foi de 65,9% (Goiás) a 92,8% (Rio Grande do Sul) (Tabela 10).

Nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste, apenas São Paulo e o Distrito Federal apresentaram percentuais de equipes com disponibilidade de glicosímetro inferiores a 50%. Na Região Norte, em quatro estados, mais de 50% das equipes referiram que dispunham de glicosímetro (Amazonas, Roraima, Amapá e Tocantins), cinco estados do Nordeste (Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba e Sergipe) e no Sul, apenas o Rio Grande do Sul (Tabela 10).

Quanto aos instrumentos para realização de consulta ginecológica e obstétrica, 61,7% do total das equipes contavam com equipamento gineco-obstétrico básico (mesa, espéculo, foco, estetoscópio de Pinard) e 61,5% dispunham de sonar (Tabela 10).

O equipamento gineco-obstétrico estava disponível para mais de 60% das equipes das unidades da federação das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, exceto para Goiás (52,2%). No Norte, patamares iguais ou superiores à média nacional foram observados em quatro estados (Rondônia, Acre, Roraima e Tocantins) e no Nordeste, em três estados (Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco) (Tabela 10).

Semelhante ao equipamento gineco-obstétrico, a disponibilidade de sonar, para mais de 60% das equipes, revelou um padrão esperado. Na Região Norte, foi observada nos estados de Rondônia (65,1%) e Tocantins (62,1%); no Nordeste, no Ceará (84,2%), Paraíba (63,9%) e Pernambuco (78,4%); no Sudeste, em Minas Gerais (61,8%), Espírito Santo (66,2%) e São Paulo (76,7%), no Centro-Oeste, em Mato Grosso do Sul (80,0%) e Mato Grosso (75,5%) e em todos os estados da Região Sul (variando de 77,6% a 92,3%) (Tabela 10).

Sumarizando, em quase 20% das equipes, os equipamentos mais básicos (tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança de adulto) para o seu trabalho não estavam disponíveis, problema que foi mais evidenciado em alguns estados das Regiões Norte e Nordeste. Os demais equipamentos (oftalmoscópio, otoscópio, lanterna e equipamentos gineco-obstétricos) e glicosímetro, indispensáveis para a realização de um adequado exame físico, tinham sua disponibilidade muito aquém da desejada, face às expectativas de resolubilidade das equipes de saúde da família.

Constatou-se que 73,2% do total das equipes dispunham de geladeira exclusiva para vacina, 82,7%, de nebulizador, 82,8%, de material para retirada de pontos, 42,5%, de material para pequena cirurgia, 76,7%, de materiais descartáveis (algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva) e 48,1%, de fio de sutura. Ressalta-se

que estes são equipamentos e insumos que possibilitam o desenvolvimento de ações básicas, incluindo pequenas urgências (Tabela 11).

Grandes variações regionais foram observadas na disponibilidade de geladeira exclusiva para vacina, chamando atenção os baixíssimos percentuais do Amazonas (32,2%) e do Distrito Federal (16,7%). Na Região Norte, os percentuais variaram de 32,2% a 88,4%; no Nordeste, de 55,3% a 90,1%; no Sudeste, de 57,9% a 71,2%; no Sul, de 75,8% a 88,3% e no Centro-Oeste, de 16,7% a 88,5% (Tabela 11).

Quanto ao material para retirada de pontos, apenas os Estados de Roraima (55,7%), Tocantins (66,2%), Rio de Janeiro (68,4%) e Goiás (67,0%) apresentaram percentuais inferiores a 70% de equipes com disponibilidade destes materiais (Tabela 11).

O contrário foi observado para disponibilidade de material para pequena cirurgia. Apenas nove estados referiram que 50% ou mais das equipes dispunham deste material: quatro na Região Norte (Rondônia, Acre, Pará e Amapá); um no Nordeste (Ceará), um no Sudeste (São Paulo), dois no Sul (Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e um no Centro-Oeste (Mato Grosso) (Tabela 11).

Os materiais descartáveis estavam disponíveis para 70% ou mais das equipes de todos os estados das Regiões Sudeste e Sul e na maioria dos estados do Nordeste (exceto Alagoas e Sergipe). No Norte, apenas Rondônia alcançou este patamar e no Centro-Oeste, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (Tabela 11).

Em síntese, quase 30% das equipes não dispunham de geladeira exclusiva para vacina e, em relação à disponibilidade de equipamentos e insumos para desenvolvimento de outras ações básicas, destacou-se a precariedade dos que são necessários para realização de pequenas cirurgias, presentes em menos da metade das equipes no país, com situações muito problemáticas em alguns estados.

A disponibilidade destes equipamentos confere suporte ao atendimento, possibilitando assegurar desde a realização de ações de saúde coletiva tradicionais, como imunização, até ações de urgência e emergência, como nebulização e pequenas cirurgias, que qualificam o atendimento da atenção básica e têm enorme impacto sobre o sistema local de saúde.

Do total de equipes de saúde bucal, 73,7% dispunham de equipamento odontológico completo (equipo, cadeira, refletor, mocho, unidade auxiliar, estufa ou autoclave), 63,1%, de aparelho fotopolimerizador e 93,8%, de compressor (Tabela 12).

Percentuais inferiores à média nacional de disponibilidade de equipamento odontológico completo foram observados especialmente no Nordeste, onde quatro estados não alcançaram este patamar: Ceará (55,6%), Rio Grande do Norte (44,2%), Alagoas (66,7%) e Sergipe (58,2%). No Norte e no Centro-Oeste, apenas uma das unidades da federação, em cada região, não se aproximou do percentual nacional e todos os estados do Sul e Sudeste exibiram percentuais de equipes superiores a 77% (Tabela 12).

A distribuição regional do percentual de equipes com disponibilidade de aparelho fotopolimerizador foi semelhante àquela apresentada quanto ao equipamento odontológico completo. O quadro mais desfavorável foi observado no Nordeste, onde apenas os Estados do Ceará (62,1%) e Bahia (68,9%) se aproximaram da média nacional. Para as demais unidades da federação, apenas o Rio de Janeiro (42,9%) e o Distrito Federal (20,6%) exibiram percentuais inferiores ao nacional (Tabela 12).

Quanto ao instrumental odontológico, 78,6% das equipes de saúde bucal dispunham de instrumental para exame clínico, 78,9% para dentística, 66,1% para procedimentos periodontais básicos e 79,7% para urgências (Tabela 13).

A maioria das unidades da federação não apresentou percentuais de equipes com disponibilidade destes instrumentais muito inferiores às médias nacionais, se considerarmos uma diferença de menos de 10% em cada um dos indicadores.

Destacaram-se, por apresentarem menores percentuais, as seguintes unidades da federação: Sergipe e Paraíba (percentuais inferiores para todos os cinco tipos de instrumentais); Piauí (instrumental de exame clínico, dentística, cirúrgico básico e para urgências); Goiás (instrumental de exame clínico, procedimentos periodontais

básicos e para urgências); Acre e Alagoas (instrumental para procedimentos periodontais básicos e para urgências); Amazonas (instrumental para urgências); Mato Grosso (instrumental para procedimentos periodontais básicos) e Distrito Federal (instrumental cirúrgico básico) (Tabela 13).

Sobre a infra-estrutura de suporte às ações de saúde bucal, vale destacar que, embora 92,8% das equipes tenham referido a existência de consultório odontológico, a disponibilidade de equipamento odontológico completo para o trabalho ocorreu em 73,7% das equipes. A carência destes equipamentos, fundamentais para as ações de atendimento individual, foi maior na Região Nordeste.

Os impressos, bloco de receituário, cartão da criança, cartão da gestante, fichas de cadastro familiar e fichas do SIAB, estavam disponíveis na grande maioria das equipes de saúde da família, em percentuais nacionais sempre superiores a 85% (Tabela 14).

A disponibilidade de equipamentos de informática (computador e impressora) foi muito baixa, alcançando 25% na média nacional. Entre as regiões variou de 8,2% (Roraima) a 48,2% (Rondônia) na Região Norte; 3,14% (Maranhão) a 23,6% (Sergipe) no Nordeste; 15,6% (Rio de Janeiro) a 52,9% (São Paulo) no Sudeste; 43,8% (Paraná) a 54,6% (Rio Grande do Sul) no Sul; e de 1,9% (Distrito Federal) a 49,1% (Mato Grosso do Sul) no Centro-Oeste (Tabela 14).

Os percentuais de equipes com disponibilidade de medicamentos por tipo, foram os seguintes, por ordem de frequência: aminofilina (86,8%); furosemida (85,5%); metronidazol geléia (85,0%); ácido acetil salicílico (84,1%); metronidazol (78,1%); penicilina benzatina (75,6%); dexametasona pomada (75,6%); captopril (69,0%); neomicina com bacitracina pomada (68,0%); ampicilina (67,7%); cimetidina (67,9%); digoxina (66,4%); nistatina creme (44,3%); fenobarbital (44,0%); diclofenaco de potássio (41,6%); carbamazepina (40,5%) e amoxicilina (38,9%) (Tabela 15).

Pode-se constatar que as melhores condições de abastecimento para as equipes encontraram-se no Rio Grande do Sul, onde mais de 60% das equipes possuíam todos os medicamentos selecionados na pesquisa; nos Estados de Santa Catarina e Ceará, apenas um dos fármacos não se encontrava disponível para pelo menos 50% das equipes (Tabela 15).

O conjunto de medicamentos pesquisado restringiu-se àqueles essenciais ao tratamento de problemas de saúde mais frequentes e não considerou a sua suficiência, mas apenas a presença do item na unidade. Assim, seria esperado que a disponibilidade para as equipes fosse completa ou bastante elevada e não fossem observados baixos percentuais para nenhum dos itens deste elenco mínimo.

**TABELA 10 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo meio diagnóstico disponível na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidades da Federação	Equipamento básico <sup>1</sup>		Lanterna		Oftalmoscópio		Otoscópio		Glicosímetro		Equipamento gineco-obstétrico básico <sup>2</sup>		Sonar	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	64	77,1	18	22,0	2	2,4	55	66,3	25	36,8	51	61,5	54	65,1
Acre	56	82,4	22	32,4	11	16,2	44	64,7	218	52,8	55	80,9	40	59,7
Amazonas	180	69,8	66	25,6	49	19,0	115	44,6	166	64,6	80	31,1	48	18,6
Roraima	26	42,6	5	8,2	—	—	21	34,4	11	45,8	44	72,1	32	52,5
Pará	230	70,8	43	13,2	11	3,4	78	24,1	297	46,1	109	33,9	70	21,5
Amapá	17	70,8	7	29,2	—	—	9	37,5	757	65,7	12	50,0	12	50,0
Tocantins	166	84,3	97	49,0	17	8,6	144	73,1	44	83,0	142	71,7	123	62,1
Maranhão	118	52,0	34	15,0	4	1,8	47	20,7	162	54,2	53	23,5	48	21,2
Piauí	283	72,4	116	30,1	13	3,3	146	37,3	337	51,5	154	40,2	89	22,8
Ceará	1.002	86,7	577	49,9	158	13,7	731	63,3	104	46,0	860	74,9	972	84,2
Rio Grande do Norte	321	79,1	118	29,0	17	4,2	192	47,2	1.289	73,5	277	68,4	217	53,5
Paraíba	402	74,9	163	30,4	25	4,7	315	58,6	105	63,6	286	53,4	342	63,9
Pernambuco	982	89,1	344	31,2	96	8,7	682	61,8	126	39,3	709	64,3	864	78,4
Alagoas	276	67,2	63	15,4	29	7,0	216	52,4	78	24,0	174	42,2	239	57,9
Sergipe	187	65,4	77	26,9	16	5,6	95	33,2	329	61,4	158	55,4	38	13,4
Bahia	489	75,5	110	17,0	12	1,9	280	43,3	521	47,2	282	43,8	235	36,5
Minas Gerais	1.407	80,2	454	25,9	323	18,4	1.391	79,2	213	55,8	1.132	64,7	1.082	61,8
Espírito Santo	226	75,6	146	48,8	18	6,0	229	76,6	525	63,1	206	68,9	198	66,2
Rio de Janeiro	613	87,1	191	27,2	88	12,5	386	54,8	403	57,2	475	68,1	323	45,8
São Paulo	895	86,9	400	38,8	204	19,8	907	87,8	138	33,9	626	60,9	792	76,7
Paraná	749	89,9	543	65,2	147	17,7	757	90,7	36	43,9	603	72,3	714	85,4
Santa Catarina	685	92,8	372	50,4	102	13,8	668	90,4	9	14,8	526	71,6	572	77,6
Rio Grande do Sul	360	95,5	230	61,0	108	28,7	350	92,8	303	80,4	311	82,5	348	92,3
Mato Grosso do Sul	147	89,1	65	39,4	19	11,5	145	88,4	478	64,7	116	70,7	132	80,0
Mato Grosso	286	89,4	115	35,7	26	8,1	262	81,9	152	53,3	238	74,6	243	75,5
Goiás	464	71,7	151	23,2	67	10,2	431	65,9	850	82,3	339	52,2	231	35,4
Distrito Federal	32	59,3	2	3,7	—	—	37	68,5	82	41,6	39	73,6	2	3,7
<b>Brasil</b>	<b>10.663</b>	<b>81,4</b>	<b>4.529</b>	<b>34,6</b>	<b>1.562</b>	<b>11,9</b>	<b>8.733</b>	<b>66,6</b>	<b>7.758</b>	<b>59,3</b>	<b>8.057</b>	<b>61,7</b>	<b>8.060</b>	<b>61,5</b>

**Equipamento básico<sup>1</sup>** – balança adulto + balança infantil + termômetro + estetoscópio + tensiômetro.  
**Equipamento gineco-obstétrico básico<sup>2</sup>** – mesa + espéculo + foco + estetoscópio de Pinard.

**TABELA 11 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de equipamento e insumos para desenvolvimento de ações básicas disponíveis na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidades da Federação	Geladeira exclusiva para vacina		Aparelho de aerosol, nebulizador ou espaçador		Material para retirada de pontos		Material para pequena cirurgia		Materiais descartáveis		Fios de sutura	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	62	74,7	61	73,5	66	79,5	42	50,6	71	84,5	41	48,2
Acre	59	86,8	61	89,7	63	92,7	50	73,5	45	66,2	48	71,6
Amazonas	83	32,2	211	81,8	220	85,6	99	38,5	106	41,4	128	50,0
Roraima	33	54,1	39	63,9	34	55,7	17	27,9	31	50,8	20	32,8
Pará	211	65,1	233	71,7	287	88,3	190	58,5	219	67,6	206	63,4
Amapá	17	70,8	17	70,8	23	95,8	12	50,0	12	50,0	19	79,2
Tocantins	175	88,4	139	70,6	135	68,2	72	36,4	129	65,2	88	44,7
Maranhão	126	55,3	132	58,4	165	72,4	107	46,9	159	70,4	124	54,6
Piauí	254	66,0	316	81,0	314	80,1	185	47,2	284	73,4	212	54,6
Ceará	1.041	90,1	1.092	94,4	1.003	86,7	600	52,0	990	86,5	624	54,2
Rio Grande do Norte	287	70,7	315	77,4	324	79,6	154	37,8	322	79,3	172	42,2
Paraíba	341	63,4	475	88,3	432	80,3	244	45,4	404	73,9	260	47,5
Pernambuco	1.053	95,4	1.002	90,7	1.005	91,0	408	37,0	898	81,5	515	46,5
Alagoas	317	76,9	342	82,4	315	76,8	145	35,1	230	55,4	183	43,9
Sergipe	183	64,0	241	84,6	219	76,8	82	28,7	198	68,0	113	38,8
Bahia	483	74,7	518	79,8	546	84,3	246	38,0	540	83,5	303	46,9
Minas Gerais	1.012	57,7	1.305	74,3	1.423	81,0	537	30,6	1.302	74,2	563	32,0
Espírito Santo	173	57,9	249	83,3	221	73,9	76	25,4	231	77,8	105	35,4
Rio de Janeiro	502	71,2	476	67,5	482	68,4	237	33,7	522	74,2	291	41,2
São Paulo	703	68,1	872	84,6	880	85,3	519	50,3	811	79,0	576	56,0
Paraná	736	88,3	784	93,9	746	89,8	347	41,7	717	85,2	386	45,8
Santa Catarina	561	75,8	704	95,1	702	95,0	412	55,8	617	83,5	445	60,4
Rio Grande do Sul	320	84,9	364	96,6	353	93,6	224	59,4	330	87,3	250	66,1
Mato Grosso do Sul	128	78,1	129	80,1	145	87,9	78	47,3	146	88,5	87	52,4
Mato Grosso	285	88,5	269	83,5	278	86,3	219	68,0	270	83,9	240	74,8
Goiás	441	67,5	472	72,1	438	67,0	263	40,3	446	68,9	313	48,2
Distrito Federal	9	16,7	37	68,5	40	75,5	11	20,4	29	53,7	6	11,3
<b>Brasil</b>	<b>9.595</b>	<b>73,2</b>	<b>10.855</b>	<b>82,7</b>	<b>10.859</b>	<b>82,8</b>	<b>5.576</b>	<b>42,5</b>	<b>10.059</b>	<b>76,7</b>	<b>6.318</b>	<b>48,1</b>

**Material descartável**<sup>3</sup> – algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva.

**TABELA 12 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de equipamento odontológico disponível na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Equipamento completo <sup>1</sup>		Aparelho fotopolimerizador		Compressor	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
	Rondônia	10	45,5	14	63,6	17
Acre	17	94,4	14	77,8	17	94,4
Amazonas	21	80,8	22	84,6	25	96,2
Pará	20	80,0	20	80,0	25	100,0
Tocantins	43	84,3	33	64,7	47	92,2
Piauí	10	90,9	4	36,4	11	100,0
Ceará	292	80,4	226	62,1	336	92,1
Rio Grande do Norte	84	55,6	63	41,5	139	91,5
Paraíba	72	44,2	58	35,6	136	83,4
Pernambuco	153	72,5	145	68,7	199	94,3
Alagoas	20	66,7	13	43,3	28	93,3
Sergipe	32	58,2	5	9,1	48	87,3
Bahia	100	74,1	93	68,9	123	91,1
Minas Gerais	102	81,6	79	63,2	116	92,8
Espírito Santo	67	82,7	49	60,5	80	98,8
Rio de Janeiro	17	81,0	9	42,9	20	95,2
São Paulo	102	86,4	106	89,1	114	97,4
Paraná	103	77,4	118	88,7	131	98,5
Santa Catarina	161	83,9	140	72,2	191	98,5
Rio Grande do Sul	45	80,4	38	66,7	57	100,0
Mato Grosso do Sul	52	80,0	47	72,3	65	100,0
Mato Grosso	64	78,1	56	68,3	80	97,6
Goiás	171	70,4	168	68,3	231	93,9
Distrito Federal	19	55,9	7	20,6	32	94,1
<b>Brasil</b>	<b>1.777</b>	<b>73,7</b>	<b>1.527</b>	<b>63,1</b>	<b>2.268</b>	<b>93,8</b>

**Equipamento completo** <sup>1</sup> – cadeira + mocho + equipo + unidade auxiliar + estufa ou autoclave + refletor.

**TABELA 13 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de instrumental disponível na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Instrumental para exame clínico		Instrumental para dentística		Instrumental para periodontal básico		Instrumental cirúrgico básico		Instrumental para urgências	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	17	85,0	16	80,0	12	60,0	14	70,0	14	70,0
Acre	13	76,5	14	82,4	8	47,1	12	75,0	10	62,5
Amazonas	23	76,7	22	73,3	17	56,7	27	90,0	18	60,0
Pará	22	81,5	22	81,5	18	66,7	21	77,8	23	85,2
Tocantins	37	72,6	39	76,5	32	62,8	44	86,3	38	74,5
Piauí	7	63,6	7	63,6	7	63,6	7	63,6	7	63,6
Ceará	324	87,8	315	85,4	282	76,6	343	93,0	338	91,9
Rio Grande do Norte	107	70,4	104	68,4	88	57,9	117	77,0	121	79,6
Paraíba	108	67,9	97	61,4	76	48,4	100	62,9	99	62,3
Pernambuco	178	82,8	183	85,1	170	79,1	184	85,6	184	85,6
Alagoas	20	69,0	21	72,4	8	27,6	22	75,9	18	62,1
Sergipe	30	55,6	34	63,0	25	46,3	31	57,4	29	53,7
Bahia	104	76,5	104	76,5	95	69,9	103	75,7	105	77,2
Minas Gerais	101	78,9	103	80,5	91	71,1	92	71,9	97	75,8
Espírito Santo	71	88,8	74	92,5	62	77,5	75	93,8	73	91,3
Rio de Janeiro	18	85,7	19	90,5	19	90,5	21	100,0	21	100,0
São Paulo	92	83,6	100	91,7	77	70,6	90	81,8	93	84,6
Paraná	99	76,7	112	86,2	94	72,3	108	83,1	108	83,1
Santa Catarina	170	89,5	172	90,5	150	79,4	170	89,5	165	86,8
Rio Grande do Sul	46	80,7	43	75,4	36	63,2	48	84,2	51	89,5
Mato Grosso do Sul	54	80,6	53	79,1	37	56,1	48	71,6	54	80,6
Mato Grosso	61	73,5	58	69,9	44	53,0	62	74,7	65	78,3
Goiás	180	69,2	180	69,2	133	51,2	182	70,0	177	68,1
Distrito Federal	27	79,4	24	70,6	21	61,8	23	67,7	26	76,5
<b>Brasil</b>	<b>1.909</b>	<b>78,6</b>	<b>1.916</b>	<b>78,9</b>	<b>1.602</b>	<b>66,1</b>	<b>1.944</b>	<b>80,0</b>	<b>1.934</b>	<b>79,7</b>

**TABELA 14 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de impresso disponível na unidade de saúde por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Bloco de recetivário		Cartão da criança		Cartão da gestante		Ficha de cadastro familiar		Fichas do SIAB		Equipamento de informática <sup>1</sup>	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	78	91,8	80	95,2	80	94,1	63	75,0	67	79,8	40	48,2
Acre	55	80,9	48	70,6	64	94,1	51	75,0	57	83,8	15	22,1
Amazonas	207	80,5	217	84,4	213	82,9	167	65,0	193	75,1	28	10,9
Roraima	34	55,7	48	78,7	46	75,4	53	86,9	57	93,4	5	8,2
Pará	257	79,1	294	90,5	303	93,2	256	78,8	262	80,6	34	10,5
Amapá	17	70,8	22	91,7	23	95,8	13	54,2	18	75,0	9	37,5
Tocantins	172	86,9	174	87,9	172	86,9	177	89,4	183	92,4	82	41,4
Maranhão	191	83,8	203	89,0	208	91,2	184	80,7	188	82,8	7	3,1
Piauí	326	83,6	328	84,1	364	93,3	360	92,3	359	92,3	47	12,0
Ceará	1.037	89,8	1.052	91,0	1.104	95,4	980	84,9	1.031	89,8	177	15,3
Rio Grande do Norte	377	92,4	378	92,9	385	94,4	348	85,3	366	89,7	58	14,3
Paraíba	482	88,1	436	79,7	504	92,5	430	79,0	452	83,2	35	6,5
Pernambuco	984	88,9	1.060	95,6	1.081	97,6	1.019	92,0	1.046	94,3	89	8,1
Alagoas	331	79,2	333	79,7	377	90,2	315	75,5	340	81,5	19	4,6
Sergipe	258	89,0	246	84,8	251	86,6	251	86,9	247	85,5	67	23,6
Bahia	585	90,1	603	93,1	613	94,6	592	91,5	598	92,3	94	14,5
Minas Gerais	1.471	83,7	1.510	85,7	1.556	88,4	1.594	90,7	1.482	84,4	534	30,4
Espírito Santo	284	95,6	266	89,6	270	90,9	269	90,6	274	92,3	67	22,4
Rio de Janeiro	659	93,1	611	86,3	622	87,9	648	91,5	657	92,8	110	15,6
São Paulo	873	85,0	870	84,7	891	86,6	913	88,9	897	87,6	543	52,9
Paraná	792	94,3	744	88,4	740	87,9	737	87,8	723	86,2	366	43,8
Santa Catarina	685	92,6	670	90,5	692	93,5	682	92,2	692	93,6	348	47,1
Rio Grande do Sul	360	95,2	348	92,1	366	96,8	365	96,6	361	95,8	206	54,6
Mato Grosso do Sul	145	87,4	150	90,4	155	93,4	161	97,0	159	95,8	81	49,1
Mato Grosso	310	96,3	297	92,5	305	94,7	296	91,9	298	92,6	111	34,5
Goiás	564	86,8	533	82,1	568	87,9	519	80,0	546	84,4	100	15,3
Distrito Federal	48	88,9	50	92,6	52	96,3	41	75,9	49	90,7	1	1,9
<b>Brasil</b>	<b>11.582</b>	<b>88,1</b>	<b>11.571</b>	<b>88,0</b>	<b>12.005</b>	<b>91,3</b>	<b>11.484</b>	<b>87,4</b>	<b>11.602</b>	<b>88,4</b>	<b>3.273</b>	<b>25,0</b>

**Equipamento de informática<sup>1</sup>** – microcomputador + impressora.



**TABELA 15 – Número de equipes de saúde da família, total e percentual, segundo disponibilidade de medicamentos selecionados, por estado, Brasil 2001-2002**

Unidade da Federação	Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 ui		Amoxicilina caps 500mg		Captopril comp 25 mg		Carbamazepina comp 200 mg		Fenobarbital comp 100 mg		Digoxina comp 0,25 mg	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Roraima	71	79,8	21	23,6	73	82,0	41	46,1	38	42,7	46	51,7
Acre	47	69,1	11	16,2	63	92,6	23	33,8	16	23,5	40	58,8
Amazonas	243	91,7	21	7,9	201	75,8	17	6,4	21	7,9	59	22,3
Roraima	40	63,5	3	4,8	55	87,3	—	—	—	—	7	11,1
Pará	205	63,5	66	20,4	217	67,2	161	49,8	174	53,9	112	34,7
Amapá	15	62,5	15	62,5	3	12,5	2	8,3	—	—	10	41,7
Tocantins	150	76,5	41	20,9	146	74,5	61	31,1	70	35,7	85	43,4
Maranhão	127	54,7	64	27,6	76	32,8	36	15,7	43	18,9	101	43,7
Piauí	116	29,1	70	17,5	64	16,0	92	23,2	117	29,5	137	34,3
Ceará	1.027	88,8	687	59,5	1.031	89,3	680	58,9	711	61,7	898	77,7
Rio Grande do Norte	231	56,6	109	26,7	180	44,0	70	17,1	67	16,4	187	45,7
Paraíba	283	51,5	68	12,4	121	22,0	88	16,0	100	18,2	381	69,3
Pernambuco	897	81,4	376	34,1	946	85,6	608	55,2	624	56,6	534	48,4
Alagoas	255	61,9	96	23,3	193	46,7	69	16,7	63	15,4	261	63,0
Sergipe	156	54,9	75	26,3	106	37,3	22	7,7	39	13,7	151	53,2
Bahia	560	85,8	250	38,3	549	84,1	261	40,1	275	42,3	518	79,3
Minas Gerais	1.442	80,7	895	50,1	1.206	67,6	857	48,0	1.018	57,1	1.343	75,3
Espírito Santo	225	73,3	166	54,1	237	77,2	144	46,9	176	57,3	211	68,7
Rio de Janeiro	630	88,7	379	53,4	579	81,7	432	60,9	414	58,4	338	47,7
São Paulo	705	67,7	285	27,4	804	77,0	340	32,7	416	40,0	904	86,7
Paraná	703	84,0	401	47,9	628	74,9	249	29,7	350	41,7	697	83,1
Santa Catarina	671	90,8	403	54,8	679	92,0	387	52,7	401	54,6	640	86,7
Rio Grande do Sul	365	96,3	285	75,2	339	89,7	236	62,3	266	70,2	304	80,2
Mato Grosso do Sul	126	75,9	63	38,0	137	82,5	59	35,5	56	33,9	130	79,3
Mato Grosso	288	89,7	132	41,0	298	92,5	169	52,5	211	65,5	266	82,6
Goiás	394	59,3	153	23,1	172	25,9	220	33,2	118	17,7	380	57,1
Distrito Federal	33	60,0	9	16,4	31	56,4	22	42,3	24	47,1	45	81,8
<b>Brasil</b>	<b>10.005</b>	<b>75,6</b>	<b>5.144</b>	<b>38,9</b>	<b>9.134</b>	<b>69,0</b>	<b>5.346</b>	<b>40,5</b>	<b>5.808</b>	<b>44,0</b>	<b>8.785</b>	<b>66,4</b>

Continua

TABELA 15 – Continuação

Unidade da Federação	Metronidazol comp 250 mg		Nistatina creme vaginal		Metronidazol geléia vaginal		Neomicina + bacitracina pomada		Dexametasona pomada		Ácido acetil salicílico comp 100 mg	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	60	67,4	24	27,0	76	85,4	70	78,7	74	83,1	71	79,8
Acre	35	51,5	18	26,5	55	80,9	32	47,1	38	55,9	44	64,7
Amazonas	213	80,4	47	17,7	234	88,3	72	27,2	158	59,6	202	76,5
Roraima	45	71,4	4	6,3	48	76,2	40	63,5	57	90,5	61	96,8
Pará	149	46,1	121	37,5	213	65,9	158	48,9	176	54,5	233	72,1
Amapá	12	50,0	10	41,7	18	75,0	7	29,2	2	8,3	15	62,5
Tocantins	85	43,4	104	53,1	141	71,9	80	40,8	89	45,4	126	64,6
Maranhão	129	55,6	63	27,2	112	48,5	111	48,1	125	54,1	184	79,3
Piauí	225	56,4	88	22,1	311	77,9	326	81,7	314	78,9	321	80,7
Ceará	1.012	87,5	331	28,7	1.057	91,4	662	57,2	912	78,8	1.073	92,8
Rio Grande do Norte	254	62,1	179	43,9	321	78,7	182	44,5	248	60,6	283	69,7
Paraná	386	70,2	88	16,0	446	81,2	324	59,0	353	64,2	428	77,8
Pernambuco	783	70,9	482	43,7	969	87,8	801	72,6	849	76,8	1.011	91,7
Alagoas	285	68,7	174	42,1	308	74,4	223	53,7	253	61,0	296	71,3
Sergipe	147	51,8	119	42,0	194	68,1	163	57,4	165	57,9	222	77,9
Bahia	539	82,7	326	50,1	611	93,6	367	56,3	526	80,6	583	89,3
Minas Gerais	1.535	86,0	1.010	56,6	1.482	83,2	1.356	76,0	1.442	80,8	1.398	78,3
Espírito Santo	265	86,3	88	28,8	278	90,6	214	69,7	220	71,7	257	83,7
Rio de Janeiro	669	94,2	420	59,2	658	92,7	557	78,5	610	86,0	655	92,3
São Paulo	969	92,8	461	44,3	986	94,5	961	92,1	980	94,0	954	91,4
Paraná	734	87,6	553	66,0	697	83,2	641	76,5	704	84,1	725	86,5
Santa Catarina	618	83,9	416	56,3	664	89,9	491	66,4	590	79,8	658	89,2
Rio Grande do Sul	350	92,3	236	62,3	354	93,4	327	86,3	333	87,9	335	88,4
Mato Grosso do Sul	126	75,9	86	52,4	152	92,1	118	72,0	121	73,3	137	83,0
Mato Grosso	262	81,4	156	48,4	295	91,9	193	59,9	258	80,1	272	84,5
Goiás	403	60,6	250	37,7	515	77,4	477	71,8	357	53,8	549	82,7
Distrito Federal	51	92,7	3	5,5	51	92,7	42	77,8	55	100,0	35	63,6
<b>Brasil</b>	<b>10.341</b>	<b>78,1</b>	<b>5.857</b>	<b>44,3</b>	<b>11.246</b>	<b>85,0</b>	<b>8.995</b>	<b>68,0</b>	<b>10.009</b>	<b>75,6</b>	<b>11.128</b>	<b>84,1</b>

Continua

TABELA 15 – Continuação

Unidade da Federação	Aminofilina comp 100 mg		Ampicilina comp 500 mg		Cimetidina comp 200 mg		Diclofenaco potássico comp 50 mg		Furosemda comp 40 mg	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	79	88,8	53	59,6	66	74,2	42	47,2	74	83,1
Acre	65	95,6	25	36,8	32	47,1	7	10,3	64	94,1
Amazonas	232	87,9	135	51,1	154	58,3	59	22,3	243	91,7
Roraima	52	82,5	24	38,1	40	63,5	10	15,9	60	95,2
Pará	262	81,1	101	31,4	205	63,5	63	19,5	279	86,4
Amapá	14	58,3	5	20,8	5	20,8	4	16,7	14	58,3
Tocantins	154	78,6	75	38,3	79	40,3	54	27,6	148	75,9
Maranhão	197	84,9	108	46,6	136	58,6	88	37,9	145	62,5
Piauí	326	81,7	245	61,6	323	81,2	165	41,6	341	85,7
Ceará	1.095	94,6	830	71,9	817	70,7	751	65,0	1.091	94,5
Rio Grande do Norte	330	80,7	241	58,9	218	53,4	98	24,0	294	72,4
Paraíba	447	81,4	265	48,3	411	74,9	123	22,4	393	71,6
Pernambuco	1.016	91,9	752	68,1	788	71,4	526	47,6	981	88,8
Alagoas	345	83,3	172	41,4	269	65,0	154	37,1	295	71,3
Sergipe	225	79,2	112	39,3	176	61,8	86	30,3	175	61,4
Bahia	576	88,2	546	83,7	524	80,4	348	53,3	610	93,6
Minas Gerais	1.479	82,9	1.167	65,5	1.130	63,3	477	26,7	1.440	80,8
Espírito Santo	273	88,9	241	78,5	166	54,1	113	36,8	257	83,7
Rio de Janeiro	663	93,5	601	84,6	498	70,2	345	48,6	670	94,5
São Paulo	1.003	96,2	984	94,4	937	89,8	587	56,3	983	94,2
Paraná	725	86,5	684	81,6	651	77,8	410	48,9	741	88,3
Santa Catarina	575	77,8	564	76,3	495	67,0	348	47,1	654	88,5
Rio Grande do Sul	342	90,2	303	79,9	317	83,6	247	65,3	350	92,3
Matro Grosso do Sul	145	87,9	110	66,3	123	74,5	70	42,4	145	87,9
Matro Grosso	286	88,8	248	77,0	206	64,0	140	43,5	291	90,4
Goiás	527	79,2	335	50,5	184	27,8	184	27,8	534	80,5
Distrito Federal	51	92,7	35	64,8	34	61,8	11	20,0	37	67,3
<b>Brasil</b>	<b>11.484</b>	<b>86,8</b>	<b>8.961</b>	<b>67,7</b>	<b>8.984</b>	<b>67,9</b>	<b>5.510</b>	<b>41,6</b>	<b>11.309</b>	<b>85,5</b>

## 2.3 Gestão do trabalho dos profissionais das equipes de saúde

### 2.3.1 Número de profissionais por equipe

Em conformidade com as diretrizes preconizadas para a implantação do PSF, 94,1% das equipes tinham um médico, 95,3%, um enfermeiro, 98,3%, pelo menos um auxiliar de enfermagem e 94,7% contavam com quatro ou mais agentes comunitários. Ou seja, percentuais elevados de equipes de todo o país contavam com os profissionais da composição mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, embora não tenha sido analisada a existência concomitante de todos os profissionais. A descrição do quadro para cada uma das categorias profissionais, desagregada por estado e região, demonstrou a existência de distorções importantes, especialmente quanto à existência de médico e enfermeiro na equipe de saúde da família (Tabelas 16 a 19).

Nenhuma unidade federativa apresentou 100,0% das equipes com a presença do médico. Em 15 unidades da federação, 5,0% ou mais das equipes estavam funcionando sem este profissional. Na Região Norte, destacaram-se os Estados do Acre (32,4% de equipes sem médicos), Rondônia (8,1%), Amapá (8,3%) e Pará (7,7%); no Nordeste, os Estados de Alagoas (12,8%), Ceará (8,5%), Rio Grande do Norte (5,6%) e Maranhão (5,0%); no Sudeste, São Paulo (6,0%), Minas Gerais (5,3%) e Espírito Santo (5,3%); no Sul, Paraná (6,1%); e no Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul (5,3%), Goiás (5,1%) e Distrito Federal (11,1%) (Tabela 16).

A ausência de enfermeiros em 5,0% ou mais das equipes foi observada em dez estados. Nove destes estados também apresentavam 5,0% ou mais das equipes sem médico. Em apenas duas unidades da federação (Amapá e Distrito Federal) todas as equipes contavam com enfermeiros. Na Região Norte, maiores percentuais de equipes sem enfermeiros foram encontrados nos Estados de Rondônia (12,5%), Acre (6,0%) e Pará (5,6%); no Nordeste, nos Estados de Alagoas (11,3%) e Bahia (5,3%); no Sudeste, Espírito Santo (6,9%); no Sul, Paraná (6,8%); e no Centro-Oeste, Goiás (7,4%) e Mato Grosso do Sul (6,6%) (Tabela 17).

Do total das equipes investigadas no país, apenas 1,7% não tinham auxiliares de enfermagem. Percentuais superiores a 5% das equipes nesta situação foram observados apenas em Rondônia (11,2%), Amazonas (7,0%), Roraima (6,5%) e Piauí (6,0%) (Tabela 18).

Apenas 0,2% das equipes não contavam com agentes comunitários de saúde, o que, praticamente, só se mostrou relevante em Rondônia, onde 5,6% das equipes estavam nesta situação. Entretanto, 5,1% das equipes contavam com menos de quatro agentes. Os percentuais de equipes com menos de quatro agentes variaram de 0,4% (Amazonas) a 27,3% (Distrito Federal) (Tabela 19).

Das equipes de saúde bucal, 97,2% tinham um cirurgião-dentista, 97,3%, pelo menos um técnico em higiene dental e 97,7%, pelo menos um auxiliar de consultório dentário (Tabelas 20 a 22).

Apenas em Alagoas, mais de 5,0% das equipes de saúde bucal (7,7%) não contavam com cirurgião-dentista. Em doze unidades da federação, todas as equipes tinham pelo menos um profissional desta categoria (Tabela 20).

A análise da situação dos técnicos de higiene dental ficou comprometida pelo pequeno número de equipes da modalidade II, que contam com este profissional. Sua ausência foi observada em Minas Gerais (5,6%), Rio de Janeiro (20,0%), Santa Catarina (66,7%) e Distrito Federal (9,1%), estando presente em todas as equipes das demais unidades da federação. O pequeno número de equipes de saúde bucal desta modalidade implantadas pode estar relacionado com a pouca disponibilidade desta categoria profissional no mercado de trabalho e com o baixo interesse dos gestores municipais em investir na implantação desta modalidade (Tabela 21).

Em relação aos auxiliares de consultório dentário, as unidades da federação que apresentavam mais de 5% das equipes sem este profissional foram Rondônia (18,2%), Alagoas (7,7%), Sergipe (5,1%) e Espírito Santo (7,6%) (Tabela 22).

TABELA 16 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo número de médicos, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	N.º total	Número de médicos		
		%		
		0	1	≥ 2
Rondônia	87	8,0	92,0	-
Acre	68	32,4	67,6	-
Amazonas	265	3,8	94,0	2,3
Roraima	63	1,6	98,4	-
Pará	324	7,7	91,4	0,9
Amapá	24	8,3	91,7	-
Tocantins	194	4,1	94,3	1,5
Maranhão	238	5,0	94,5	0,4
Piauí	429	4,0	95,8	0,2
Ceará	1.155	8,5	91,4	0,1
Rio Grande do Norte	411	5,6	94,4	-
Paraíba	543	3,7	96,1	0,2
Pernambuco	1.103	2,7	97,3	-
Alagoas	490	12,7	86,9	0,4
Sergipe	285	3,5	94,0	2,5
Bahia	651	4,9	95,1	-
Minas Gerais	1.764	5,3	94,5	0,2
Espírito Santo	305	5,2	94,1	0,7
Rio de Janeiro	701	3,9	96,0	0,1
São Paulo	1.046	6,0	93,6	0,4
Paraná	848	6,1	93,0	0,8
Santa Catarina	732	3,3	95,5	1,2
Rio Grande do Sul	381	4,2	95,3	0,5
Mato Grosso do Sul	171	5,3	94,7	-
Mato Grosso	319	3,4	96,6	-
Goiás	682	5,1	94,0	0,9
Distrito Federal	54	11,1	88,9	-
<b>Brasil</b>	<b>13.333</b>	<b>5,5</b>	<b>94,1</b>	<b>0,4</b>

TABELA 17 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo número de enfermeiros, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	N.º total	Número de enfermeiros		
		%		
		0	1	≥ 2
Rondônia	88	12,5	86,4	1,1
Acre	67	6,0	94,0	-
Amazonas	263	2,7	96,2	1,1
Roraima	63	3,2	96,8	-
Pará	324	5,6	93,8	0,6
Amapá	24	-	100,0	-
Tocantins	195	1,5	97,9	0,5
Maranhão	237	1,7	97,9	0,4
Piauí	424	4,2	95,5	0,2
Ceará	1.159	1,6	97,0	1,5
Rio Grande do Norte	406	2,0	98,0	-
Paraíba	552	1,6	97,8	0,5
Pernambuco	1.107	1,8	98,1	0,1
Alagoas	485	11,3	88,0	0,6
Sergipe	287	3,5	93,7	2,8
Bahia	646	5,3	94,7	-
Minas Gerais	1.763	4,8	95,1	0,1
Espírito Santo	304	6,9	93,1	-
Rio de Janeiro	708	2,1	97,3	0,6
São Paulo	1.033	3,6	95,8	0,6
Paraná	849	6,8	93,1	0,1
Santa Catarina	732	4,9	95,1	-
Rio Grande do Sul	380	2,9	95,8	1,3
Mato Grosso do Sul	166	6,6	93,4	-
Mato Grosso	318	3,8	96,2	-
Goiás	680	7,4	92,2	0,4
Distrito Federal	55	-	98,2	1,8
<b>Brasil</b>	<b>13.315</b>	<b>4,2</b>	<b>95,3</b>	<b>0,5</b>

**TABELA 18 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo número de auxiliares de enfermagem, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Número de auxiliares de enfermagem		
		%		
		0	1	≥ 2
Rondônia	89	11,2	82,0	6,7
Acre	68	1,5	92,6	5,9
Amazonas	259	6,9	47,9	45,2
Roraima	62	6,5	93,5	-
Pará	324	-	73,8	26,2
Amapá	24	-	37,5	62,5
Tocantins	197	1,0	95,9	3,0
Maranhão	235	2,6	85,5	11,9
Piauí	420	6,0	87,4	6,7
Ceará	1.150	1,3	78,2	20,5
Rio Grande do Norte	405	1,0	94,3	4,7
Paraíba	553	0,9	96,6	2,5
Pernambuco	1.109	0,1	96,8	3,1
Alagoas	495	2,2	81,4	16,4
Sergipe	284	2,1	94,0	3,9
Bahia	650	1,2	53,4	45,4
Minas Gerais	1.771	1,2	84,2	14,6
Espírito Santo	304	1,3	80,6	18,1
Rio de Janeiro	710	0,3	77,6	22,1
São Paulo	1.040	1,6	31,3	67,0
Paraná	819	3,3	66,9	29,8
Santa Catarina	739	1,2	48,8	49,9
Rio Grande do Sul	380	0,5	38,9	60,5
Mato Grosso do Sul	169	0,6	66,3	33,1
Mato Grosso	322	0,9	30,4	68,6
Goiás	667	3,6	84,7	11,7
Distrito Federal	55	-	1,8	98,2
<b>Brasil</b>	<b>13.300</b>	<b>1,7</b>	<b>72,8</b>	<b>25,5</b>

**TABELA 19 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo número de agentes comunitários de saúde, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Número de agentes comunitários de saúde			
		%			
		0	< 4	4 a 6	> 6
Rondônia	89	5,6	12,4	50,6	31,5
Acre	68	–	2,9	67,6	29,4
Amazonas	265	–	0,4	32,8	66,8
Roraima	62	–	6,5	82,3	11,3
Pará	324	–	3,7	54,6	41,7
Amapá	24	–	4,2	66,7	29,2
Tocantins	197	0,5	0,5	47,7	51,3
Maranhão	234	–	4,3	42,7	53,0
Piauí	428	0,2	6,1	39,5	54,2
Ceará	1.155	–	3,6	44,1	52,3
Rio Grande do Norte	407	0,2	4,9	45,7	49,1
Paraíba	552	0,4	6,3	45,5	47,8
Pernambuco	1.109	0,1	4,5	62,9	32,5
Alagoas	492	1,0	6,5	52,2	40,2
Sergipe	290	0,3	7,2	59,7	32,8
Bahia	652	–	4,6	46,3	49,1
Minas Gerais	1.779	0,1	3,3	64,5	32,2
Espírito Santo	304	–	3,0	53,3	43,8
Rio de Janeiro	713	–	7,3	59,6	33,1
São Paulo	1.043	0,1	5,2	79,2	15,5
Paraná	821	0,1	13,6	64,3	21,9
Santa Catarina	732	0,5	4,8	46,2	48,5
Rio Grande do Sul	379	0,3	5,5	74,9	19,3
Mato Grosso do Sul	168	–	1,2	71,4	27,4
Mato Grosso	323	–	2,5	49,8	47,7
Goiás	673	0,3	3,1	42,6	53,9
Distrito Federal	55	–	27,3	69,1	3,6
<b>Brasil</b>	<b>13.338</b>	<b>0,2</b>	<b>5,1</b>	<b>56,1</b>	<b>38,6</b>



**TABELA 20 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo número de cirurgiões-dentistas, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Número de cirurgiões - dentistas		
		0	1	≥ 2
Rondônia	22	4,5	90,9	4,5
Acre	18	-	100,0	-
Amazonas	30	-	93,3	6,7
Pará	27	-	100,0	-
Tocantins	51	2,0	96,1	2,0
Piauí	12	-	100,0	-
Ceará	372	0,3	96,8	3,0
Rio Grande do Norte	156	1,9	98,1	-
Paraíba	159	0,6	99,4	-
Pernambuco	221	0,9	98,2	0,9
Alagoas	39	7,7	89,7	2,6
Sergipe	53	1,9	94,3	3,8
Bahia	140	-	99,3	0,7
Minas Gerais	127	1,6	97,6	0,8
Espírito Santo	80	-	97,5	2,5
Rio de Janeiro	21	-	100,0	-
São Paulo	114	1,8	97,4	0,9
Paraná	137	-	98,5	1,5
Santa Catarina	198	0,5	97,0	2,5
Rio Grande do Sul	57	-	98,2	1,8
Mato Grosso do Sul	68	-	98,5	1,5
Mato Grosso	81	-	93,8	6,2
Goiás	266	0,8	95,5	3,8
Distrito Federal	34	-	100,0	-
<b>Brasil</b>	<b>2.483</b>	<b>0,8</b>	<b>97,2</b>	<b>2,0</b>

TABELA 21 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo número de técnicos de higiene dental, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	N.º total	Número de técnicos de higiene dental		
		0	1	≥ 2
Rondônia	4	-	100,0	-
Acre	3	-	100,0	-
Pará	2	-	100,0	-
Ceará	11	-	100,0	-
Rio Grande do Norte	1	-	100,0	-
Paraíba	1	-	100,0	-
Pernambuco	16	-	100,0	-
Alagoas	2	-	100,0	-
Bahia	1	-	100,0	-
Minas Gerais	36	5,6	88,9	5,6
Rio de Janeiro	5	20,0	80,0	-
São Paulo	19	-	100,0	-
Paraná	87	-	96,6	3,4
Santa Catarina	3	66,7	33,3	-
Rio Grande do Sul	4	-	100,0	-
Mato Grosso do Sul	9	-	100,0	-
Mato Grosso	3	-	66,7	33,3
Goiás	51	-	100,0	-
Distrito Federal	33	9,1	90,9	-
<b>Brasil</b>	<b>291</b>	<b>2,7</b>	<b>95,2</b>	<b>2,1</b>

**TABELA 22 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo número de auxiliares de consultório dentário, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Número de auxiliares de consultório dentário		
		0	1	≥ 2
Rondônia	22	18,2	81,8	-
Acre	18	-	100,0	-
Amazonas	30	3,3	96,7	-
Pará	27	-	100,0	-
Tocantins	51	-	100,0	-
Piauí	12	-	100,0	-
Ceará	373	1,3	90,1	8,6
Rio Grande do Norte	156	-	97,4	2,6
Paraíba	154	1,3	98,7	-
Pernambuco	219	1,8	96,8	1,4
Alagoas	39	7,7	84,6	7,7
Sergipe	54	7,4	90,7	1,9
Bahia	137	5,1	92,0	2,9
Minas Gerais	126	-	98,4	1,6
Espírito Santo	79	7,6	88,6	3,8
Rio de Janeiro	21	-	100,0	-
São Paulo	117	2,6	89,7	7,7
Paraná	136	0,7	51,5	47,8
Santa Catarina	190	4,7	93,7	1,6
Rio Grande do Sul	50	2,0	96,0	2,0
Mato Grosso do Sul	66	-	97,0	3,0
Mato Grosso	83	3,6	95,2	1,2
Goiás	260	1,2	98,1	0,8
Distrito Federal	34	-	100,0	-
<b>Brasil</b>	<b>2.454</b>	<b>2,3</b>	<b>92,2</b>	<b>5,5</b>

### 2.3.2 Tempo de permanência dos profissionais de saúde nas equipes

A pesquisa revelou que a inserção dos profissionais nas equipes de saúde era recente. Os percentuais de equipes de saúde da família cujo tempo de permanência dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem<sup>1</sup> era igual ou inferior a um ano foram, respectivamente, de 76,8%, 65,3% e 52,9%, ressaltando-se que aproximadamente 61% e 40% das equipes contavam com médicos e enfermeiros trabalhando há seis meses ou menos (Tabelas 23 a 25).

Os médicos eram os profissionais que estavam em exercício há menos tempo na equipe. Percentuais superiores a 70% das equipes com médicos com tempo de permanência igual ou inferior a seis meses foram observados em Roraima (95,2%) e no Acre (75,6%), na Região Norte; na Bahia (74,5%) e no Rio Grande do Norte (70,5%), no Nordeste; no Rio de Janeiro (74,3%), no Sudeste; em Santa Catarina (73,4%), no Sul; e no Mato Grosso do Sul (74,7%) e no Mato Grosso (71,0%), no Centro-Oeste (Tabela 23).

Para os enfermeiros e auxiliares, apenas o Estado de Roraima apresentou percentuais maiores que 70% das equipes com tempo igual ou inferior a 6 meses de permanência, exibindo valores de cerca de 80,0% das equipes (Tabelas 26 a 28).

Em relação às equipes de saúde bucal, 84,5% referiram que o cirurgião-dentista estava inserido por tempo igual ou inferior a um ano, sendo este percentual de 80,4% para o técnico de higiene dental e 84,8% para o auxiliar de consultório dentário (Tabelas 26 a 28).

<sup>1</sup> A pergunta não foi formulada para os agentes comunitários de saúde.

Os maiores percentuais de equipes com cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário com tempo de permanência na equipe igual ou inferior a 6 meses foram observados nos Estados do Rio de Janeiro (80,9% e 85,7%), São Paulo (70,4% e 75,9%) e Rio Grande do Sul (70,2% e 75,5%) (Tabelas 26 a 28).

O pequeno tempo de permanência dos profissionais nas equipes, especialmente os médicos e o pessoal das equipes de saúde bucal, pode se constituir em fator importante para o desempenho do trabalho, dificultando desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde.

**TABELA 23 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tempo de permanência do médico na equipe, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Tempo de permanência na equipe			
		≤ 6 meses	7 a 12 meses	1 a 2 anos	> 2 anos
Rondônia	79	64,6	15,2	15,2	5,1
Acre	45	75,6	4,4	17,8	2,2
Amazonas	249	54,6	12,4	21,7	11,2
Roraima	62	95,2	3,2	-	1,6
Pará	292	68,2	8,6	16,1	7,2
Amapá	22	45,5	27,3	27,3	-
Tocantins	182	58,2	18,1	13,2	10,4
Maranhão	220	46,4	31,8	16,4	5,5
Ceará	1.039	62,0	16,7	9,0	12,4
Rio Grande do Norte	379	70,4	12,9	10,8	5,8
Paraíba	523	64,2	12,4	18,5	4,8
Pernambuco	1.061	55,1	20,6	15,5	8,8
Bahia	611	74,5	12,8	8,2	4,6
Minas Gerais	1.553	63,2	12,9	12,7	11,2
Espírito Santo	284	64,1	18,7	14,1	3,2
Rio de Janeiro	670	74,3	10,7	9,4	5,5
São Paulo	953	36,0	27,8	26,1	10,1
Paraná	780	47,6	16,9	28,3	7,2
Santa Catarina	688	73,4	7,8	10,2	8,6
Rio Grande do Sul	365	63,8	12,9	14,2	9,0
Mato Grosso do Sul	158	74,7	7,0	13,9	4,4
Mato Grosso	303	71,0	14,5	10,9	3,6
Goiás	634	56,8	22,1	15,6	5,5
Distrito Federal	49	59,2	10,2	16,3	14,3
<b>Brasil</b>	<b>11.201</b>	<b>60,9</b>	<b>16,0</b>	<b>15,1</b>	<b>8,1</b>

**TABELA 24 – Número total de equipes de saúde da família e percentual, segundo tempo de permanência do enfermeiro na equipe, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Tempo de permanência na equipe			
		≤ 6 meses	7 a 12 meses	1 a 2 anos	> 2 anos
Rondônia	73	27,4	26,0	37,0	9,6
Acre	61	13,1	13,1	54,1	19,7
Amazonas	252	51,6	27,4	17,9	3,2
Roraima	61	80,3	13,1	6,6	-
Pará	302	30,5	27,8	25,8	15,9
Amapá	24	37,5	25,0	37,5	-
Tocantins	185	22,7	25,4	28,6	23,2
Maranhão	226	50,0	28,3	15,5	6,2
Ceará	1.122	27,9	20,1	26,7	25,3
Rio Grande do Norte	387	33,6	35,4	19,9	11,1
Paraíba	544	53,7	16,5	24,4	5,3
Pernambuco	1.081	30,4	22,3	33,0	14,2
Bahia	608	39,1	28,9	22,7	9,2
Minas Gerais	1.551	42,4	23,1	21,8	12,6
Espírito Santo	279	49,5	20,8	24,4	5,4
Rio de Janeiro	689	38,0	40,1	13,9	8,0
São Paulo	952	32,9	27,2	29,3	10,6
Paraná	774	58,1	15,8	22,2	3,9
Santa Catarina	686	42,7	28,0	19,2	10,1
Rio Grande do Sul	369	40,9	24,9	19,8	14,4
Mato Grosso do Sul	153	43,8	28,8	20,3	7,2
Mato Grosso	292	40,4	30,1	24,0	5,5
Goiás	618	65,7	16,7	12,9	4,7
Distrito Federal	54	27,8	13,0	24,1	35,2
<b>Brasil</b>	<b>11.343</b>	<b>40,9</b>	<b>24,5</b>	<b>23,3</b>	<b>11,4</b>

**TABELA 25 – Número total de equipes de saúde da família e percentual, segundo tempo de permanência do auxiliar de enfermagem, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Tempo de permanência na equipe			
		≤ 6 meses	7 a 12 meses	1 a 2 anos	> 2 anos
Rondônia	74	28,4	27,0	31,1	13,5
Acre	67	13,4	16,4	44,8	25,4
Amazonas	237	15,6	13,9	30,4	40,1
Roraima	58	79,3	17,2	3,4	-
Pará	322	18,3	22,7	34,8	24,2
Amapá	24	50,0	37,5	8,3	4,2
Tocantins	191	20,9	27,2	31,4	20,4
Maranhão	226	35,8	27,0	27,4	9,7
Ceará	1.122	17,6	16,1	27,9	38,3
Rio Grande do Norte	396	19,7	39,4	24,5	16,4
Paraíba	547	51,0	17,7	24,5	6,8
Pernambuco	1.102	16,5	20,6	39,7	23,1
Bahia	635	26,0	33,1	26,3	14,6
Minas Gerais	1.684	29,9	24,3	25,5	20,2
Espírito Santo	294	30,6	22,8	35,4	11,2
Rio de Janeiro	704	28,4	39,8	20,5	11,4
São Paulo	972	21,3	25,6	36,9	16,2
Paraná	806	43,8	14,1	30,9	11,2
Santa Catarina	709	32,7	28,8	24,3	14,2
Rio Grande do Sul	377	31,8	22,0	26,5	19,6
Mato Grosso do Sul	163	33,7	33,1	23,3	9,8
Mato Grosso	314	27,4	34,4	27,1	11,1
Goiás	642	50,6	17,6	23,7	8,1
Distrito Federal	53	1,9	-	15,1	83,0
<b>Brasil</b>	<b>11.719</b>	<b>28,8</b>	<b>24,1</b>	<b>28,6</b>	<b>18,5</b>

**TABELA 26 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tempo de permanência de cirurgião-dentista, por estado, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Tempo de permanência na equipe			
		≤ 6 meses	7 a 12 meses	1 a 2 anos	> 2 anos
Rondônia	20	10,0	65,0	20,0	5,0
Acre	18	38,9	50,0	11,1	-
Amazonas	29	34,5	51,7	13,8	-
Pará	27	51,9	25,9	18,5	3,7
Tocantins	23	60,9	39,1	-	-
Ceará	368	36,4	41,6	18,5	3,5
Rio Grande do Norte	150	49,3	50,0	0,7	-
Pernambuco	217	38,2	40,1	19,4	2,3
Bahia	137	23,4	47,4	27,0	2,2
Minas Gerais	120	48,3	42,5	8,3	0,8
Espírito Santo	79	40,5	27,8	19,0	12,7
Rio de Janeiro	21	81,0	9,5	4,8	4,8
São Paulo	108	70,4	24,1	5,6	-
Santa Catarina	170	54,1	39,4	4,1	2,4
Rio Grande do Sul	57	70,2	22,8	5,3	1,8
Mato Grosso do Sul	61	32,8	54,1	11,5	1,6
Mato Grosso	80	46,3	41,3	12,5	-
Goiás	257	66,1	28,8	5,1	-
Distrito Federal	34	11,8	-	20,6	67,6
<b>Brasil</b>	<b>1.976</b>	<b>46,4</b>	<b>38,2</b>	<b>12,2</b>	<b>3,2</b>

**TABELA 27 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tempo de permanência do técnico de higiene dental, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Tempo de permanência na equipe			
		≤ 6 meses	7 a 12 meses	1 a 2 anos	> 2 anos
Rondônia	4	25,0	50,0	25,0	-
Acre	3	33,3	66,7	-	-
Pará	2	100,0	0,0	-	-
Ceará	11	-	81,8	18,2	-
Pernambuco	16	18,8	37,5	37,5	6,3
Bahia	1	-	100,0	-	-
Minas Gerais	32	62,5	37,5	-	-
Rio de Janeiro	4	100,0	-	-	-
São Paulo	17	94,1	5,9	-	-
Santa Catarina	1	100,0	-	-	-
Rio Grande do Sul	4	100,0	-	-	-
Mato Grosso do Sul	9	11,1	88,9	-	-
Mato Grosso	3	33,3	33,3	33,3	-
Goiás	50	70,0	28,0	2,0	-
Distrito Federal	32	18,8	3,1	15,6	62,5
<b>Brasil</b>	<b>189</b>	<b>50,3</b>	<b>30,2</b>	<b>8,5</b>	<b>11,1</b>

**TABELA 28 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tempo de permanência do auxiliar de consultório dentário, por estado, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Tempo de permanência na equipe			
		≤ 6 meses	7 a 12 meses	1 a 2 anos	> 2 anos
Rondônia	17	23,5	58,8	11,8	5,9
Acre	17	47,1	41,2	11,8	-
Amazonas	28	46,4	42,9	10,7	-
Pará	26	65,4	19,2	15,4	-
Tocantins	34	52,9	41,2	5,9	-
Ceará	363	32,8	41,0	20,1	6,1
Rio Grande do Norte	149	49,7	49,0	1,3	-
Pernambuco	211	41,2	38,4	18,5	1,9
Bahia	128	23,4	48,4	26,6	1,6
Minas Gerais	124	52,4	39,5	6,5	1,6
Espírito Santo	72	38,9	30,6	20,8	9,7
Rio de Janeiro	21	85,7	9,5	-	4,8
São Paulo	112	75,9	21,4	2,7	-
Santa Catarina	161	52,8	34,2	10,6	2,5
Rio Grande do Sul	49	75,5	20,4	4,1	-
Mato Grosso do Sul	63	33,3	55,6	11,1	-
Mato Grosso	80	43,8	43,8	12,5	-
Goiás	256	64,5	28,5	7,0	-
Distrito Federal	34	17,6	11,8	20,6	50,0
<b>Brasil</b>	<b>1.945</b>	<b>44,6</b>	<b>40,3</b>	<b>12,3</b>	<b>2,9</b>

### 2.3.3 Carga horária dos profissionais de saúde

Na maioria das equipes de saúde, os profissionais estavam contratados em regime de 40 horas semanais. Os percentuais de equipes com profissionais contratados com esta carga horária foram de 93,4% para os médicos, 96,1% para os enfermeiros, 96,4% para os auxiliares de enfermagem, 99,1% para os agentes comunitários de saúde, 88,2% para os cirurgiões-dentistas, 96,8% para os técnicos de higiene dental e 94,0% para os auxiliares de consultório dentário (Tabela 29).

Percentuais superiores a 10% das equipes com profissionais contratados com carga horária inferior a 40 horas foram observados nos Estados de Rondônia, Maranhão e Piauí, para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, no Acre, para enfermeiros e auxiliares de enfermagem, e no Pará e Paraná, para médicos (Tabela 29).

Quanto à contratação de cirurgiões-dentistas e de auxiliares de consultório dentário em regime de menos de 40 horas, percentuais de equipes superiores a 10% foram observados em, respectivamente, 11 e 4 unidades federadas. Para os cirurgiões-dentistas, os percentuais de equipes variaram entre 40,0% (Acre) e 85,8% (Alagoas) (Tabela 29).

Para o total das equipes investigadas, a carga horária efetivamente cumprida pelos profissionais foi, em todas as categorias, exceto os agentes comunitários de saúde, inferior à contratada, especialmente para os de nível superior. Os percentuais de equipes cujos profissionais cumpriam 40 horas semanais foram de 59,7% para os médicos, 77,8% para os enfermeiros, 87,3% para os auxiliares de enfermagem, 95,8% para os agentes comunitários de saúde, 68,3% para os cirurgiões-dentistas, 82,9% para os técnicos de higiene dental e 90,8% para os auxiliares de consultório dentário (Tabela 30).

Em 24 unidades da federação, o percentual de médicos que cumpriam 40 horas semanais de trabalho foi inferior a 75%. As Regiões Norte e Nordeste exibiram os menores percentuais, destacando-se Roraima (12,9%), Rondônia (25,9%) e o Maranhão (20,6%). No Sul, os percentuais variaram de 47,2% (Paraná) a 81,9% (Rio



Grande do Sul); no Centro-Oeste, entre 56,1% (Mato Grosso do Sul) e 87,5% (Distrito Federal); e na Região Sudeste, foram superiores a 70% em todos os estados (Tabela 30).

No caso dos enfermeiros, os percentuais de equipes em que estes profissionais efetivamente cumpriam a carga horária de 40 horas foram superiores a 80% das equipes em todas as unidades da federação das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Nos estados do Norte, variou entre 44,0% (Rondônia) e 100,0% (Amapá) e no Nordeste entre 30,8% (Maranhão) e 91,3% (Ceará) (Tabela 30).

De forma semelhante, maiores percentuais de equipes em que os auxiliares de enfermagem cumpriam a carga horária de 40 horas foram observados nas unidades da federação das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, sendo superiores a 90%, com exceção de Santa Catarina (87,9%). Nos estados do Norte, variou entre 64,1% (Rondônia) e 95,3% (Tocantins), e no Nordeste, entre 61,4% (Sergipe) e 97,1% (Ceará) (Tabela 30).

Em todas as unidades da federação, mais de 85% das equipes referiram que os agentes comunitários de saúde cumpriam a carga horária de 40 horas, sendo que este percentual foi superior a 95% em 18 estados e no Distrito Federal (Tabela 30).

A média nacional de percentual de equipes em que o cirurgião-dentista cumpria 40 horas semanais foi de 68,3%, como já referido. Percentuais superiores a 60% das equipes foram observados nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A Região Norte exibiu os menores percentuais, com valores inferiores a 55%, exceto para um dos estados, e, no Nordeste, a variação foi entre 32,7% e 89,6% (Tabela 30).

Na maioria das unidades da federação, foram altos os percentuais de equipes em que o técnico de higiene dental e o auxiliar de consultório dentário cumpriam a carga horária de 40 horas semanais. Nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste foram superiores a 80%, com exceção do Mato Grosso, para os auxiliares de consultório dentário. Na Região Nordeste, em apenas um dos estados o percentual para os técnicos foi inferior a 65% e para os auxiliares foi de 90% em um dos estados e de 100% nos demais (Tabela 30).

**TABELA 29 – Número e percentual de equipes de saúde segundo profissional contratado com carga horária de 40 horas semanais, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Carga Horária Contratada - 40 horas semanais													
	Médico		Enfermeiro		Auxiliar de Enfermagem		Agente Comunitário de Saúde		Cirurgião-dentista		Técnico de Higiene Dental		Auxiliar de Consultório	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Roraima	61	76,3	64	86,5	69	87,3	83	98,8	8	40,0	4	100,0	13	76,5
Acre	42	93,3	40	64,5	44	65,7	67	98,5	14	77,8	3	100,0	15	83,3
Amazonas	223	88,8	233	91,4	226	94,2	256	97,0	15	50,0	-	-	22	75,9
Roraima	62	100,0	61	100,0	58	100,0	62	100,0	-	-	-	-	-	-
Pará	265	88,6	286	94,4	296	91,4	314	96,9	21	77,8	2	100,0	25	92,6
Amapá	20	90,9	23	100,0	22	91,7	22	95,7	-	-	-	-	-	-
Tocantins	178	97,3	190	100,0	195	100,0	195	100,0	49	100,0	-	-	50	98,0
Maranhão	146	68,9	159	71,3	192	87,3	232	98,7	-	-	-	-	-	-
Piauí	323	79,6	353	88,0	357	88,4	420	99,5	8	66,7	-	-	11	91,7
Ceará	1.042	99,5	1.129	100,0	1.123	98,9	1.150	99,7	365	98,6	11	100,0	361	98,1
Rio Grande do Norte	371	96,9	378	97,2	398	99,3	407	99,8	137	89,5	1	100,0	151	98,1
Paraná	506	96,7	532	98,3	540	99,1	548	98,7	149	94,3	0	0,0	137	89,5
Pernambuco	986	92,8	1.011	92,8	1.047	94,5	1.074	97,5	199	90,5	16	100,0	192	89,7
Alagoas	397	91,7	400	93,0	439	91,8	478	98,2	30	85,7	2	100,0	29	82,9
Sergipe	264	97,1	269	98,5	271	98,2	286	99,3	48	92,3	-	-	44	89,8
Bahia	586	94,8	592	96,7	614	95,5	653	100,0	99	71,2	1	100,0	117	90,0
Minas Gerais	1.598	97,7	1.628	99,1	1.725	99,0	1.780	99,6	120	96,8	33	100,0	124	98,4
Espírito Santo	285	99,7	279	99,3	294	99,3	303	100,0	76	96,2	-	-	68	93,2
Rio de Janeiro	645	96,3	665	96,8	691	97,5	706	99,2	21	100,0	4	100,0	20	95,2
São Paulo	930	95,6	958	97,1	991	97,1	1.027	98,5	79	69,9	19	100,0	110	97,3
Paraná	601	77,4	717	92,8	773	95,1	819	99,0	114	82,6	84	96,6	126	94,7
Santa Catarina	672	95,9	681	98,7	714	97,9	718	98,6	159	83,2	1	100,0	168	94,9
Rio Grande do Sul	335	91,5	362	98,4	366	96,6	379	100,0	54	94,7	4	100,0	48	98,0
Mato Grosso do Sul	155	98,7	151	98,7	160	96,4	161	100,0	60	90,9	9	100,0	62	93,9
Mato Grosso	278	90,8	288	97,0	307	96,8	323	100,0	64	81,0	2	66,7	74	92,5
Goiás	610	96,8	617	99,5	631	97,7	667	99,3	236	90,1	46	92,0	240	94,5
Distrito Federal	49	100,0	55	100,0	55	100,0	55	100,0	34	100,0	33	100,0	34	100,0
<b>Brasil</b>	<b>11.630</b>	<b>93,4</b>	<b>12.121</b>	<b>96,1</b>	<b>12.598</b>	<b>96,4</b>	<b>13.185</b>	<b>99,0</b>	<b>2.159</b>	<b>88,2</b>	<b>242</b>	<b>96,8</b>	<b>2.241</b>	<b>94,0</b>

**TABELA 30 – Número e percentual de equipes de saúde segundo profissional que cumprem carga horária de 40 horas semanais, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Carga Horária Cumprida - 40 horas semanais													
	Médico		Enfermeiro		Auxiliar de Enfermagem		Agente Comunitário de Saúde		Cirurgião-dentista		Técnico de Higiene Dental		Auxiliar de Consultório	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	21	25,9	33	44,0	50	64,1	73	86,9	4	20,0	8	47,1	3	75,0
Acre	32	71,1	36	58,1	43	65,2	66	97,1	9	52,9	14	77,8	3	100,0
Amazonas	91	36,3	113	44,3	184	76,7	240	90,9	5	16,7	12	42,9	-	-
Roraima	8	12,9	42	68,9	50	86,2	59	96,7	-	-	-	-	-	-
Pará	117	39,1	190	62,9	247	76,5	303	93,8	13	50,0	16	61,5	-	-
Amapá	16	72,7	23	100,0	22	91,7	23	95,8	-	-	-	-	-	-
Tocantins	124	69,7	163	87,6	184	95,3	196	100,0	37	75,5	48	96,0	-	-
Maranhão	44	20,6	70	30,8	149	66,5	227	97,8	-	-	-	-	-	-
Piauí	167	40,7	252	62,5	316	78,2	414	98,8	6	50,0	11	91,7	-	-
Ceará	622	60,2	1.016	91,3	1.096	97,1	1.146	99,5	327	89,6	343	94,0	10	90,9
Rio Grande do Norte	161	41,7	197	50,5	297	74,4	347	85,3	74	48,7	103	66,5	1	100,0
Paraíba	279	53,7	361	66,6	442	81,4	514	92,9	101	64,3	107	69,5	-	-
Pernambuco	654	61,6	755	70,2	925	84,1	1.050	95,8	159	72,6	174	81,7	16	100,0
Alagoas	188	45,3	240	57,1	366	77,4	423	88,1	18	50,0	25	69,4	2	100,0
Sergipe	108	40,4	142	51,8	170	61,4	265	93,3	17	32,7	26	52,0	-	-
Bahia	315	51,5	422	69,4	495	77,0	602	92,3	61	43,9	93	72,1	-	-
Minas Gerais	1.199	73,5	1.425	87,3	1.618	93,2	1.732	97,1	108	87,1	119	94,4	30	90,9
Espírito Santo	208	72,7	237	84,9	270	91,5	299	99,3	57	71,3	60	82,2	-	-
Rio de Janeiro	559	83,7	626	91,0	688	96,9	706	99,0	20	95,2	20	95,2	4	100,0
São Paulo	691	71,8	878	89,9	945	92,7	1.015	97,5	67	60,9	102	91,1	17	89,5
Paraná	361	47,2	630	81,4	730	90,6	789	94,9	116	84,7	125	93,3	83	95,4
Santa Catarina	389	55,5	584	85,1	637	87,9	686	94,8	120	63,2	156	89,1	1	100,0
Rio Grande do Sul	298	81,9	347	94,6	358	94,5	371	97,9	48	84,2	46	93,9	4	100,0
Mato Grosso do Sul	88	56,1	133	86,9	152	92,7	157	97,5	40	60,6	53	81,5	9	100,0
Mato Grosso	215	70,3	276	92,9	302	94,7	322	99,7	55	69,6	70	87,5	2	66,7
Goiás	387	61,7	519	83,7	581	90,4	641	96,0	165	63,5	204	81,0	40	80,0
Distrito Federal	42	87,5	55	100,0	55	100,0	54	98,2	34	100,0	34	100,0	33	100,0
<b>Brasil</b>	<b>7.384</b>	<b>59,7</b>	<b>9.765</b>	<b>77,8</b>	<b>11.372</b>	<b>87,3</b>	<b>12.720</b>	<b>95,8</b>	<b>1.661</b>	<b>68,3</b>	<b>1.969</b>	<b>82,9</b>	<b>225</b>	<b>90,8</b>

### 2.3.4 Modalidade de vínculo contratual dos profissionais de saúde

As modalidades de contratação de médicos corresponderam, em 34,3% das equipes de saúde da família, a contratos temporários e em 15,5% de prestação de serviços. Somando-se esta última modalidade com outras formas de contratação que podem ser classificadas como as mais precárias (bolsa, contrato informal e contrato verbal), foi alcançado um valor de 18,1% das equipes pesquisadas. Formas de contratação estáveis (estatutário e CLT) corresponderam, para o país, respectivamente a 12,2% e 13,2%, perfazendo um total de 25,4% nestas duas modalidades (Tabela 31).

A situação dos enfermeiros mostrou-se muito semelhante. Em 33,6% das equipes, este profissional tinha contrato temporário e em 14% sua contratação era por prestação de serviço, que juntamente com outras formas de contratação informal somavam quase 25,7% das equipes com profissionais em relações precárias de trabalho. Quanto à contratação em regime de CLT (13,4%) e de estatutários (15,2%), o somatório foi de 28,6% das equipes (Tabela 32).

Entre os auxiliares de enfermagem foram mais freqüentes vínculos mais estáveis de trabalho, o que demonstrou o percentual de 45,9% das equipes com este profissional como celetista ou estatutário. Do total das equipes, 27,0% tinham auxiliares com contrato temporário e 18,6% das equipes com contratos precários de trabalho (Tabela 33).

A contratação dos agentes comunitários, em 30,2% das equipes, foi por contrato temporário, 29,7% por prestação de serviços ou formas de contratação informais e 23,5% por meio da CLT (Tabela 34).

Do total das equipes, 32,9% tinham cirurgiões-dentistas contratados temporariamente, 29,2% contavam com profissionais contratados por modalidades precárias ou informais de vínculo trabalhista e 28,8% por meio da CLT ou como estatutário (Tabela 35).

A maioria dos técnicos de higiene dental apresentava vínculos formais e estáveis, com 66,5% das equipes contando com este profissional como estatutário ou em regime de CLT. Quanto às demais equipes, em 22,9%, os técnicos tinham contratos temporários. Estes resultados devem ser observados cautelosamente dado o pequeno número destes profissionais na pesquisa (Tabela 36).

Os auxiliares de consultório dentário, em 45% das equipes, foram contratados mediante a CLT ou eram estatutários, em 28% tinham contrato temporário e 19,1% contratados por meio de prestação de serviços ou contratos informais (Tabela 37).

Analisando o quadro da vinculação trabalhista dos profissionais de saúde das equipes por estado e região, demonstrou-se que a agregação geográfica permite identificar alguns padrões de contratação, especialmente, nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

No Estado de São Paulo, a maioria dos profissionais contratados era estatutária ou em regime de CLT. Os percentuais de equipes com profissionais nestas modalidades, em conjunto, foram de 70,0% para médicos, 73,5% para enfermeiros, 78,3% para auxiliares de enfermagem, 69,1% para agentes comunitários de saúde, 81,8% para cirurgiões-dentistas, 100% para técnicos de higiene dental e 85,6% para auxiliares de consultório dentário (Tabelas 31 a 37).

Nos demais estados da Região Sudeste predominou a modalidade do contrato temporário. Os percentuais de equipes com profissionais com esta modalidade variaram, entre os estados, de 39,1% a 55,4% para os médicos; 37,8% a 48,4% para enfermeiros; 43,5% a 50,7% para auxiliares de enfermagem; e 38,8% a 53,2% para agentes comunitários de saúde. Para o cirurgião-dentista e o auxiliar de consultório dentário, as modalidades de contratação mais freqüentes foram o contrato temporário (Minas Gerais e Espírito Santo) e o contrato via cooperativa (Rio de Janeiro). E, quanto aos técnicos de higiene dental, predominou a contratação por regime estatutário ou CLT (39,0% das equipes em Minas Gerais e 75,0% no Rio de Janeiro) (Tabelas 31 a 37).

Nos estados da Região Sul, a forma de contratação mais comum dos profissionais de saúde foram os contratos em regime de CLT e estatutário. Mais de 40% das equipes tinham médicos (40,5% a 53,3%), enfermeiros (45,3% a 65,9%), auxiliares de enfermagem (58,6% a 78,7%), cirurgiões-dentistas (45,5% a 67,4%), técnicos

em higiene dental (78,2% a 100,0%) e auxiliares de consultório dentário (61,1% a 67,3%) com estas modalidades de contratação consideradas conjuntamente. Quanto aos agentes comunitários, apenas o Estado de Santa Catarina (35,5%) exibiu percentual de equipes inferior a 40%, mas os demais estados apresentaram valores superiores a 55% das equipes com agentes contratados naquelas modalidades (Tabelas 30 a 36).

No Distrito Federal, em 100% das equipes de saúde, todos os profissionais eram contratados em regime de CLT. Nos demais estados da Região Centro-Oeste, para médicos e enfermeiros a modalidade mais comum foi o contrato temporário, sendo os percentuais de equipe com este tipo de contrato, respectivamente de 36,9% para médicos e 37,7% para enfermeiros para Mato Grosso do Sul; 41,0% e 41,9% para Mato Grosso e 52,1% e 47,9% para Goiás. Entre os agentes comunitários de saúde, as formas mais frequentes de contratação foram o contrato temporário (46,1% em Mato Grosso e 43,8% em Goiás) e cargo comissionado (52,2% em Mato Grosso do Sul) (Tabelas 31 a 37).

Ainda na Região Centro-Oeste, os auxiliares de enfermagem e os profissionais de saúde bucal foram contratados, principalmente como estatutários ou contrato temporário. Quanto aos auxiliares de enfermagem, os percentuais de equipes foram, respectivamente, de 51,2% e 53,8% com auxiliares como estatutários (Mato Grosso do Sul e Mato Grosso) e 44,4% com contrato temporário (Goiás). Para os cirurgiões-dentistas, os percentuais foram, respectivamente, de 51,6% das equipes com o profissional como estatutário (Mato Grosso do Sul) e 43,0% e 56,8% com contrato temporário (Mato Grosso e Goiás). Para os técnicos de higiene dental, foram, respectivamente, de 66,7% e 42,0% como estatutários (Mato Grosso e Goiás) e 44,4% com contrato temporário (Mato Grosso do Sul). E para os auxiliares de consultório dentário, em 63,1% e 42,5% das equipes estes profissionais eram contratados como estatutários (Mato Grosso do Sul e Mato Grosso) e 46,1% com contrato temporário (Goiás) (Tabelas 31 a 37).

Nas Regiões Norte e Nordeste, não se observou claros padrões regionais de contratação dos profissionais, merecendo destaque a descrição da predominância dos tipos de vínculo trabalhista em alguns estados.

Na Região Norte, em Rondônia, predominaram formas estáveis de contratação (estatutário e CLT), correspondendo a 55,7% das equipes para os médicos, 74,4% para os enfermeiros, 86,1% para os auxiliares de enfermagem, 70,0% para cirurgiões-dentistas, 100,0% para técnicos de higiene dental e 76,5% para auxiliar de consultório dentário. Em 100% das equipes do Amapá, os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários eram contratados informalmente. Em Roraima, elevados percentuais de contratação informal também foram observados para médicos (93,5%), enfermeiros (91,8%) e auxiliares de enfermagem (89,7%), chamando atenção que o vínculo da maioria dos agentes comunitários de saúde foi de celetista (72,6%). Estes dois estados não dispunham de equipes de saúde bucal (Tabelas 31 a 37).

Na Região Nordeste, nos Estados de Pernambuco, Maranhão e Paraíba, observaram-se maiores percentuais das equipes com os profissionais com contratação temporária. No Piauí, a modalidade de prestação de serviço foi a mais utilizada, correspondendo a quase 70% das equipes no caso dos médicos e enfermeiros, em torno de 60% para auxiliares de enfermagem, 64,5% para agentes comunitários de saúde e 50,0% para cirurgiões-dentistas. Em Alagoas, chamou atenção os elevados percentuais de contratação em modalidades não classificadas pela pesquisa, cuja tipologia previu os tipos de vínculo trabalhista mais frequentes (Tabelas 30 a 36).

**TABELA 31 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos médicos, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Tipo de vínculo contratual									
		Estatutário	CLT	Contrato temporário	Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal
Rondônia	79	46,8	8,9	20,3	1,3	-	12,7	-	7,6	1,3	1,3
Acre	45	-	-	42,2	-	6,7	-	-	48,9	-	2,2
Amazonas	248	7,3	2,4	63,3	1,6	-	6,9	-	16,5	-	2,0
Roraima	62	-	-	-	-	-	-	-	93,5	-	6,5
Pará	296	4,4	20,6	29,7	2,4	-	8,8	-	23,3	3,0	7,8
Amapá	22	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-
Tocantins	178	34,3	-	52,8	1,1	-	8,4	-	3,4	-	-
Maranhão	200	1,5	1,0	49,0	2,5	0,5	13,5	-	16,5	15,5	-
Piauí	411	3,2	0,5	11,2	11,2	-	69,1	0,2	4,4	0,2	-
Ceará	1.038	4,2	1,4	25,4	10,9	0,2	26,2	16,1	12,4	1,4	1,6
Rio Grande do Norte	382	19,4	0,5	21,7	3,9	0,3	12,8	-	36,4	1,3	3,7
Paraíba	521	6,1	5,4	43,6	1,5	0,2	17,5	-	23,0	2,7	-
Pernambuco	1.055	4,7	6,5	54,8	0,6	-	5,6	6,7	15,8	1,6	3,6
Alagoas	424	13,9	1,7	6,8	1,2	-	11,8	-	-	64,6	-
Sergipe	269	6,3	0,4	37,5	1,1	-	33,1	17,5	-	4,1	-
Bahia	613	5,4	6,4	27,9	6,0	-	26,1	2,8	15,2	1,6	8,6
Minas Gerais	1.630	15,2	9,4	39,1	6,3	0,1	8,8	1,8	14,9	2,1	2,2
Espírito Santo	285	6,7	15,1	55,4	4,2	4,6	2,8	9,8	-	-	1,4
Rio de Janeiro	668	14,1	16,9	47,5	2,2	-	8,2	8,4	1,0	0,1	1,5
São Paulo	946	10,6	60,5	18,0	2,0	-	3,7	0,2	1,5	3,6	-
Paraná	745	35,0	18,3	20,0	4,7	0,1	11,0	0,3	6,2	4,4	-
Santa Catarina	688	23,1	17,4	35,3	3,2	-	12,4	2,3	2,2	2,2	1,9
Rio Grande do Sul	365	15,1	37,8	20,8	3,0	-	13,7	5,2	1,4	2,7	0,3
Mato Grosso do Sul	157	35,0	3,2	36,9	11,5	-	8,9	-	0,6	-	3,8
Mato Grosso	305	16,1	6,2	41,0	7,2	-	18,4	-	7,9	0,3	3,0
Goiás	578	1,0	4,8	52,1	0,3	0,3	39,1	-	0,7	1,6	-
Distrito Federal	49	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>12.259</b>	<b>12,2</b>	<b>13,2</b>	<b>34,3</b>	<b>4,2</b>	<b>0,2</b>	<b>15,5</b>	<b>3,7</b>	<b>10,5</b>	<b>4,3</b>	<b>1,9</b>

**TABELA 32 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos enfermeiros, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	N.º total	Tipo de vínculo contratual									
		Estatutário	CLT	Contrato temporário	Cargo Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal
Rondônia	74	64,9	9,5	10,8	-	-	10,8	-	2,7	1,4	-
Acre	62	14,5	1,6	41,9	-	4,8	-	8,1	29,0	-	-
Amazonas	253	7,1	2,0	67,2	1,2	-	7,1	-	11,9	0,4	3,2
Roraima	61	-	-	1,6	-	-	-	-	91,8	-	6,6
Pará	303	8,3	20,8	26,4	2,3	-	7,9	-	24,4	3,0	6,9
Amapá	24	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-
Tocantins	187	37,4	-	48,1	1,6	-	8,0	-	4,3	-	0,5
Maranhão	213	1,4	0,5	50,7	1,4	-	14,6	-	16,0	15,5	-
Piauí	404	2,7	0,2	11,4	13,1	-	69,1	-	3,5	-	-
Ceará	1.129	9,4	1,9	24,2	8,9	-	25,5	15,5	11,4	1,8	1,4
Rio Grande do Norte	387	25,1	0,8	20,9	4,4	0,3	9,6	-	31,8	1,8	5,4
Paraíba	541	7,8	4,6	44,4	1,3	-	17,0	-	22,7	2,2	-
Pernambuco	1.074	4,6	6,3	54,7	0,7	-	4,9	7,6	16,0	1,4	3,7
Alagoas	423	18,9	1,7	7,3	0,9	-	10,9	-	-	60,3	-
Sergipe	273	13,2	0,7	37,7	1,5	-	29,3	14,3	-	3,3	-
Bahia	609	9,0	5,6	28,6	6,6	-	24,3	2,6	14,0	1,8	7,6
Minas Gerais	1.634	21,4	7,0	37,8	6,6	0,1	8,4	1,2	14,6	1,7	1,2
Espírito Santo	280	8,6	17,1	49,6	4,6	4,6	2,9	11,1	-	-	1,4
Rio de Janeiro	684	12,1	15,5	48,4	2,2	-	9,1	9,4	2,0	-	1,3
São Paulo	973	11,6	61,9	17,4	2,8	-	2,3	0,3	1,0	2,8	-
Paraná	750	38,0	18,7	18,5	6,5	-	9,1	0,3	4,8	4,1	-
Santa Catarina	686	27,7	17,6	36,2	4,4	-	6,4	2,6	1,9	2,2	1,0
Rio Grande do Sul	366	24,6	41,3	19,1	4,1	-	4,6	4,1	0,5	1,6	-
Mato Grosso do Sul	151	27,8	1,3	37,7	15,9	-	11,3	-	0,7	0,7	4,6
Mato Grosso	296	20,6	6,1	41,9	9,1	-	11,5	0,3	7,4	0,7	2,4
Goiás	601	2,0	12,1	47,9	0,3	0,3	35,9	-	0,3	1,0	-
Distrito Federal	54	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>12.492</b>	<b>15,2</b>	<b>13,4</b>	<b>33,6</b>	<b>4,5</b>	<b>0,2</b>	<b>14,0</b>	<b>3,8</b>	<b>9,8</b>	<b>3,9</b>	<b>1,7</b>

**TABELA 33 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos auxiliares de enfermagem, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Tipo de vínculo contratual												
		Estatutário	CLT	Contrato temporário	Cargo Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal			
Rondônia	79	70,9	15,2	10,1	1,3	-	1,3	-	-	1,3	-	-	-	-
Acre	66	18,2	-	36,4	-	-	-	-	-	7,6	4,5	33,3	-	-
Amazonas	238	22,3	1,7	48,7	1,3	-	7,6	-	-	16,4	-	16,4	-	2,1
Roraima	58	-	-	1,7	-	-	-	-	-	-	-	89,7	-	8,6
Pará	324	23,8	20,1	22,8	2,2	-	3,7	-	-	21,3	1,5	100,0	-	4,6
Amapá	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tocantins	194	45,9	-	38,7	0,5	-	6,7	-	-	6,2	0,5	-	-	1,5
Maranhão	211	26,5	0,5	35,1	0,9	0,5	14,2	-	-	10,9	11,4	-	-	-
Piauí	406	21,9	3,9	7,6	1,2	-	60,3	-	-	4,9	-	-	-	-
Ceará	1.127	43,6	6,6	20,1	0,3	0,1	12,1	-	10,5	4,7	1,4	4,7	-	0,7
Rio Grande do Norte	399	35,3	3,3	19,0	4,5	-	7,8	-	-	25,8	0,5	-	-	3,8
Paraíba	547	22,5	8,0	34,6	0,7	0,5	12,8	-	0,2	17,0	3,7	-	-	-
Pernambuco	1.102	13,5	6,4	48,9	1,1	0,1	4,0	-	7,1	14,2	1,5	-	-	3,3
Alagoas	464	37,7	2,4	6,7	-	-	7,1	-	-	-	46,1	-	-	-
Sergipe	270	14,8	0,4	34,1	2,2	-	31,1	-	13,7	-	3,7	-	-	-
Bahia	643	40,6	7,9	20,2	2,5	0,2	11,2	-	3,3	8,7	0,9	-	-	4,5
Minas Gerais	1.735	36,0	9,2	29,7	3,8	-	4,3	-	1,0	14,2	1,0	-	-	0,7
Espírito Santo	296	19,3	16,6	50,7	2,7	4,4	2,4	-	3,4	-	0,3	-	-	0,3
Rio de Janeiro	706	24,2	14,3	43,5	2,3	-	5,4	-	8,2	0,8	-	-	-	1,3
São Paulo	1.014	19,2	59,1	14,6	2,1	0,1	1,2	-	0,4	0,4	3,0	-	-	-
Paraná	795	62,9	15,8	7,2	3,5	0,1	3,8	-	-	2,1	4,5	-	-	-
Santa Catarina	725	42,6	16,0	27,7	4,3	0,3	2,8	-	1,8	2,9	1,4	-	-	0,3
Rio Grande do Sul	379	44,1	34,0	12,4	1,8	-	2,1	-	2,9	0,8	1,8	-	-	-
Mato Grosso do Sul	164	51,2	3,7	27,4	12,8	-	3,7	-	-	0,6	-	-	-	0,6
Mato Grosso	318	53,8	5,0	20,8	5,3	-	8,2	-	-	6,0	0,3	-	-	0,6
Goiás	631	11,9	10,8	44,4	1,3	-	30,7	-	-	-	1,0	-	-	-
Distrito Federal	54	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>12.969</b>	<b>32,1</b>	<b>13,8</b>	<b>27,0</b>	<b>2,3</b>	<b>0,2</b>	<b>9,3</b>	<b>2,9</b>	<b>8,0</b>	<b>3,3</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>



**TABELA 34 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos agentes comunitários de saúde, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Tipo de vínculo contratual									
		Estatutário	CLT	Contrato temporário	Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal
Rondônia	84	22,6	17,9	29,8	3,6	-	13,1	-	10,7	-	2,4
Acre	68	1,5	-	29,4	-	19,1	7,4	11,8	30,9	-	-
Amazonas	263	-	3,4	59,3	2,7	0,8	4,9	-	23,6	-	5,3
Roraima	62	-	72,6	3,2	-	-	-	-	22,6	-	1,6
Pará	322	0,9	23,0	25,5	2,2	5,0	5,9	-	30,7	1,9	5,0
Amapá	24	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-
Tocantins	196	6,1	3,1	67,9	3,6	-	10,7	-	7,1	-	1,5
Maranhão	229	-	8,7	3,5	2,6	55,5	8,3	0,4	14,0	7,0	-
Piauí	422	0,2	16,6	1,7	-	13,3	64,5	-	3,8	-	-
Ceará	1.155	5,1	42,0	11,8	0,1	4,6	9,1	2,3	15,9	5,3	3,8
Rio Grande do Norte	405	3,0	1,5	23,2	0,5	16,8	11,9	-	37,3	-	5,9
Paraíba	553	0,4	0,2	3,1	0,2	47,9	16,1	-	21,7	10,5	-
Pernambuco	1.098	1,6	8,5	47,4	6,7	2,9	6,2	9,2	10,8	4,5	2,2
Alagoas	481	13,3	2,1	7,3	0,8	6,9	12,7	-	-	57,0	-
Sergipe	286	1,0	1,0	38,1	5,6	-	30,4	22,4	-	1,4	-
Bahia	649	1,5	8,5	28,7	2,6	6,3	20,5	2,9	14,2	3,7	11,1
Minas Gerais	1.774	8,6	20,1	38,8	5,7	0,1	3,6	1,1	18,9	2,0	1,1
Espírito Santo	302	0,3	32,8	49,0	3,6	4,3	0,7	6,3	-	3,0	-
Rio de Janeiro	713	2,2	18,4	53,2	1,7	-	6,9	10,8	5,2	0,3	1,4
São Paulo	1.034	6,0	63,1	19,0	2,2	0,6	4,1	0,2	0,7	4,3	-
Paraná	779	11,7	44,3	23,7	3,7	0,3	5,9	0,3	1,8	8,3	-
Santa Catarina	720	3,1	32,4	37,8	3,8	0,1	6,0	10,1	3,2	2,5	1,1
Rio Grande do Sul	378	2,1	53,7	25,1	1,9	-	3,7	9,3	1,3	2,9	-
Mato Grosso do Sul	157	1,3	0,6	33,1	52,2	-	12,1	-	-	-	0,6
Mato Grosso	323	5,0	8,0	46,1	7,1	0,6	18,6	0,3	8,7	0,6	5,0
Goiás	666	0,5	13,2	43,8	4,2	-	37,1	-	0,2	1,1	-
Distrito Federal	55	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>13.198</b>	<b>4,4</b>	<b>23,3</b>	<b>30,2</b>	<b>3,7</b>	<b>5,5</b>	<b>11,6</b>	<b>3,4</b>	<b>10,7</b>	<b>5,2</b>	<b>1,9</b>

**TABELA 35 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos cirurgiões-dentistas, por unidade da federação, Brasil 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Tipo de vínculo contratual										
		Estatutário	CLT	Contrato Temporário	Contrato Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal	
Rondônia	20	55,0	15,0	10,0	-	-	15,0	-	-	5,0	-	-
Acre	18	16,7	5,6	44,4	-	-	11,1	-	22,2	-	-	-
Amazonas	30	6,7	3,3	26,7	3,3	-	10,0	-	36,7	-	13,3	-
Pará	27	18,5	-	48,1	-	-	3,7	-	7,4	7,4	14,8	-
Tocantins	49	26,5	-	53,1	4,1	-	10,2	-	2,0	2,0	2,0	-
Piauí	12	8,3	-	41,7	-	-	50,0	-	-	-	-	-
Ceará	369	12,2	1,6	25,7	7,6	2,4	27,9	8,7	11,9	1,4	0,5	-
Rio Grande do Norte	152	27,6	3,3	20,4	2,6	-	15,1	-	27,0	-	3,9	-
Paraíba	158	12,7	1,9	46,2	-	-	15,2	-	22,2	1,9	-	-
Pernambuco	214	15,0	4,2	44,9	-	-	4,7	2,3	21,0	1,4	6,5	-
Alagoas	33	12,1	3,0	6,1	-	-	15,2	-	-	63,6	-	-
Sergipe	53	28,3	1,9	15,1	-	-	22,6	32,1	-	-	-	-
Bahia	139	12,9	12,2	30,2	-	-	25,2	1,4	7,2	2,9	7,9	-
Minas Gerais	121	14,9	3,3	31,4	19,0	-	13,2	-	13,2	1,7	3,3	-
Espírito Santo	79	10,1	12,7	45,6	-	10,1	3,8	10,1	-	1,3	6,3	-
Rio de Janeiro	21	14,3	9,5	14,3	-	-	23,8	38,1	-	-	-	-
São Paulo	110	19,1	62,7	4,5	0,9	-	0,9	-	0,9	10,9	-	-
Paraná	135	54,8	12,6	26,7	5,9	-	-	-	-	-	-	-
Santa Catarina	187	33,2	12,3	33,2	0,5	-	12,3	2,7	3,2	1,1	1,6	-
Rio Grande do Sul	57	35,1	26,3	22,8	1,8	1,8	7,0	3,5	1,8	-	-	-
Mato Grosso do Sul	64	51,6	1,6	18,8	12,5	-	14,1	-	-	-	1,6	-
Mato Grosso	79	27,8	1,3	43,0	-	-	16,5	-	7,6	-	3,8	-
Goiás	264	0,4	1,1	56,8	1,5	-	39,4	-	0,4	0,4	-	-
Distrito Federal	34	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>2.425</b>	<b>19,5</b>	<b>9,3</b>	<b>32,9</b>	<b>3,3</b>	<b>0,7</b>	<b>16,9</b>	<b>3,3</b>	<b>9,2</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>

**TABELA 36 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos técnicos de higiene dental, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Tipo de vínculo contratual								
		Estatutário	CLT	Contrato Temporário	Cargo Comissionado	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal
Rondônia	4	75,0	25,0	-	-	-	-	-	-	-
Acre	3	-	33,3	33,3	-	-	33,3	-	-	-
Pará	2	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0
Ceará	11	81,8	-	9,1	-	-	9,1	-	-	-
Rio Grande do Norte	1	-	-	100,0	-	-	-	-	-	-
Paraíba	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Pernambuco	16	6,3	25,0	68,8	-	-	-	-	-	-
Alagoas	2	50,0	-	-	-	-	-	-	50,0	-
Bahia	1	-	-	-	-	100,0	-	-	-	-
Minas Gerais	33	36,4	3,0	36,4	-	3,0	-	18,2	-	3,0
Rio de Janeiro	4	50,0	25,0	-	-	25,0	-	-	-	-
São Paulo	19	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Paraná	87	71,3	6,9	20,7	1,1	-	-	-	-	-
Santa Catarina	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	4	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Matro Grosso do Sul	9	33,3	-	44,4	-	22,2	-	-	-	-
Matro Grosso	3	66,7	-	33,3	-	-	-	-	-	-
Goiás	50	42,0	2,0	32,0	2,0	18,0	-	2,0	2,0	-
Distrito Federal	33	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>284</b>	<b>41,5</b>	<b>25,0</b>	<b>22,9</b>	<b>0,7</b>	<b>4,9</b>	<b>0,7</b>	<b>2,5</b>	<b>0,7</b>	<b>1,1</b>

**TABELA 37 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos auxiliares de consultório dentário, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Tipo de vínculo contratual										
		Estatutário	CLT	Contrato Temporário	Contrato Comissionado	Cargo	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal
Rondônia	17	47,1	29,4	17,6	-	-	-	-	-	5,9	-	-
Acre	18	16,7	5,6	44,4	-	-	-	-	5,6	27,8	-	-
Amazonas	28	3,6	-	42,9	3,6	-	10,7	-	-	39,3	-	-
Pará	26	34,6	-	30,8	-	-	3,8	-	-	11,5	7,7	11,5
Tocantins	51	39,2	-	41,2	2,0	-	5,9	-	-	7,8	2,0	2,0
Piauí	12	25,0	16,7	33,3	-	-	25,0	-	-	-	-	-
Ceará	364	49,2	7,7	14,0	-	0,3	11,5	8,8	-	6,0	1,9	0,5
Rio Grande do Norte	153	38,6	4,6	14,4	2,6	-	9,8	-	-	23,5	1,3	5,2
Paraíba	155	32,3	3,2	34,2	0,6	-	11,0	-	-	15,5	3,2	-
Pernambuco	212	16,5	7,1	45,8	0,9	-	4,2	1,9	-	16,5	1,9	5,2
Alagoas	32	21,9	12,5	9,4	-	-	6,3	-	-	-	50,0	-
Sergipe	50	38,0	2,0	10,0	2,0	-	20,0	28,0	-	-	-	-
Bahia	129	33,3	7,0	28,7	0,8	-	16,3	1,6	-	5,4	2,3	4,7
Minas Gerais	124	21,8	2,4	38,7	19,4	-	3,2	-	-	11,3	0,8	2,4
Espírito Santo	73	13,7	15,1	47,9	2,7	9,6	-	9,6	-	-	-	1,4
Rio de Janeiro	21	4,8	14,3	19,0	-	-	28,6	33,3	-	-	-	-
São Paulo	111	25,2	60,4	8,1	-	-	1,8	-	-	-	4,5	-
Paraná	135	57,8	10,4	25,9	5,9	-	-	-	-	-	-	-
Santa Catarina	170	47,6	13,5	24,1	2,4	1,8	2,9	1,8	-	4,1	-	1,8
Rio Grande do Sul	49	40,8	26,5	22,4	4,1	-	2,0	2,0	-	2,0	-	-
Matro Grosso do Sul	65	63,1	3,1	15,4	10,8	-	7,7	-	-	-	-	-
Matro Grosso	80	42,5	3,8	35,0	-	-	12,5	-	-	2,5	-	3,8
Goiás	256	18,8	3,5	46,1	3,9	-	27,0	-	-	0,4	0,4	-
Distrito Federal	34	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>2.365</b>	<b>34,0</b>	<b>11,0</b>	<b>28,0</b>	<b>2,9</b>	<b>0,5</b>	<b>9,6</b>	<b>3,0</b>	<b>7,3</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>1,7</b>

### 2.3.5 Faixa salarial dos profissionais de saúde

O salário dos profissionais das equipes foi investigado apenas na segunda etapa do monitoramento, que se restringiu às 18 unidades federadas visitadas durante o ano de 2002. O resultado permitiu obter um panorama geral dos salários brutos pagos às equipes de saúde da família.

Do total de equipes pesquisadas, em 78,3%, os médicos recebiam entre R\$ 2.501,00 e R\$ 6.000,00; em 70,0%, os enfermeiros recebiam entre R\$ 1.500,00 e R\$ 3.000,00 e em 69,7%, os cirurgiões-dentistas recebiam entre R\$ 1.500,00 e R\$ 3.500,00. Em relação aos salários dos profissionais de nível médio e agentes, em 89,7% das equipes, os auxiliares de enfermagem recebiam até R\$ 700,00; em 61,3%, os técnicos de higiene dental recebiam até R\$ 800,00; em 85,3%, os auxiliares de consultório dentário recebiam até R\$400,00, e, em 77,6% das equipes, os agentes comunitários recebiam até R\$250,00 (Tabelas 38, 39 e 42).

Em relação aos salários dos médicos, a Região Norte foi a que apresentou maior número de estados com percentuais de equipe superiores a 55%, em que os médicos recebiam pelo menos R\$ 4.000,00. Destacam-se os Estados de Rondônia (57,7%), Amazonas (74,5%), Roraima (72,6%) e Tocantins (69,2%) no Norte; Ceará (64,8%) no Nordeste; e Mato Grosso (87,4%) no Centro-Oeste (Tabela 38).

Também para os enfermeiros, na Região Norte, foi maior o número de estados que remuneravam melhor estes profissionais. Percentuais de equipes superiores a 55%, em que os enfermeiros recebiam R\$ 2.000,00 ou mais, foram observados nos Estados de Rondônia (57,5%), Acre (61,4%), Amazonas (70,9%), Roraima (78,7%) e Tocantins (78,6%) no Norte; Espírito Santo (63,9%) no Sudeste; e Mato Grosso (73,0%) e o Distrito Federal (87,3%) no Centro-Oeste (Tabela 39).

Em todas as unidades federadas, com exceção do Distrito Federal e Amazonas, os percentuais de equipes em que o auxiliar de enfermagem recebia até R\$ 700,0 foram superiores a 75% (Tabela 40).

No caso dos agentes comunitários de saúde, em 14 unidades federadas, os percentuais de equipes em que estes profissionais recebiam até R\$ 250,00 eram superiores a 70%, situação apenas não observada no Amazonas, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal (Tabela 41).

Em Rondônia (76,5%), Tocantins (79,6%), Espírito Santo (65,4%), Rio de Janeiro (76,2%) e no Distrito federal (100,0), foram observados percentuais de equipes superiores a 65%, em que os cirurgiões-dentistas tinham salários iguais ou superiores a R\$ 2.500,00 (Tabela 42).

O pequeno número de técnicos de higiene dental compromete a análise desagregada por estado. Quanto aos auxiliares de consultório dentário, Rio de Janeiro (81,0%), Rio Grande do Sul (75,5%) e o Distrito Federal (97,1%) foram as unidades federadas que apresentaram maiores percentuais de equipes em que este profissional recebia pelo menos R\$ 300,00 (Tabelas 43 e 44).

**TABELA 38 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos médicos, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Salário Bruto (em Reais)				
		Médicos				
		≤ 2500	2501 - 3500	3501 - 4000	4000 - 6000	> 6000
Rondônia	78	14,1	14,1	14,1	35,9	21,8
Acre	39	35,9	46,2	0,0	17,9	0,0
Amazonas	243	12,3	7,4	5,8	66,3	8,2
Roraima	62	24,2	1,6	1,6	72,6	0,0
Pará	291	31,3	36,4	7,9	15,1	9,3
Tocantins	175	4,0	18,9	8,0	58,3	10,9
Ceará	1.042	0,5	8,1	26,7	57,8	7,0
Rio Grande do Norte	377	15,4	33,4	21,0	25,5	4,8
Pernambuco	1.058	10,1	43,7	35,7	10,3	0,2
Bahia	608	1,3	13,0	39,0	43,6	3,1
Minas Gerais	1.597	7,4	29,2	20,9	39,4	3,1
Espírito Santo	285	1,4	22,1	34,0	42,5	0,0
Rio de Janeiro	670	13,9	62,4	18,8	4,9	0,0
Santa Catarina	681	6,2	48,5	26,3	16,3	2,8
Rio Grande do Sul	366	3,3	21,3	27,3	44,3	3,8
Mato Grosso do Sul	156	1,9	33,3	14,1	37,2	13,5
Mato Grosso	301	3,7	5,0	4,0	53,2	34,2
Distrito Federal	48	-	100,0	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>8.077</b>	<b>7,8</b>	<b>29,8</b>	<b>23,6</b>	<b>33,8</b>	<b>5,0</b>

**TABELA 39 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos enfermeiros, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Salário Bruto (em Reais)				
		Enfermeiros				
		≤ 1000	1000 - 1500	1500 - 2000	2000 - 3000	> 3000
Rondônia	73	6,8	13,7	21,9	56,2	1,4
Acre	57	-	14,0	24,6	57,9	3,5
Amazonas	251	1,2	17,1	10,8	26,7	44,2
Roraima	61	1,6	13,1	6,6	78,7	0,0
Pará	297	15,5	31,3	38,0	13,5	1,7
Tocantins	187	3,7	10,2	7,5	74,3	4,3
Ceará	1.133	1,8	22,5	56,8	18,7	0,2
Rio Grande do Norte	388	4,6	44,8	33,0	13,4	4,1
Pernambuco	1.085	0,3	13,9	41,7	40,6	3,5
Bahia	608	0,8	5,6	57,7	35,7	0,2
Minas Gerais	1.600	5,3	23,6	28,3	39,7	3,1
Espírito Santo	277	0,4	2,9	32,9	63,9	-
Rio de Janeiro	689	0,7	21,2	47,2	22,6	8,3
Santa Catarina	682	3,2	58,4	34,0	4,4	0,0
Rio Grande do Sul	368	3,3	35,6	31,3	26,9	3,0
Mato Grosso do Sul	152	0,7	32,9	48,7	17,1	0,7
Mato Grosso	289	0,3	1,7	24,9	62,6	10,4
Distrito Federal	55	-	-	12,7	87,3	-
<b>Brasil</b>	<b>8.252</b>	<b>2,8</b>	<b>23,2</b>	<b>37,9</b>	<b>32,0</b>	<b>4,0</b>

TABELA 40 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos auxiliares de enfermagem, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	Nº total	Salário Bruto (em Reais)		
		Auxiliares de Enfermagem		
		< = 700	700 - 900	> 900
Rondônia	77	96,1	3,9	-
Acre	66	95,5	4,5	-
Amazonas	236	40,3	56,8	3,0
Roraima	58	100,0	-	-
Pará	322	98,8	-	1,2
Tocantins	194	86,6	10,8	2,6
Ceará	1.126	98,0	0,1	1,9
Rio Grande do Norte	397	93,5	2,5	4,0
Pernambuco	1.098	96,5	3,1	0,4
Bahia	632	96,7	3,0	0,3
Minas Gerais	1.707	89,5	6,0	4,5
Espírito Santo	295	83,4	16,6	-
Rio de Janeiro	704	89,3	6,4	4,3
Santa Catarina	713	87,2	7,6	5,2
Rio Grande do Sul	377	75,1	22,8	2,1
Mato Grosso do Sul	162	98,8	1,2	-
Mato Grosso	319	90,6	2,5	6,9
Distrito Federal	54	1,9	96,3	1,9
<b>Brasil</b>	<b>8.537</b>	<b>90,0</b>	<b>7,3</b>	<b>2,7</b>

TABELA 41 – Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo faixa salarial dos agentes comunitários de saúde, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	Nº total	Salário Bruto (em Reais)		
		Agentes Comunitários de Saúde		
		≤ 250	250 - 300	> 300
Rondônia	84	79,8	13,1	7,1
Acre	66	97,0	1,5	1,5
Amazonas	264	48,1	44,7	7,2
Roraima	62	100,0	-	-
Pará	323	90,7	7,1	2,2
Tocantins	196	78,1	7,7	14,3
Ceará	1.148	79,8	11,7	8,5
Rio Grande do Norte	409	95,1	4,4	0,5
Pernambuco	1.108	73,4	15,3	11,3
Bahia	652	84,5	13,8	1,7
Minas Gerais	1.777	79,3	9,2	11,5
Espírito Santo	300	88,7	8,7	2,7
Rio de Janeiro	711	75,4	9,4	15,2
Santa Catarina	730	91,8	6,6	1,6
Rio Grande do Sul	379	45,6	26,9	27,4
Mato Grosso do Sul	157	35,0	33,1	31,8
Mato Grosso	322	74,5	16,5	9,0
Distrito Federal	55	1,8	-	98,2
<b>Brasil</b>	<b>8.743</b>	<b>77,6</b>	<b>12,5</b>	<b>9,9</b>

TABELA 42 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo faixa salarial dos cirurgiões-dentistas, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	Nº total	Salário Bruto (em Reais)				
		Cirurgiões-dentistas				
		≤ 1500	1500 - 2000	2000 - 2500	2500 - 3500	> 3500
Rondônia	17	47,1	11,8	29,4	11,8	-
Acre	17	5,9	17,6	52,9	23,5	-
Amazonas	29	44,8	24,1	3,4	10,3	17,2
Pará	27	33,3	22,2	14,8	11,1	18,5
Tocantins	49	12,2	8,2	30,6	42,9	6,1
Ceará	366	21,9	46,2	27,3	4,1	0,5
Rio Grande do Norte	149	49,7	38,3	4,7	6,7	0,7
Pernambuco	213	26,8	26,3	10,3	35,7	0,9
Bahia	133	24,1	18,0	27,8	22,6	7,5
Minas Gerais	119	34,5	28,6	29,4	7,6	-
Espírito Santo	78	24,4	10,3	26,9	38,5	-
Rio de Janeiro	21	-	23,8	61,9	14,3	-
Santa Catarina	181	38,7	40,3	13,3	5,0	2,8
Rio Grande do Sul	57	10,5	35,1	15,8	29,8	8,8
Mato Grosso do Sul	65	30,8	18,5	24,6	23,1	3,1
Mato Grosso	79	22,8	26,6	25,3	21,5	3,8
Distrito Federal	33	-	-	3,0	97,0	-
<b>Brasil</b>	<b>1.633</b>	<b>27,8</b>	<b>30,7</b>	<b>20,8</b>	<b>18,1</b>	<b>2,6</b>

TABELA 43 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo faixa salarial dos técnicos de higiene bucal, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	Nº total	Salário Bruto (em Reais)				
		Técnicos de Higiene Dental				
		≤ 400	400 - 600	600 - 800	800 - 1200	> 1200
Rondônia	4	25,0	25,0	-	25,0	25,0
Acre	3	-	66,7	-	33,3	-
Pará	2	100,0	-	-	-	-
Ceará	10	90,0	-	-	-	10,0
Pernambuco	16	-	68,8	6,3	25,0	-
Minas Gerais	32	56,3	37,5	3,1	-	3,1
Rio de Janeiro	4	-	50,0	25,0	25,0	-
Santa Catarina	1	-	100,0	-	-	-
Rio Grande do Sul	4	25,0	-	-	75,0	-
Mato Grosso do Sul	8	62,5	-	37,5	-	-
Mato Grosso	2	-	50,0	50,0	-	-
Distrito Federal	33	-	-	-	100,0	-
<b>Brasil</b>	<b>119</b>	<b>30,3</b>	<b>25,2</b>	<b>5,9</b>	<b>36,1</b>	<b>2,5</b>



**TABELA 44 – Número total de equipes de saúde bucal e percentual segundo faixa salarial dos auxiliares de consultórios dentários, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Nº total	Salário Bruto (em Reais)			
		Auxiliares de Consultório Dentário			
		≤ 250	250 - 300	300 - 400	> 400
Rondônia	16	18,8	31,3	37,5	12,5
Acre	17	29,4	23,5	23,5	23,5
Amazonas	27	63,0	33,3	-	3,7
Pará	26	26,9	50,0	23,1	-
Tocantins	51	47,1	25,5	17,6	9,8
Ceará	364	65,1	23,1	6,3	5,5
Rio Grande do Norte	152	37,5	27,6	23,0	11,8
Pernambuco	213	31,9	22,1	22,1	23,9
Bahia	127	48,8	31,5	9,4	10,2
Minas Gerais	122	45,9	16,4	31,1	6,6
Espírito Santo	73	37,0	11,0	39,7	12,3
Rio de Janeiro	21	9,5	9,5	38,1	42,9
Santa Catarina	171	29,2	20,5	22,8	27,5
Rio Grande do Sul	49	16,3	8,2	32,7	42,9
Mato Grosso do Sul	65	27,7	20,0	26,2	26,2
Mato Grosso	80	37,5	21,3	27,5	13,8
Distrito Federal	34	-	2,9	97,1	-
<b>Brasil</b>	<b>1.608</b>	<b>41,7</b>	<b>22,2</b>	<b>21,4</b>	<b>14,7</b>

### 3 Processo de trabalho das equipes de saúde do Programa Saúde da Família

#### 3.1 O conhecimento da população em seu território

O primeiro passo na elaboração da proposta de implantação do PSF é a definição das áreas prioritárias a serem atendidas pelas equipes. A seleção das áreas atende a critérios previamente definidos em cada município, quase sempre pautados por indicadores epidemiológicos, sociais e de acessibilidade.

Quaisquer que sejam eles, a definição do território e o levantamento de sua população residente representam a base de todo o planejamento das atividades de implantação e implementação, o que determina, inclusive, o número de equipes necessárias para atingir a cobertura populacional pretendida.

O conceito de território ultrapassa as delimitações meramente geográficas, contemplando as dinâmicas de organização da população e dos fenômenos sociais, fundamentais para a compreensão do processo saúde-doença.

Quando interrogadas sobre as delimitações de sua área de abrangência, 94,5% das equipes no Brasil prestaram informações precisas. Foram observadas poucas variações percentuais entre os estados, sendo que apenas quatro deles apresentavam valores inferiores a 90%: Alagoas (87,5%), Maranhão (86,1%), Tocantins (81,3%) e Rondônia (78,2%) (Tabela 45).

Para as equipes de saúde bucal, a capacidade de identificar a área territorial de atuação foi diferenciada, em relação às equipes de saúde da família, com um percentual de 84,2% para o país e grandes flutuações entre os estados (de 51,7% em Alagoas até 100,0% no Rio de Janeiro). Além do Rio de Janeiro (99,6%), apenas os Estados do Ceará (90,1%), Pernambuco (92,8%) e o Distrito Federal (97,1%) alcançaram percentuais superiores a 90% (Tabela 45).

**TABELA 45 – Número e percentual de equipes de saúde da família e de saúde bucal que conheciam a sua área de abrangência, por unidade da federação, Brasil, 2001-2002**

Unidades da Federação	Equipe de Saúde da Família		Equipe de Saúde Bucal	
	N.º	%	N.º	%
Rondônia	68	78,2	12	57,1
Acre	68	100,0	15	83,3
Amazonas	25 6	96,2	22	75,9
Roraima	60	95,2	-	-
Pará	301	93,2	24	88,9
Amapá	24	100,0	-	-
Tocantins	161	81,3	39	75,0
Maranhão	198	86,1	-	-
Piauí	366	90,6	8	66,7
Ceará	1.130	97,6	337	90,1
Rio Grande do Norte	370	90,5	136	87,2
Paraíba	506	91,0	126	79,2
Pernambuco	1.081	97,5	206	92,8
Alagoas	371	87,5	15	51,7
Sergipe	263	90,1	40	72,7
Bahia	616	93,3	121	86,4
Minas Gerais	1.716	96,4	109	85,2
Espírito Santo	304	99,0	70	87,5
Rio de Janeiro	708	99,6	21	100,0
São Paulo	1.018	97,8	100	87,0
Paraná	771	91,2	114	82,6
Santa Catarina	694	93,7	154	81,1
Rio Grande do Sul	369	97,1	52	89,7
Mato Grosso do Sul	166	98,2	58	86,6
Mato Grosso	309	95,7	60	72,3
Goiás	627	92,3	208	79,4
Distrito Federal	55	100,0	33	97,1
<b>Brasil</b>	<b>12.576</b>	<b>94,5</b>	<b>2.080</b>	<b>84,2</b>

A definição do território pode ser representada por meio de mapas que destacam a área de atuação das equipes. Esses mapas, ainda que construídos de modo artesanal, constituem uma ferramenta de visualização e identificação das principais situações de saúde na área de abrangência das unidades.

Pouco mais da metade (55,3%) das equipes de saúde da família entrevistadas possuíam mapa da área de abrangência. Na Região Centro-Oeste, todos os estados apresentaram percentuais de equipes que possuíam mapa acima da média nacional. O inverso ocorreu na Região Norte, onde apenas um estado, o Amapá, apresentou percentual de equipes acima da média nacional (70,8%). A variação entre os estados foi muito grande (de 22,6% no Piauí a 86,3% em Pernambuco), ressaltando-se que, em dois estados da Região Sudeste (Minas Gerais e Espírito Santo), sete estados da Região Nordeste (Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Sergipe e Bahia) e seis da Região Norte (Rondônia, Acre, Amapá, Roraima, Amazonas e Tocantins), menos da metade das equipes possuía mapa de sua área de abrangência (Gráfico 5).

Cerca de 41% das equipes de saúde bucal possuíam mapa da área de abrangência. À exceção do Estado do Paraná, em todos os estados as proporções de equipes de saúde bucal que possuíam mapa foram inferiores àquelas observadas para as equipes de saúde da família. Em apenas cinco unidades da federação, mais da metade das equipes de saúde bucal possuíam mapa. Foram elas: Distrito Federal (76,5%), Paraná (73,7%), Pernambuco (63,1%), São Paulo (60,0%) e Rio de Janeiro (52,4%) (Gráfico 6).

GRÁFICO 5

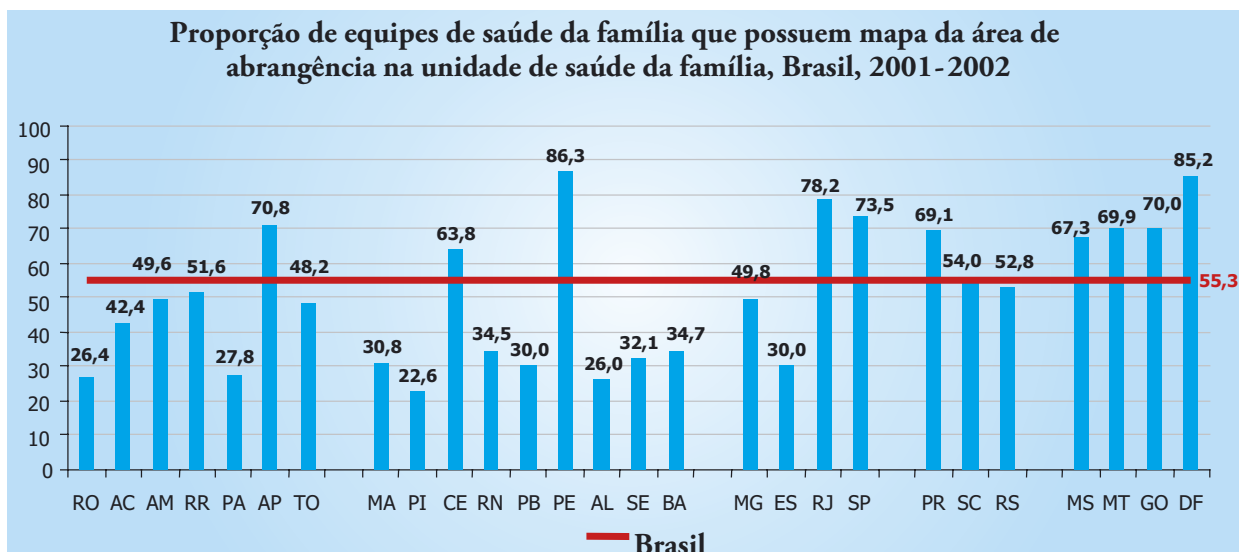
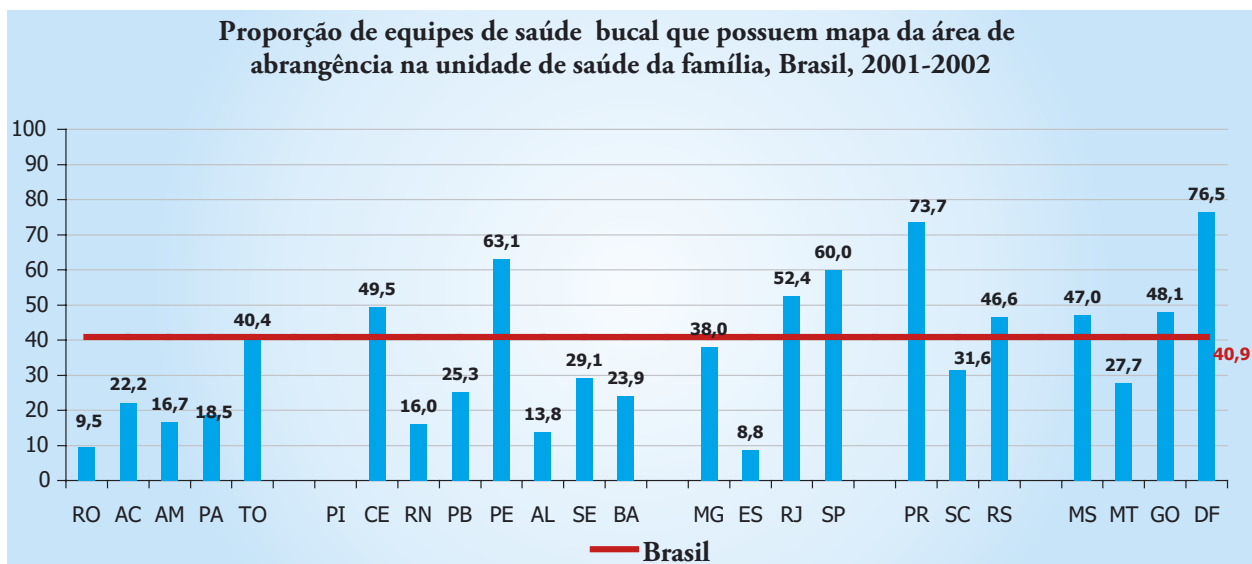


GRÁFICO 6



Outras ferramentas para diagnóstico da situação de saúde foram referidas pelas equipes de saúde bucal: inquéritos epidemiológicos em escolares (44,3%), inquérito epidemiológico na população em geral (18,7%), levantamento de necessidades em instituições (25,2%), levantamento de necessidades da população em geral (30,6%) e estudo de demanda nas próprias unidades (27,9%) (Tabela 46).

Entre os estados, o instrumento diagnóstico mais utilizado pelas equipes foi o inquérito epidemiológico entre escolares, com percentuais acima de 50% em quase todos os estados do Sudeste (exceto Espírito Santo e São Paulo), Sul e Centro-Oeste (exceto Goiás), além do Estado de Tocantins. O inquérito populacional foi empregado de forma significativa por três estados: Rio de Janeiro (57,1%), Paraná (45,5%) e Rondônia (40,0%).

Sintetizando, a quase totalidade das equipes de saúde da família e a maioria das equipes de saúde bucal conheciam sua área de abrangência, sendo que, para as equipes de saúde bucal, houve muita variação entre os estados. Entretanto, a utilização de mapas, ferramenta que expressa a apropriação do território e auxilia o processo de trabalho das equipes, ocorreu em pouco mais da metade das equipes de saúde da família e em cerca de 40% das equipes de saúde bucal.

A delimitação do território de responsabilização das equipes é fundamental para a estratégia de saúde da família, sendo uma de suas diretrizes. A adscrição de clientela, vinculação de uma população a uma unidade de saúde da família a partir do estabelecimento de uma base territorial, permite delinear a realidade de saúde da população, que está em permanente movimento, e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, atendendo às necessidades de saúde da população.

**TABELA 46 – Número de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família, total e percentual, segundo ferramentas utilizadas para conhecimento do perfil epidemiológico da população em sua área de abrangência, por estado, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	inquérito epidemiológico em escolares		inquérito epidemiológico na população em geral		levantamento de necessidades em instituições		levantamento de necessidades da população em geral		estudo de demanda nas US	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	6	30,0	8	40,0	1	5,0	3	15,0	1	5,0
Acre	4	25,0	6	37,5	1	6,3	6	37,5	1	6,3
Amazonas	11	37,9	1	3,4	4	13,8	4	13,8	3	10,3
Pará	9	34,6	2	7,7	-	-	5	18,5	5	19,2
Tocantins	33	66,0	12	24,0	8	16,0	18	36,0	14	28,6
Piauí	4	36,4	-	-	1	9,1	1	9,1	3	27,3
Ceará	147	40,2	47	12,9	81	22,2	78	21,3	119	32,7
Rio Grande do Norte	34	22,8	19	12,8	20	13,4	37	24,8	13	8,7
Parabá	35	23,3	6	4,0	28	18,7	23	15,3	24	16,0
Pernambuco	98	46,0	50	23,5	47	22,1	86	40,6	54	25,2
Alagoas	14	48,3	3	10,3	6	20,7	2	7,1	5	17,2
Sergipe	14	26,4	13	25,0	9	17,3	26	50,0	11	20,8
Bahia	63	46,7	17	12,6	24	17,8	27	20,0	35	25,9
Minas Gerais	81	66,4	31	25,4	31	25,4	57	46,7	53	43,4
Espírito Santo	35	44,9	10	12,8	19	24,4	26	33,3	15	19,5
Rio de Janeiro	12	60,0	12	57,1	5	25,0	6	30,0	9	45,0
São Paulo	49	46,7	26	25,5	36	35,3	44	42,3	30	29,1
Paraná	78	58,2	61	45,5	82	61,2	66	49,3	51	38,1
Santa Catarina	111	59,4	24	12,9	49	26,3	32	17,2	62	33,5
Rio Grande do Sul	32	57,1	5	8,9	18	32,1	10	17,9	17	30,4
Mato Grosso do Sul	34	54,0	5	7,9	22	34,9	17	27,0	11	17,5
Mato Grosso	45	54,2	12	14,5	18	21,7	14	16,9	25	30,1
Goiás	90	35,0	63	24,6	81	31,9	118	46,3	91	35,5
Distrito Federal	18	52,9	13	38,2	8	23,5	23	67,6	11	32,4
<b>Brasil</b>	<b>1.057</b>	<b>44,3</b>	<b>446</b>	<b>18,7</b>	<b>599</b>	<b>25,2</b>	<b>729</b>	<b>30,6</b>	<b>663</b>	<b>27,9</b>

### 3.2 Planejamento, programação e avaliação de ações

#### 3.2.1 Reuniões da equipe e com a comunidade

A realização de planejamento e programação das ações de saúde por parte das equipes foi averiguada pela participação dos membros das equipes em reuniões internas de planejamento ou discussão de questões pertinentes ao trabalho.

Em geral, observou-se uma elevada participação dos profissionais das equipes de saúde da família em reuniões de planejamento e programação, sendo que em 82,2% das equipes houve referência da participação do médico, 91,0%, do enfermeiro, 62,2% das equipes de saúde bucal, 87,0% dos auxiliares de enfermagem e 90,4% dos agentes comunitários de saúde (Gráficos 7 a 11).

O comportamento dos estados em relação aos percentuais de equipes que referiram a participação dos profissionais foi pouco heterogêneo, em torno da média, em relação à participação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O Estado de Rondônia foi o que mais se afastou do padrão observado, tendo apresentado valores consideravelmente inferiores à média nacional, respectivamente de 44,0% para médicos, 64,3% para enfermeiros, 54,4% para auxiliares de enfermagem e 56,5% para agentes comunitários de saúde.

No caso das equipes de saúde bucal, observou-se uma menor uniformidade entre os estados com variações percentuais de 20,7% no Amapá a 85,7% no Rio de Janeiro. Vale ressaltar que a grande maioria das unidades federadas posicionou-se abaixo da média nacional.

GRÁFICO 7

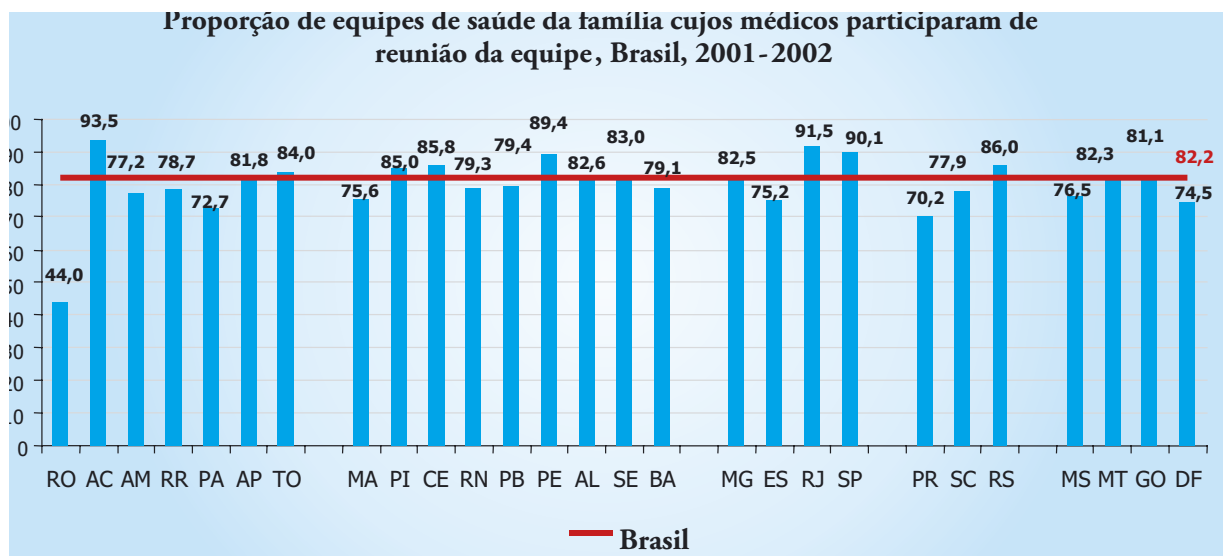


GRÁFICO 8

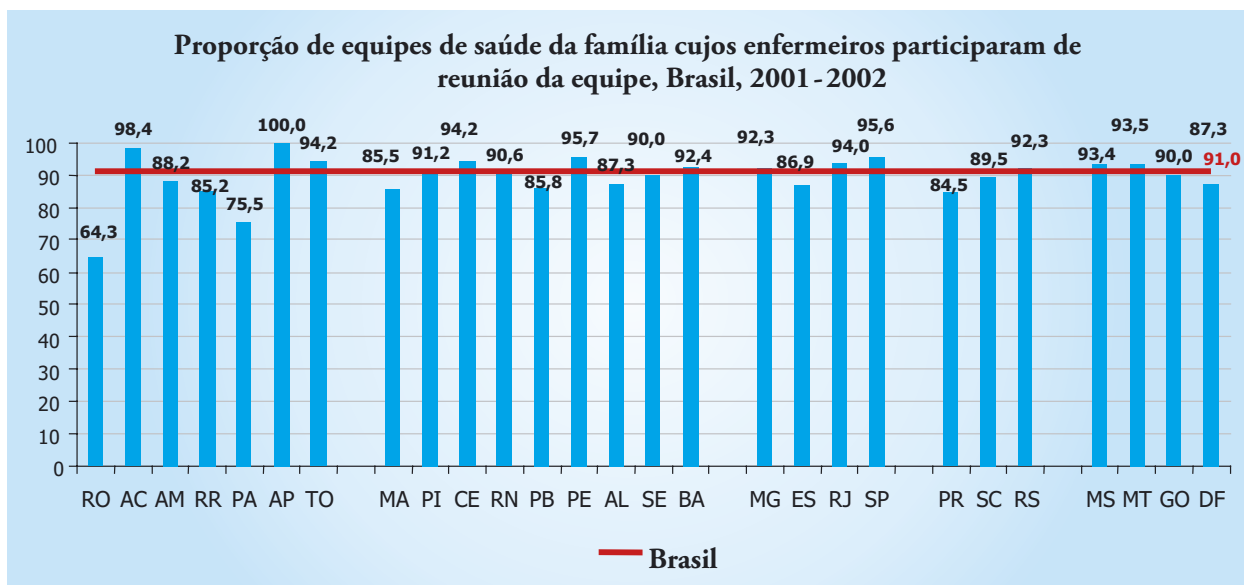


GRÁFICO 9

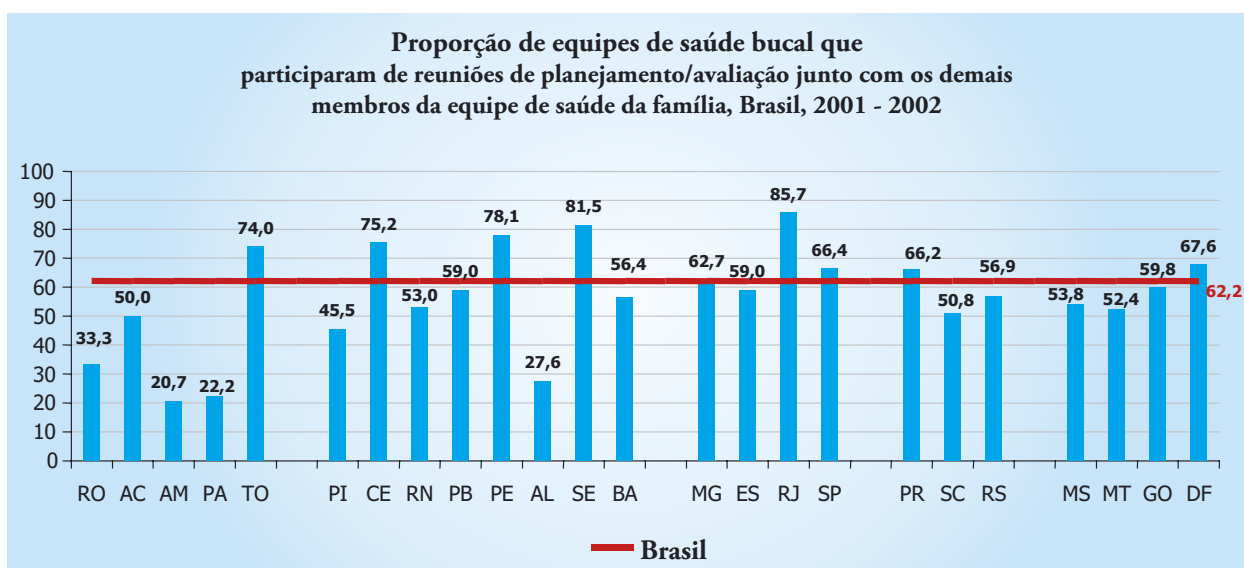


GRÁFICO 10

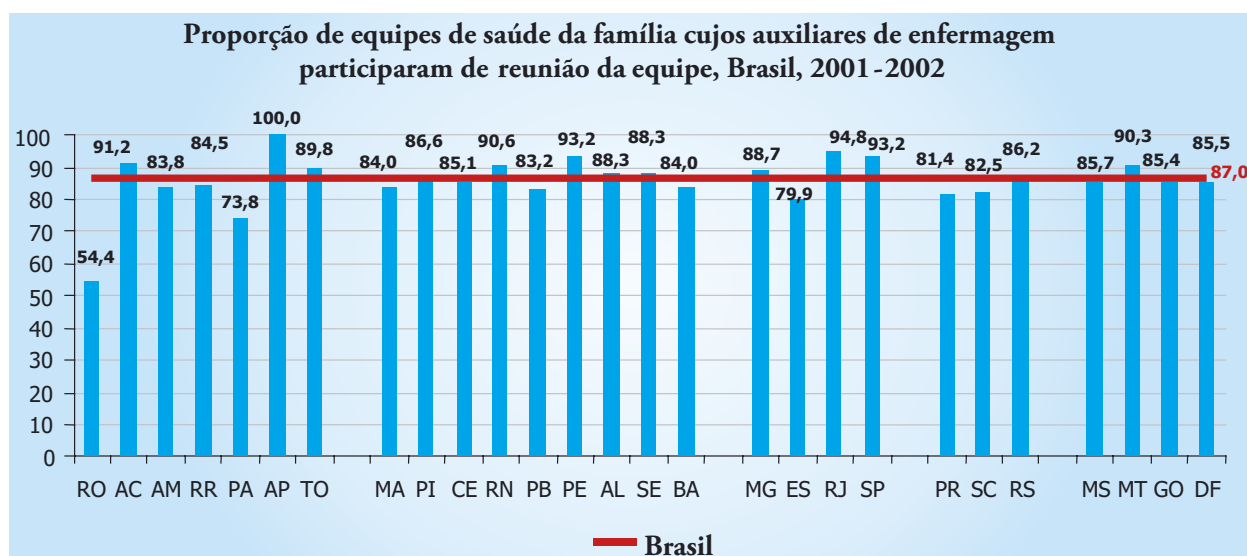
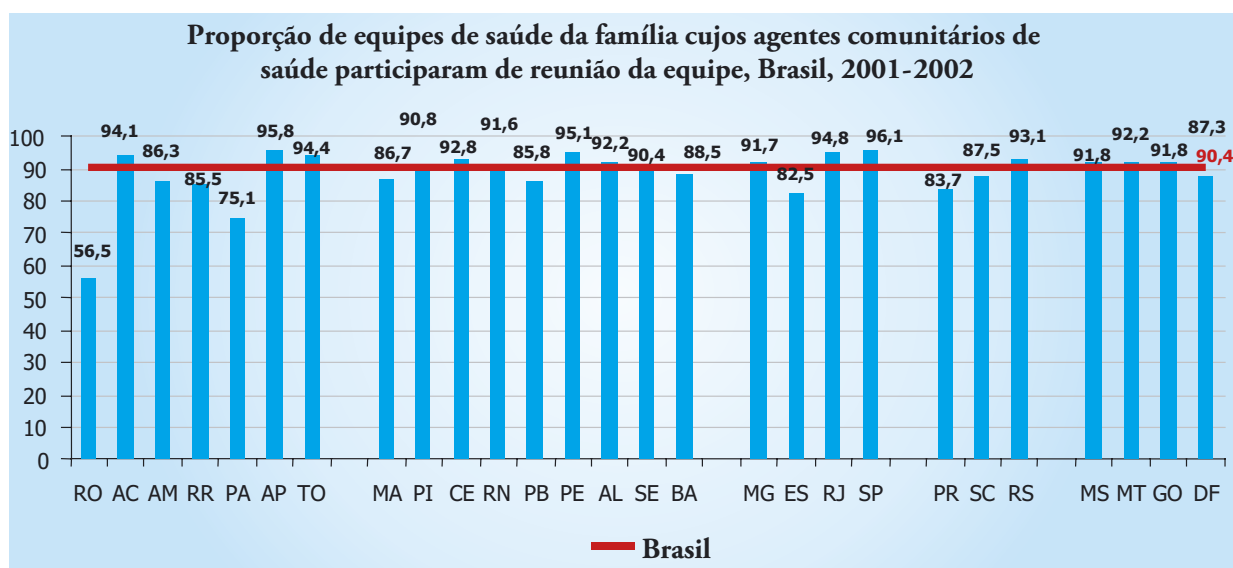


GRÁFICO 11



Quanto às reuniões comunitárias, percebeu-se menor incorporação dessa atividade na rotina da equipe, com pouca variação entre as categorias profissionais. O percentual de equipes foi, respectivamente, de 42,1% para médicos, 50,8% para enfermeiros, 43% para auxiliares de enfermagem e 53% para agentes comunitários de saúde<sup>1</sup> (Gráficos 12 e 13).

Os padrões de distribuição dos indicadores para médicos e enfermeiros foram semelhantes entre os estados e regiões, ressaltando que os patamares para os enfermeiros foram superiores (Gráfico 12 e 13).

<sup>1</sup> Este dado não foi coletado nas entrevistas com as equipes de saúde bucal.

GRÁFICO 12

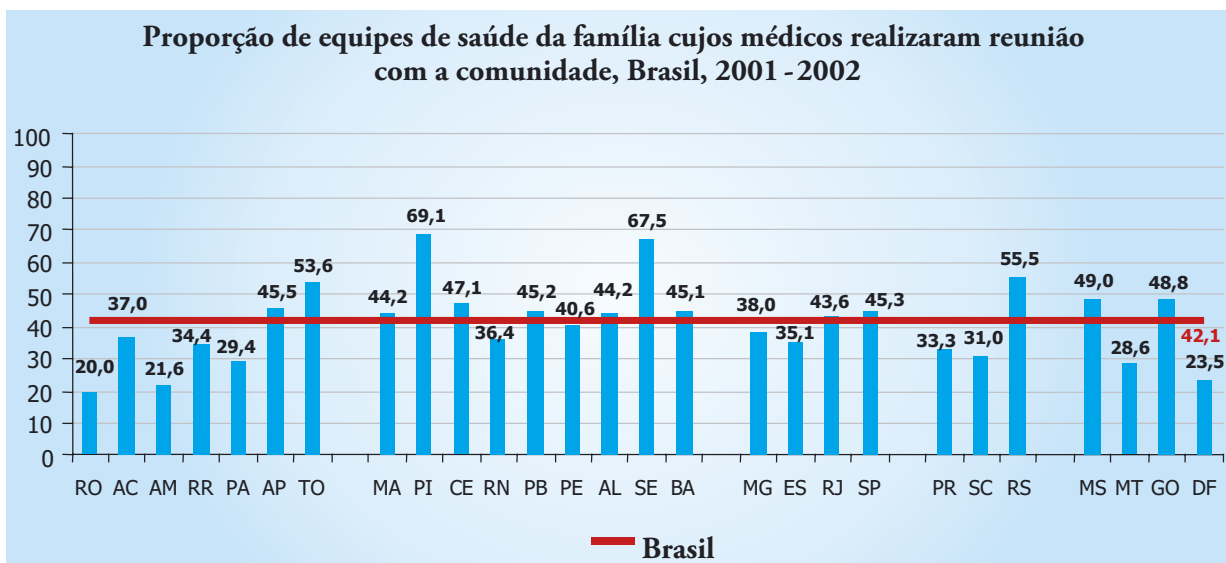
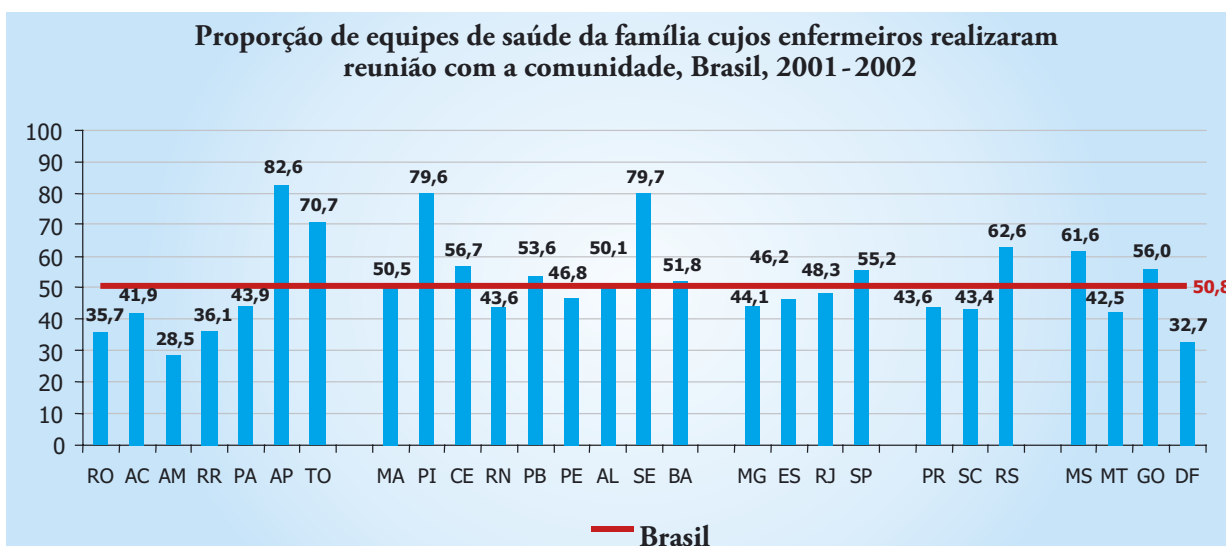


GRÁFICO 13



### 3.2.2 Utilização de instrumentos de acompanhamento e avaliação

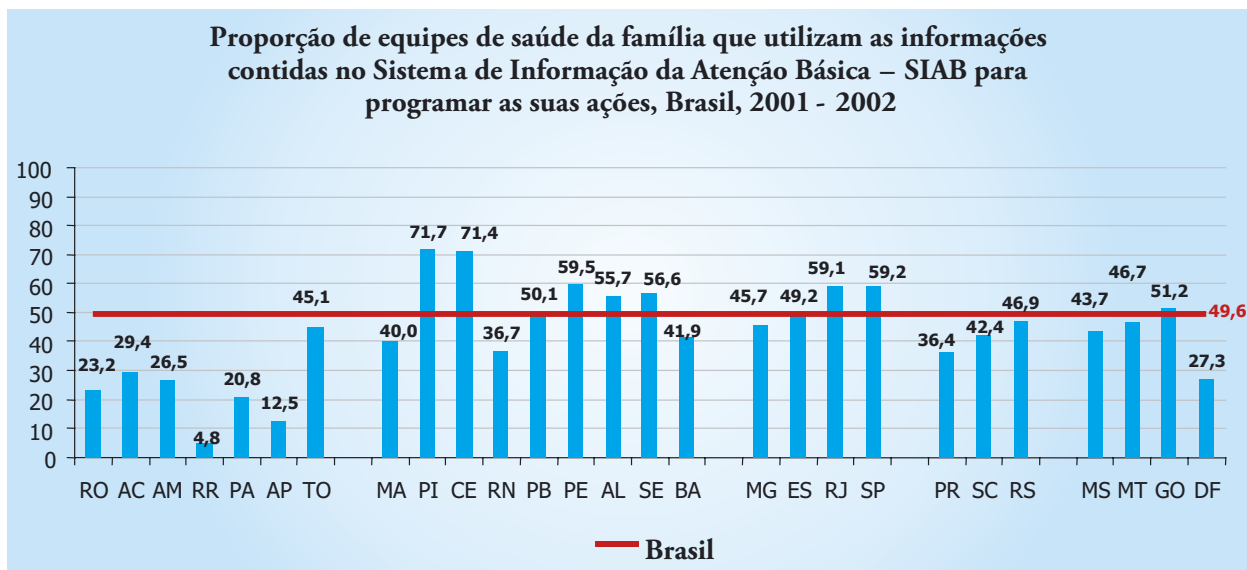
Criado para permitir o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas pelas equipes do PSF, o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB agrega os dados e processa as informações sobre a população acompanhada, servindo como uma importante ferramenta para o planejamento das ações das equipes.

Entre as equipes pesquisadas no Brasil, apenas 49,6% referiram utilizar o SIAB para o planejamento de suas ações. Ressalta-se que, em apenas oito estados, a proporção de equipes que informaram utilizar o SIAB foi maior que 50%. Destacaram-se os Estados do Ceará e Piauí, onde a utilização do SIAB foi referida por mais de 71% das equipes. Chamou a atenção, também, o fato de que nos Estados de Roraima (4,8%) e Amapá (12,5%) a utilização do SIAB foi referida por menos de 15% das equipes (Gráfico 14).

A suposição de que a não utilização do SIAB para planejamento poderia ser devida à ausência de formulários de registro, especialmente criados para este fim, não se sustenta, pois foi constatado que a situação de abastecimento dos formulários do sistema era suficiente para 88% das equipes, em média nacional, (Tabela 14), entretanto, como será comentado no tópico referente às capacitações, foram muito baixos os percentuais de profissionais, especialmente médicos, capacitados para utilização do sistema, o que pode ter contribuído para este quadro.



GRÁFICO 14



### 3.2.3 Participação e controle social

Cerca de 37% das equipes fizeram referência à participação regular de algum de seus integrantes em reuniões de Conselhos de Saúde. O maior número de estados oscilou em torno dessa média, destacando-se o Rio Grande do Sul, que alcançou valor percentual de 67,5%. Seis estados apresentaram valores inferiores a 25%: Rondônia (20,5%), Amazonas (17,0%), Roraima (14,3%), Amapá (8,3%), Espírito Santo (22,9%) e Rio de Janeiro (19,1%) (Gráfico 15).

GRÁFICO 15



A grande maioria dos membros das equipes participavam de reuniões internas para planejamento. Entretanto, em relação a reuniões com a comunidade, essa participação ficou em torno de 40% a 50%, variando entre os profissionais. A utilização de instrumento de avaliação não pareceu estar consolidada, dado que menos da metade das equipes utilizavam o SIAB para este fim, assim como a participação das equipes nos Conselhos de Saúde.

Os achados do estudo demonstraram que no cotidiano do trabalho das equipes de saúde parece ter havido avanços na criação de espaços coletivos de programação envolvendo os membros da equipe. Entretanto, ainda

foram incipientes a participação da comunidade no planejamento das ações, os mecanismos sistemáticos de acompanhamento e avaliação e a participação das equipes nos órgãos gestores do SUS no nível local.

### 3.3 O cuidado da saúde das famílias: ações desenvolvidas na perspectiva da integralidade da atenção à saúde

Na perspectiva de atender as principais necessidades em saúde da população, o Ministério da Saúde preconiza que as equipes do Programa Saúde da Família abordem as situações de saúde mais frequentes, comuns às clínicas básicas: pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, conferindo resolubilidade à atenção básica. Reitera-se o caráter generalista na formação dos profissionais, fundamentando uma prática não fragmentada, orientada aos indivíduos, suas famílias e à comunidade em que vivem.

#### 3.3.1 Atendimento nas quatro clínicas básicas e visita domiciliar

Em cerca de 81% das equipes, os médicos atendiam nas quatro clínicas básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Não foram observadas variações percentuais importantes entre os estados das Regiões Nordeste (em torno de 85%), Sudeste (em torno de 79%) e Centro-Oeste (em torno de 90%). Menores percentuais foram observados em Roraima (70,5%), Rondônia (60,8%) e Minas Gerais (65,1%) (Gráfico 16).

Para o atendimento clínico dos enfermeiros, a média nacional foi de 57,1% das equipes. Houve maior heterogeneidade entre os estados, se comparado ao atendimento médico. Os menores percentuais foram observados nos estados das Regiões Sul e Sudeste e no Amazonas (30,0%) (Gráfico 17).

GRÁFICO 16

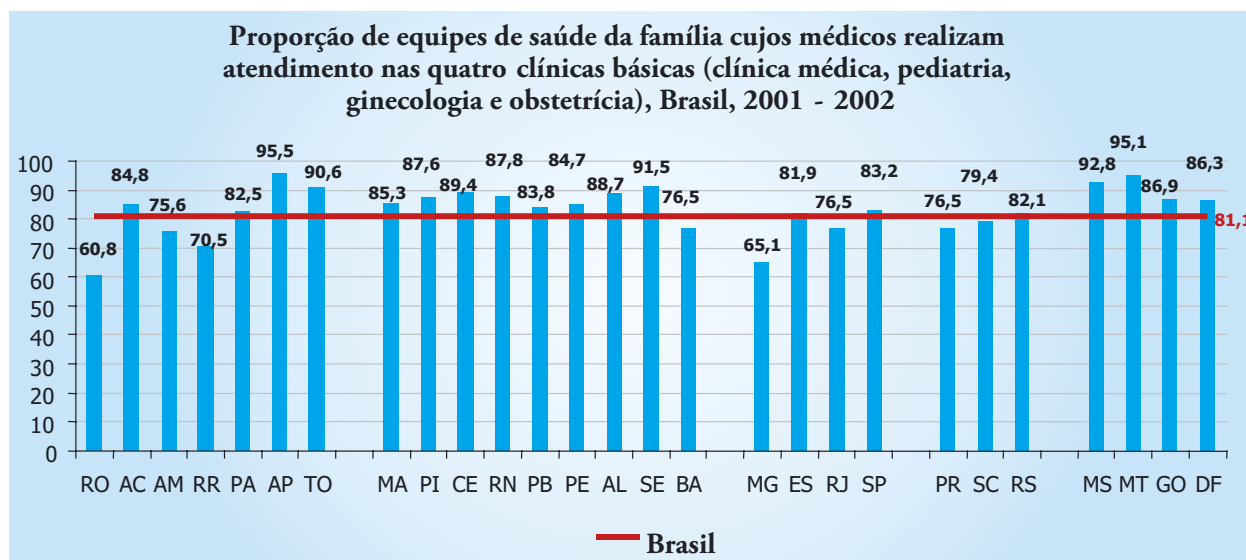
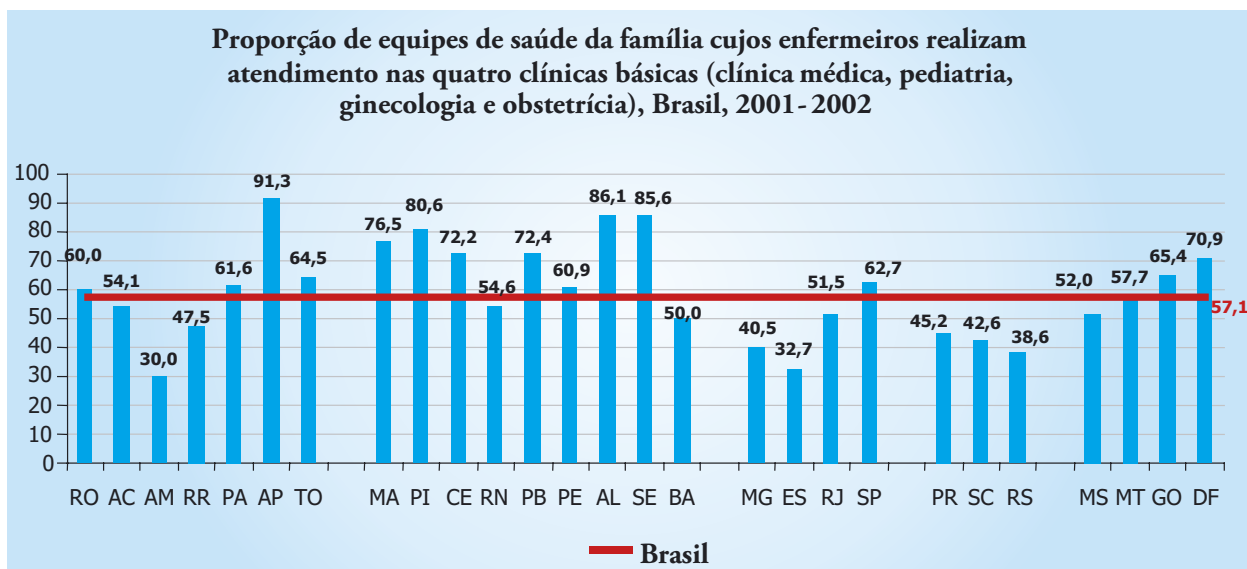


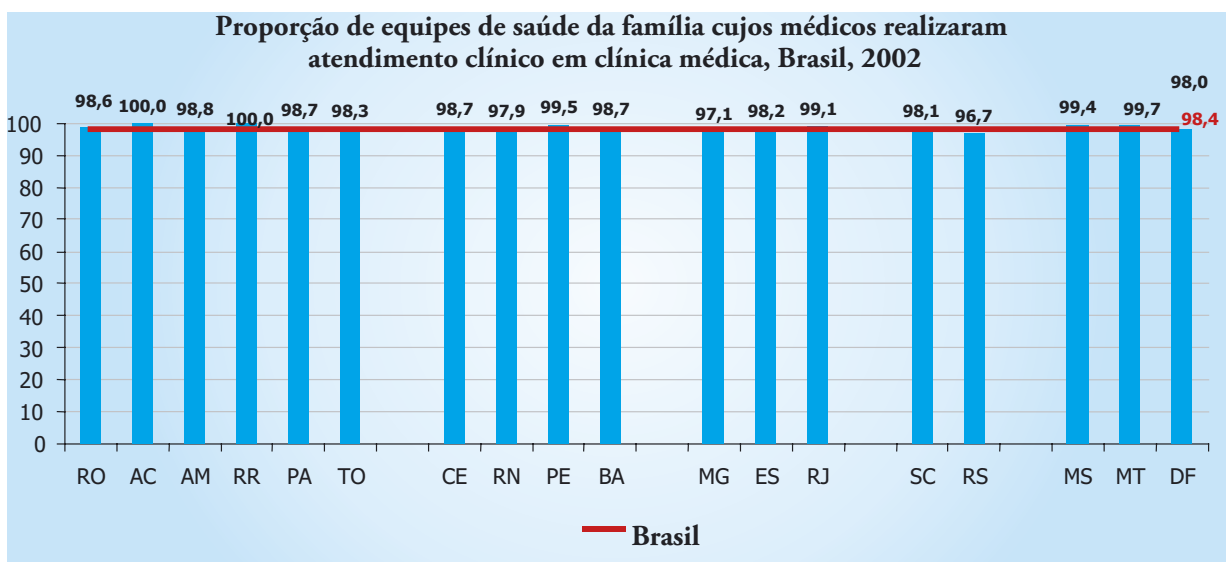
GRÁFICO 17



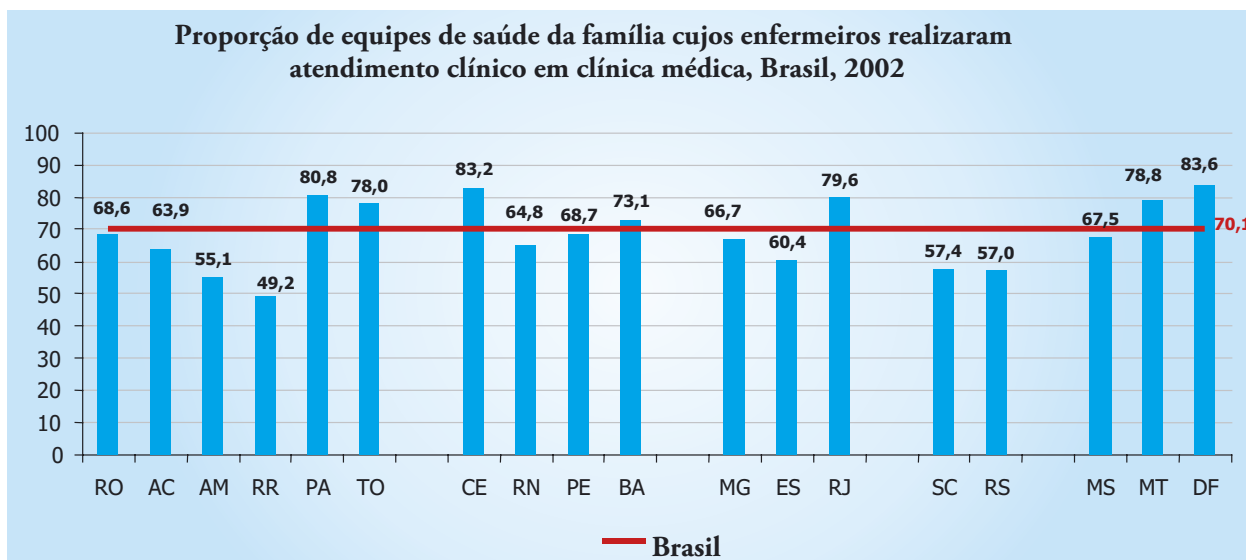
No ano de 2002, foram acrescentadas ao questionário questões que permitiram discriminar as áreas básicas de atendimento clínico. Deve ser reiterado que apenas 18 estados participaram da verificação, para os quais serão apresentados as informações a seguir (Gráficos 18 a 25).

Os percentuais de equipes cujos médicos e enfermeiros realizavam atendimento em clínica médica foram de 98,4% e 70,1%, respectivamente. Houve grande homogeneidade entre os estados dos percentuais referentes ao atendimento médico, em patamares próximos a 100,0%. Para os enfermeiros, a situação foi um pouco distinta, com oscilações entre os estados, de 49,2% em Roraima a 83,6% no Distrito Federal (Gráficos 17 e 19).

GRÁFICO 18



**GRÁFICO 19**



Os percentuais de equipes em que os médicos e enfermeiros realizaram atendimento clínico em pediatria foi, respectivamente, de 96,0% e 77,4%. Nos 18 estados avaliados, no caso do atendimento médico, os percentuais de equipes não demonstraram grande variação. Quanto ao atendimento de enfermeiro, os percentuais foram mais baixos nos estados do Sul, Amapá e no Espírito Santo, ficando, para os demais estados, entre 70% e 94% (Gráfico 20 e 21).

**GRÁFICO 20**

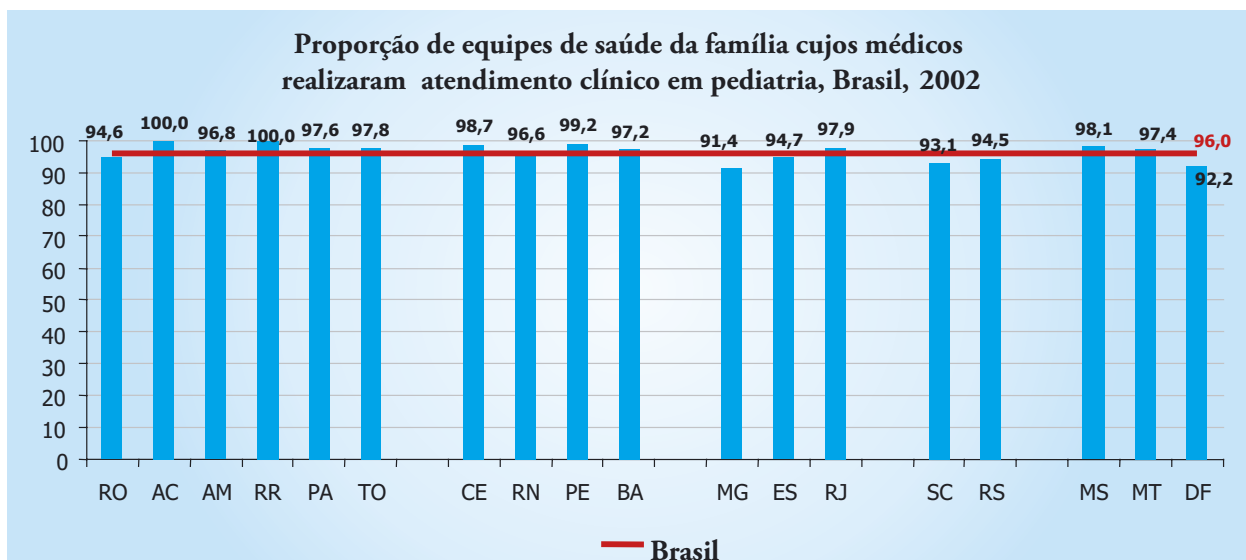
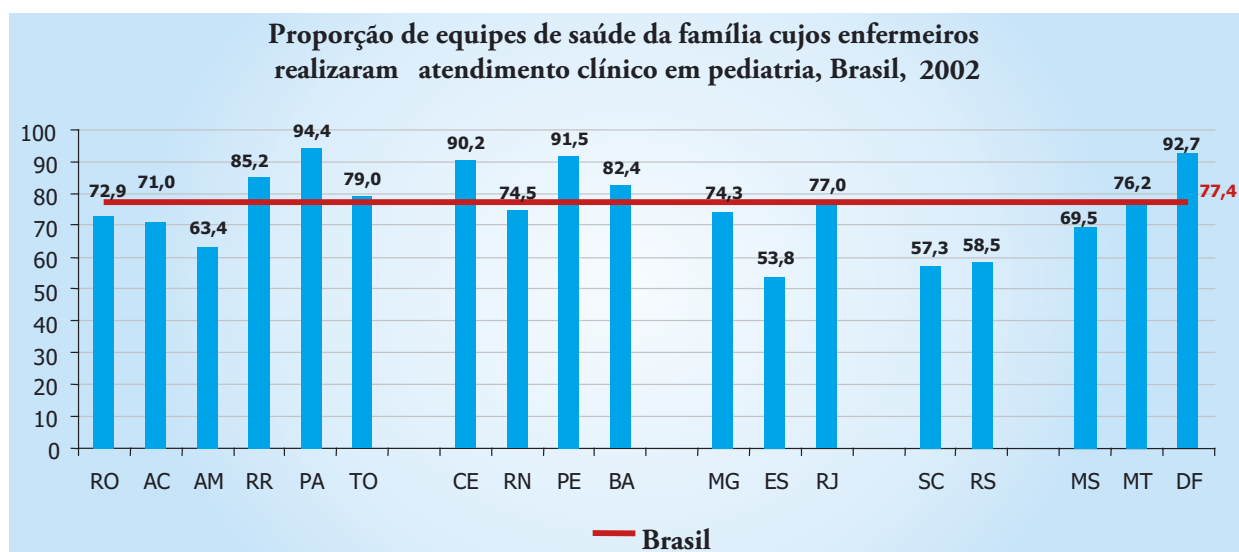


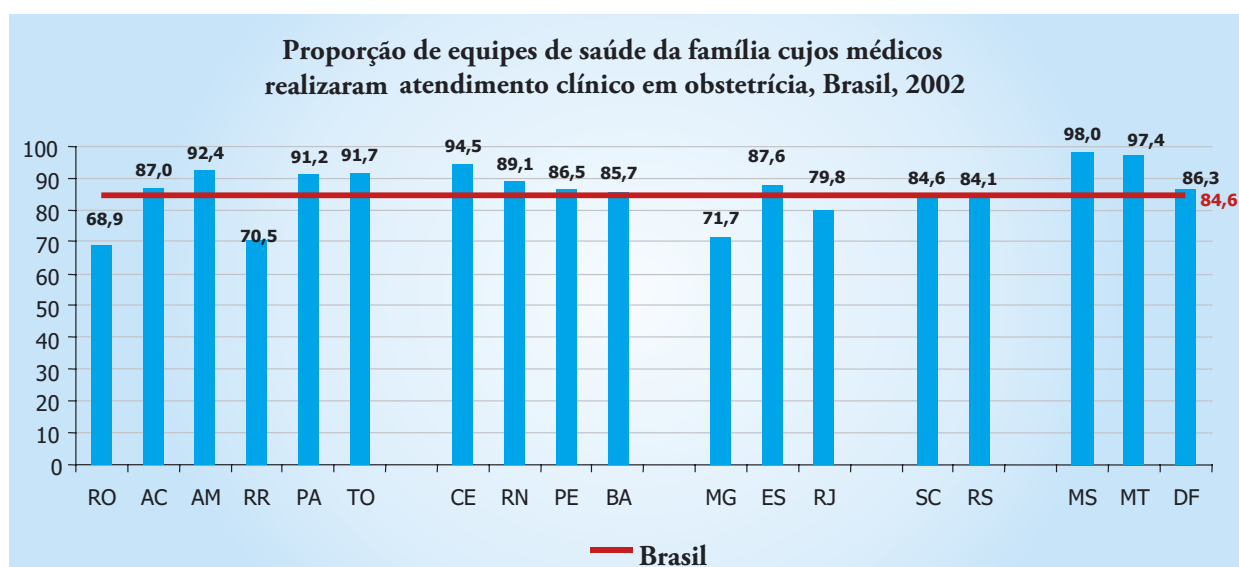
GRÁFICO 21



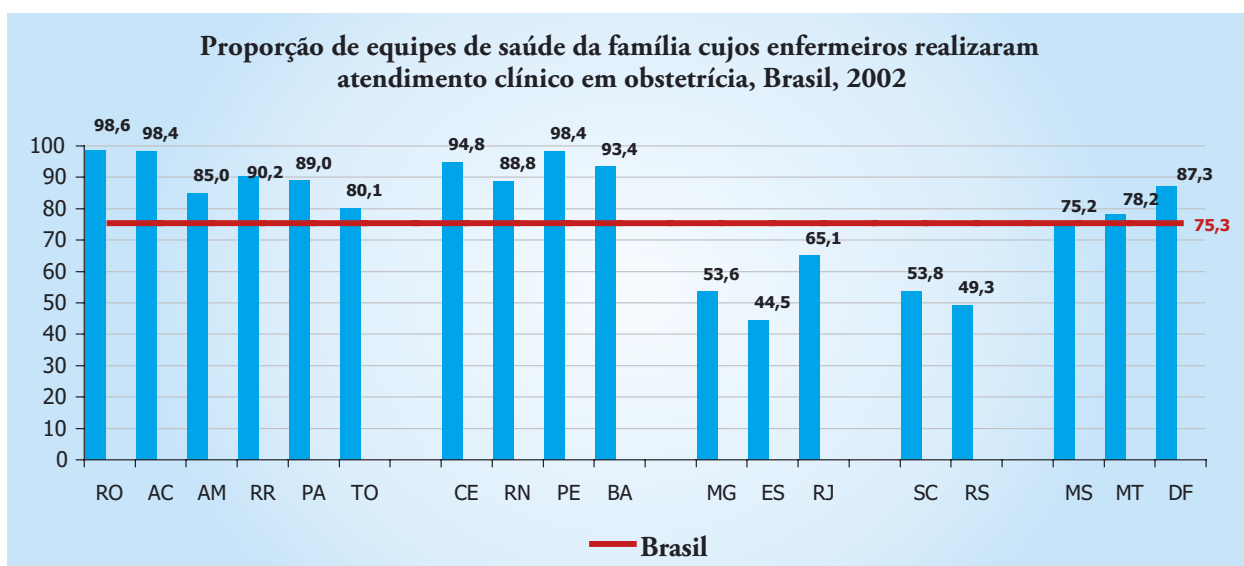
Foi referido o atendimento clínico pelos médicos em obstetrícia em 84,6% das equipes e em 75,3% pelos enfermeiros. Com oscilação de até 15 pontos percentuais para menos e para mais, ficando a maioria deles no limite superior. Entre os estados, a distribuição dos percentuais de equipes para atendimento médico foi relativamente uniforme e semelhante à média nacional, exceto Rondônia (68,9%), Roraima (70,5%) e Minas Gerais (71,7%). (Gráficos 22 e 23).

Em relação aos enfermeiros, foi nítida a heterogeneidade regional, com baixos percentuais nos estados das Regiões Sul e Sudeste (Gráfico 23).

GRÁFICO 22



**GRÁFICO 23**



A média de equipes com médicos que realizavam atendimento clínico em ginecologia foi de 87,0%, com pequena variação entre os estados, à exceção de Rondônia, Amazonas e Minas Gerais (Gráfico 24).

Quanto aos enfermeiros, a média nacional das equipes com enfermeiros que fizeram atendimento em ginecologia foi de 75,8%, tendo variado de 43,9% no Amazonas a 89,3% no Rio Grande do Norte (Gráfico 25).

**GRÁFICO 24**

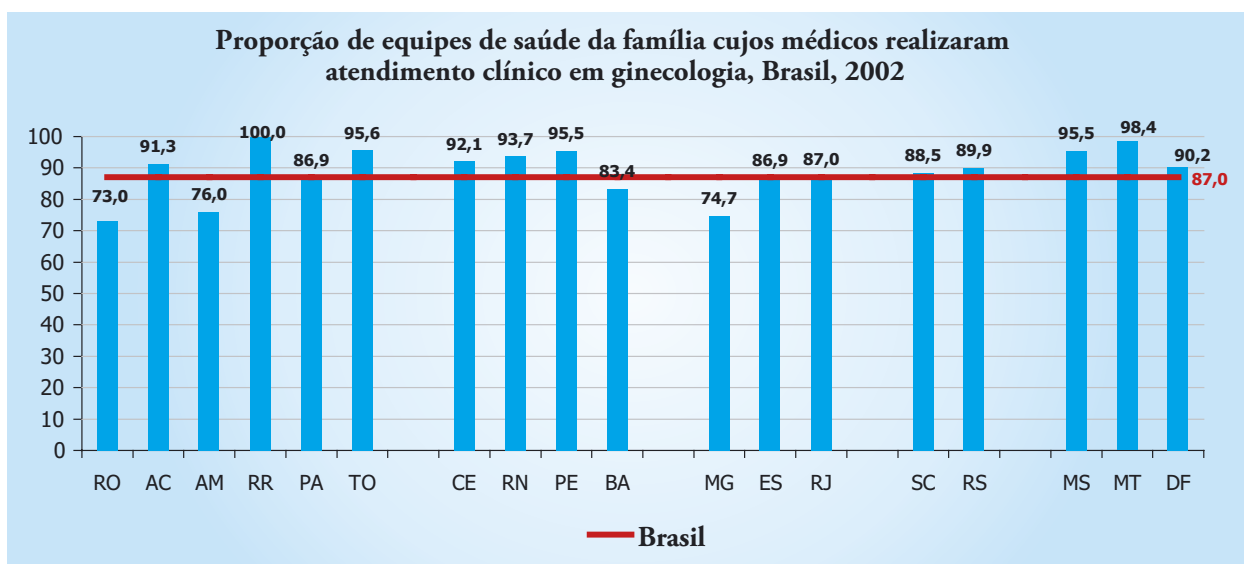
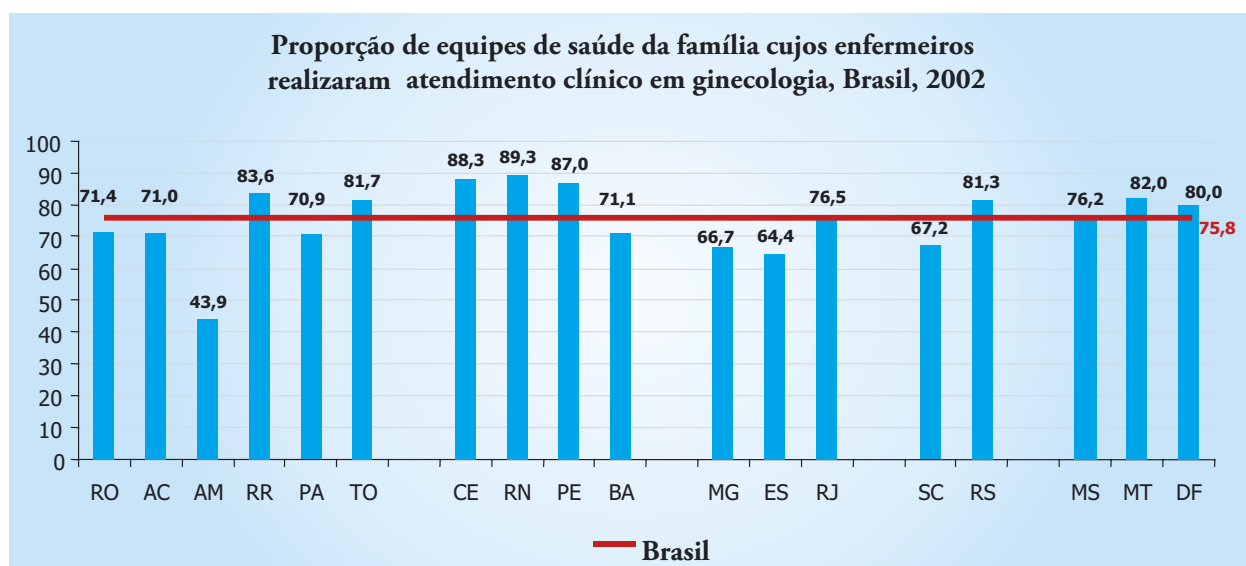
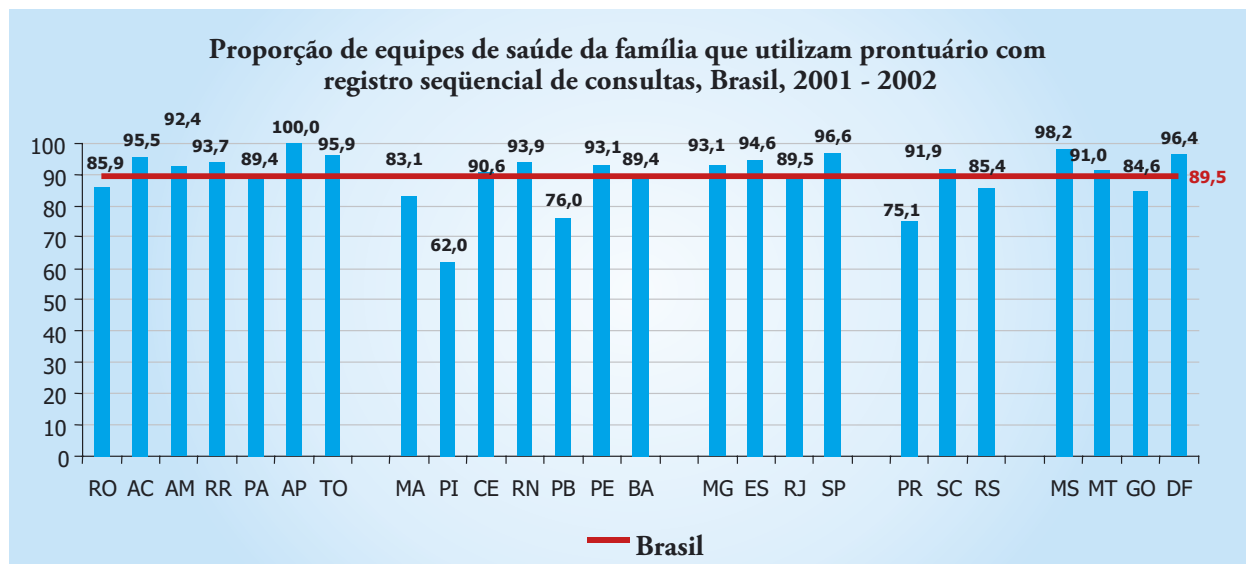


GRÁFICO 25



Mais de 89% das equipes de saúde da família no país utilizavam prontuário para registro seqüencial das consultas ou dos atendimentos realizados. A proporção de equipes nos estados que faziam uso desse instrumento foi bastante elevada, em geral, acima de 80%, à exceção dos Estados de Piauí (62,0%), Paraná (75,1%) e Paraíba (76,0%) (Gráfico 26).

GRÁFICO 26



A realização de visita domiciliar foi referida como atividade regular dos médicos e dos enfermeiros por, respectivamente, 92,7% e 95,8% das equipes, sem grandes variações entre os estados e regiões, excetuando-se Rondônia e o Distrito Federal no caso dos médicos com menores percentuais de equipes (Gráficos 27 e 28).

Em mais de 93% das equipes, os auxiliares de enfermagem realizaram visitas domiciliares, percentual que correspondeu a cerca de 99% para os agentes comunitários de saúde.

GRÁFICO 27

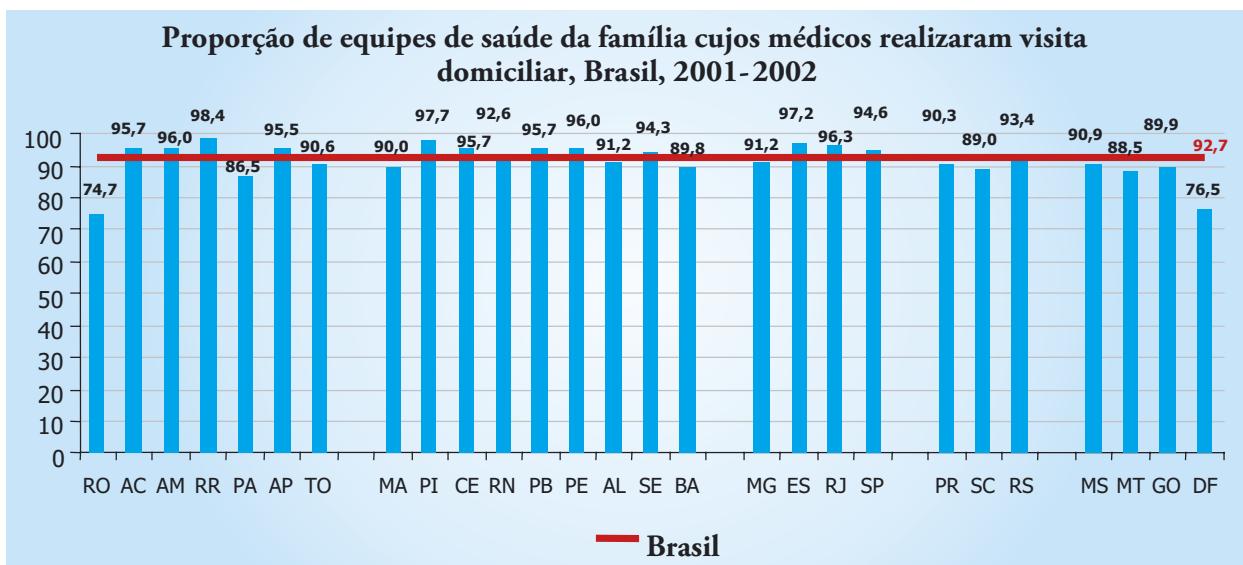
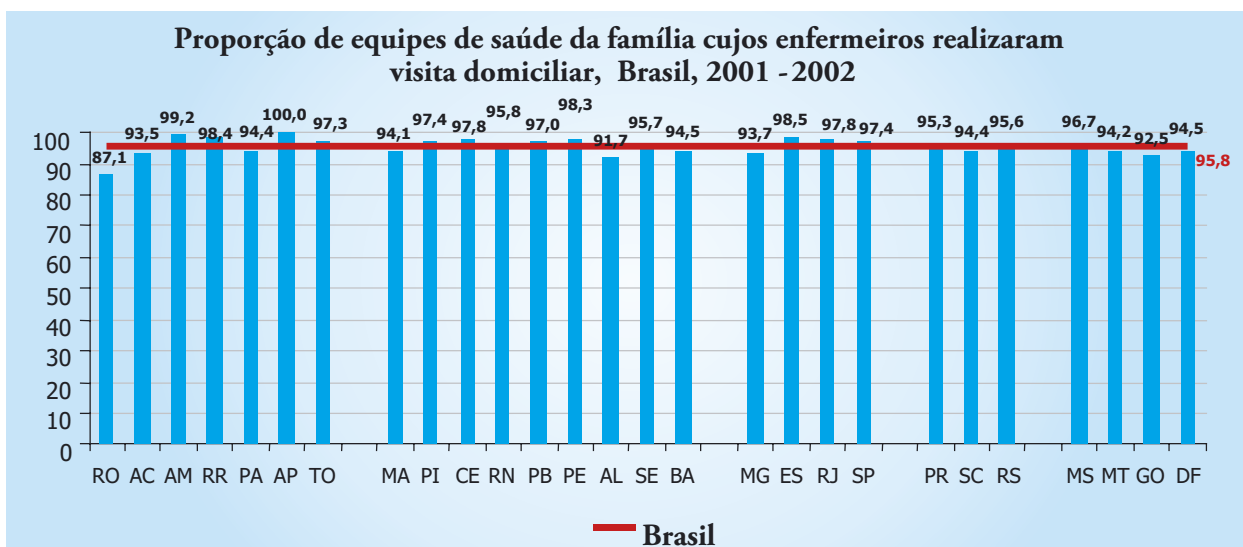


GRÁFICO 28



Sumarizando, o atendimento nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia) estava sendo realizado por 81% dos médicos e 57% dos enfermeiros. A discriminação em cada uma das quatro áreas reiterou a diferença do perfil destes profissionais no que se refere ao escopo do atendimento clínico individual, demonstrando maior abrangência das áreas básicas no atendimento médico. Os percentuais de equipes que referiram atendimento clínico de enfermeiro foram sistematicamente mais baixos nas Regiões Sul e Sudeste.

A visita domiciliar é uma importante atividade, possibilitando o conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas, o acompanhamento de grupos, além de constituir-se em forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias. Observou-se que todas as categorias têm realizado visita domiciliar, com percentuais superiores a 90% para médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

### 3.3.2 Ações em saúde da criança

Constaram-se baixos percentuais de equipes onde o médico e o enfermeiro realizavam consulta para acompanhamento e desenvolvimento em menores de 2 anos. Na média nacional, em cerca de, respectivamente,

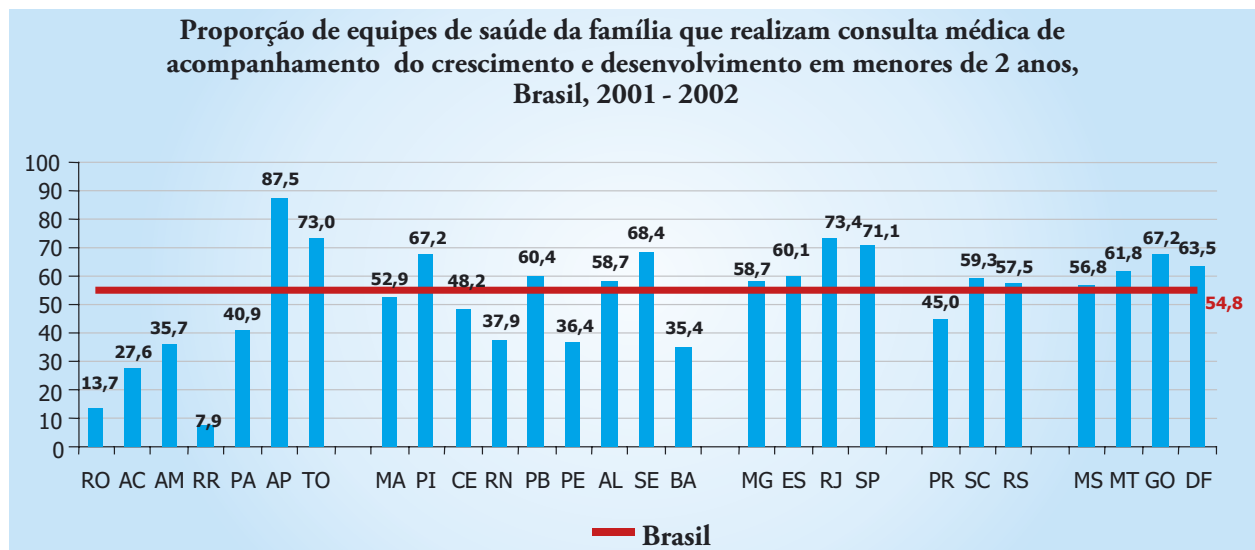


54,8% e 66,4% das equipes o médico e o enfermeiro realizaram pelo menos um atendimento para este fim para os menores de 2 anos (Gráficos 29 e 30).

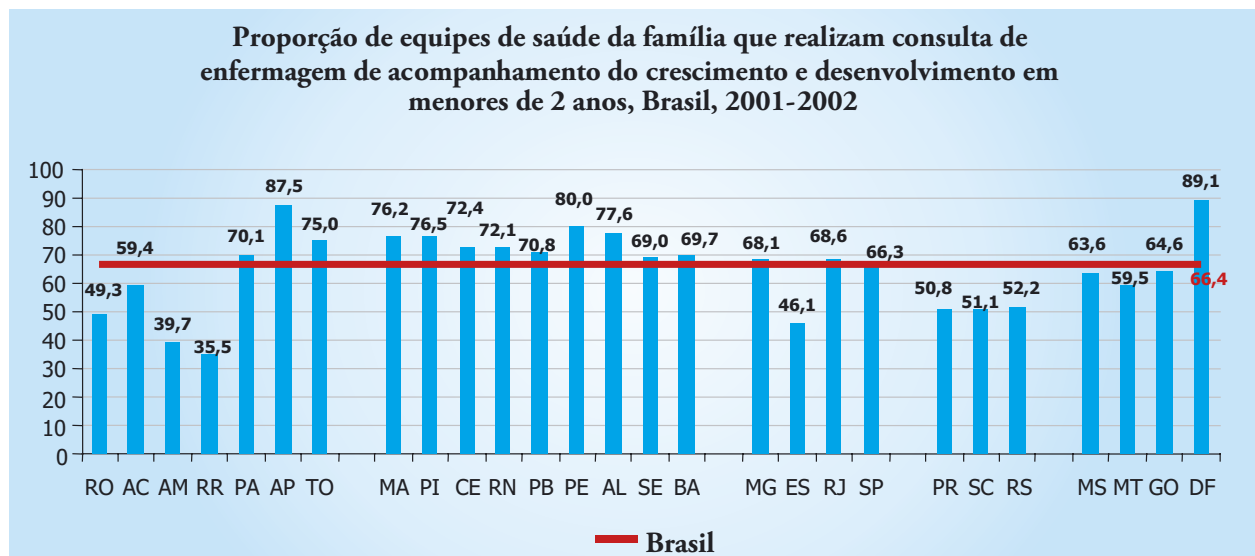
Entre as regiões, os menores percentuais de equipes em que o médico realizava esta atividade foram observados no Norte e Nordeste. Percentuais de até aproximadamente 40% foram observados em cinco estados da Região Norte (Rondônia, Acre, Amapá, Roraima e Pará) e em quatro estados do Nordeste (Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Bahia). Nas demais regiões, apenas o Paraná (45,0%) apresentou percentuais inferiores à média nacional (Gráfico 29).

Percentuais bem mais elevados foram observados quando investigada a realização desta atividade pelo enfermeiro, especialmente, na Região Nordeste, onde todos os estados exibiram percentuais iguais ou superiores a cerca de 70%. Os menores percentuais foram observados nos Estados de Rondônia, Amapá, Roraima e Espírito Santo (Gráfico 30).

**GRÁFICO 29**

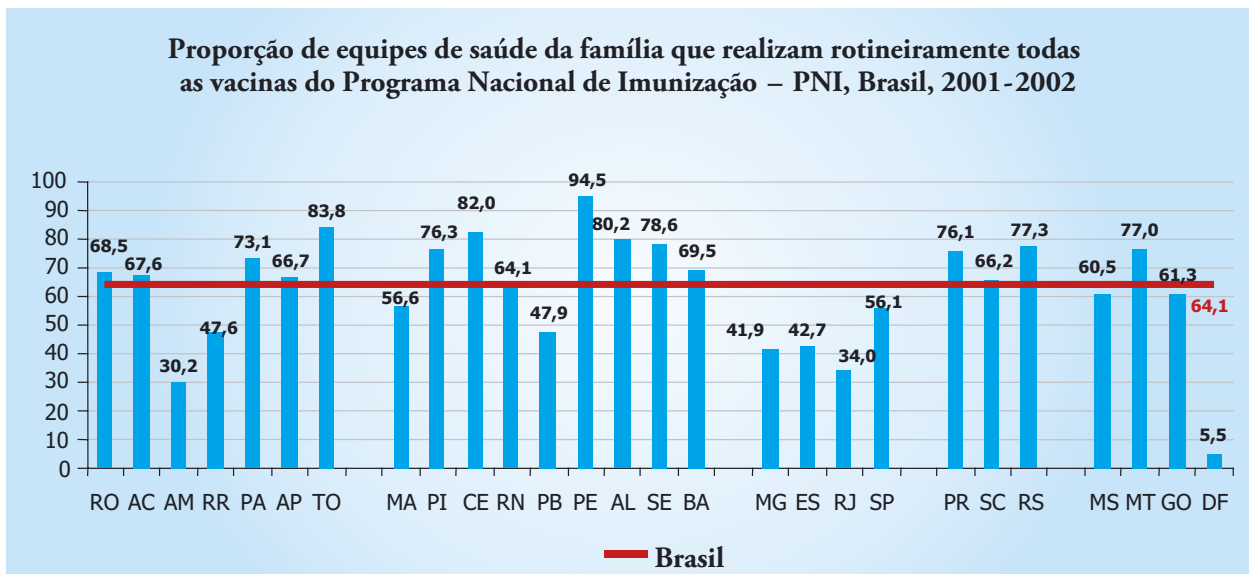


**GRÁFICO 30**



Na média nacional, apenas 64,1% das equipes referiram aplicar rotineiramente as vacinas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização. A situação mais crítica foi observada no Distrito Federal (5,5%), mas percentuais muito baixos foram exibidos, também, pelos estados do Sudeste, variando entre 34,0% e 56,1%, Amapá (30,2%), Roraima (47,6%) e Paraíba (47,9%) (Gráfico 31).

GRÁFICO 31



As ações curativas individuais, por outro lado, vêm sendo melhor desenvolvidas, especialmente pelos médicos, como revelou o percentual nacional de 86,5% das equipes em que os médicos realizavam consultas para atendimento de agravos prevalentes na infância, assistindo situações freqüentes como doenças diarreicas, infecções respiratórias, afecções exantemáticas, entre outras. Todas unidades da federação exibiram percentuais superiores a 80%, com exceção do Acre (79,3%), Paraná (76,9%), Mato Grosso do Sul (62,9%) e Distrito Federal (71,7%) (Gráfico 32).

No caso dos enfermeiros, em apenas 57,0% das equipes, este profissional realizava consultas para os agravos referidos. Entre as regiões, quatro estados do Norte ficaram abaixo do valor nacional (Rondônia, Acre, Amapá e Roraima); quatro estados do Nordeste (Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Bahia); três estados do Sudeste (Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo); todos os estados da Região Sul; e um estado do Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul), embora na maioria dos estados esta diferença com a média nacional fosse pouco significativa (Gráfico 33).

GRÁFICO 32

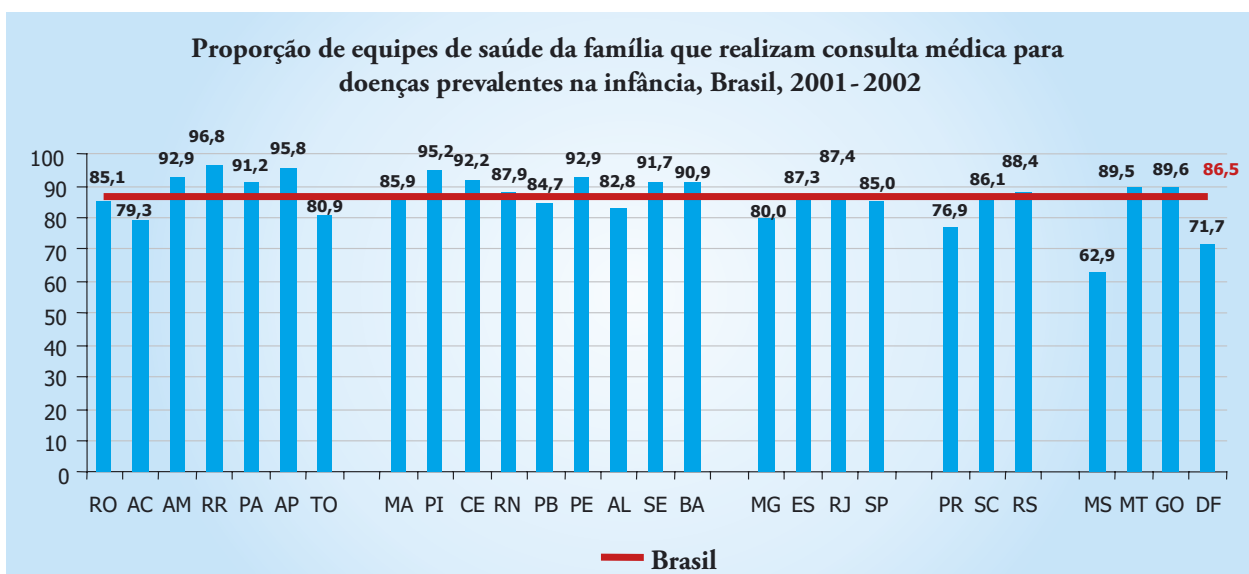
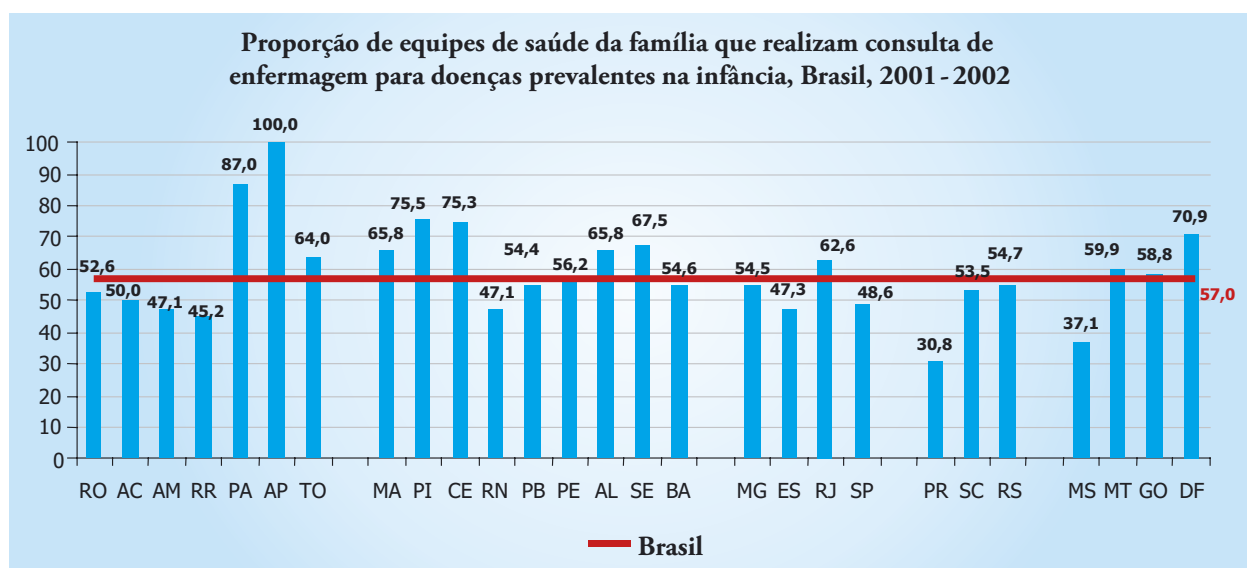


GRÁFICO 33



As ações das equipes em atenção às carências nutricionais foram abordadas na pesquisa por meio das seguintes questões: identificação de casos de desnutrição, realização de consulta médica e realização de suplementação alimentar.

Um elevado percentual de equipes declarou realizar ações para identificação de casos de desnutrição em todos os estados, com pouca flutuação em torno da média nacional de 89,4%. O menor percentual, 72,2%, foi registrado em São Paulo. Contudo, o percentual de equipes que realizaram ao menos uma consulta médica para desnutridos foi de, aproximadamente, 71%. Variações mais significativas deste percentual foram observadas na Região Norte, no Amapá (91,7%) e Tocantins (79,3%); no Nordeste, no Piauí (79,4%); no Sul, em Santa Catarina (78,3%) e Rio Grande do Sul (80,3%); e no Centro-Oeste, no Mato Grosso do Sul (82,8%) e Mato Grosso (89,5%). Percentuais inferiores a 60% das equipes foram encontrados em Rio Grande do Norte, Paraná e Distrito Federal (Gráficos 34 e 35).

GRÁFICO 34

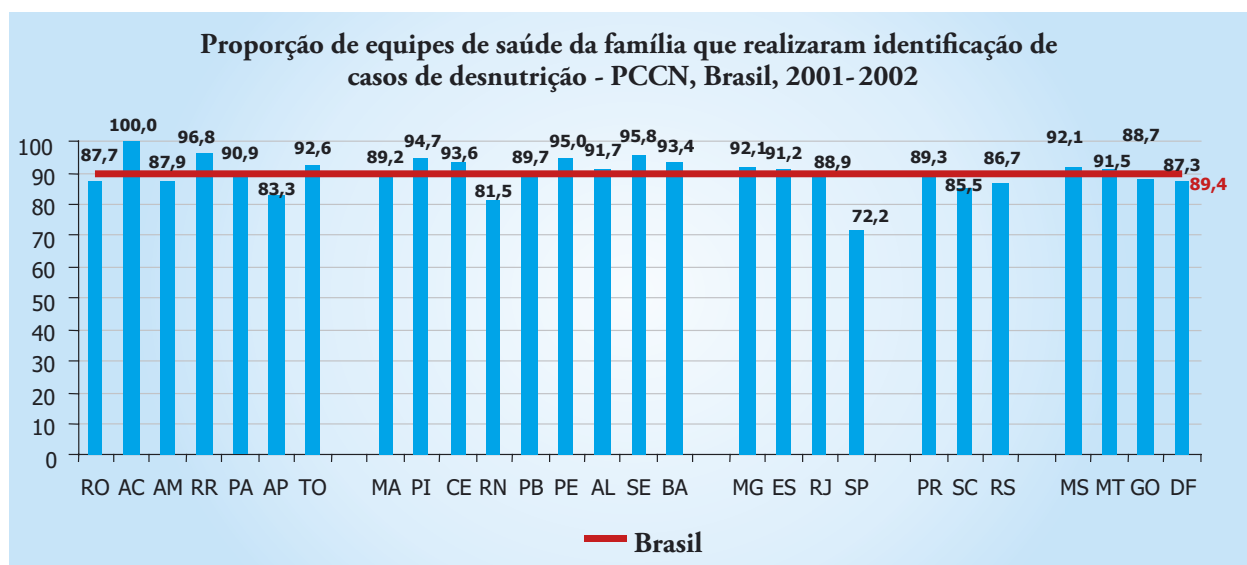
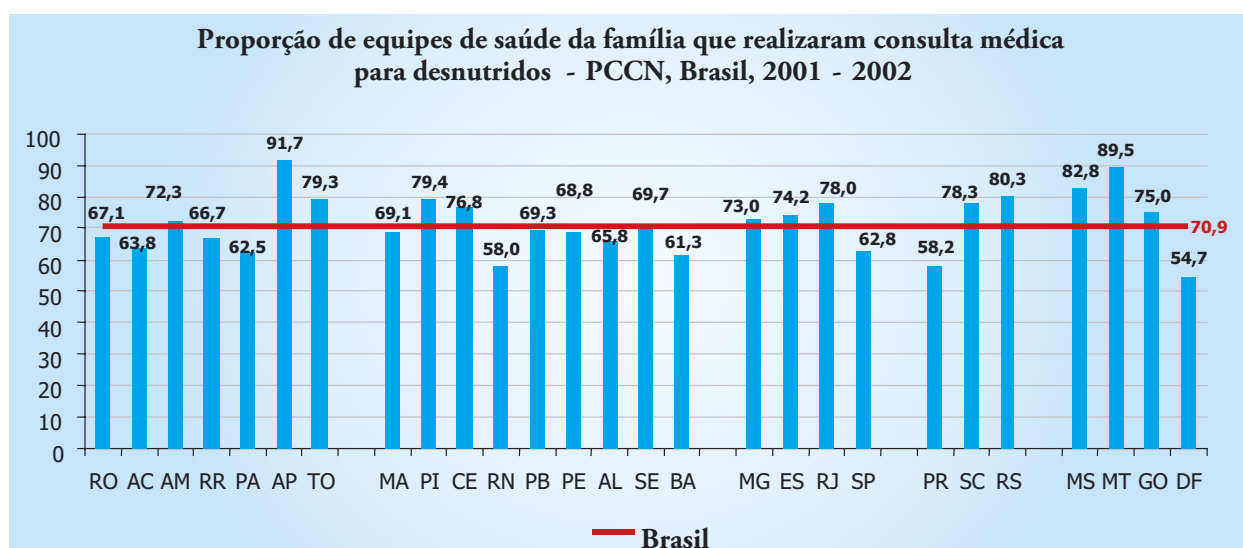


GRÁFICO 35



Uma das intervenções mais importantes no plano de combate às carências nutricionais é a suplementação alimentar. Os percentuais de equipes que realizavam esta ação tiveram comportamento bastante irregular, com uma média nacional de 59% das equipes. A maioria dos estados, dezesseis ao todo, exibiram percentuais superiores a este valor e em seis estados os percentuais foram inferiores a 40% (Gráfico 36).

O percentual de equipes que realizavam terapia de reidratação oral foi de 63,5%. Na Região Norte, que apresentou a maior variação entre os estados, o percentual oscilou entre 7,9% (Roraima) e 95,8% (Amapá); no Nordeste, de 45,3% (Rio Grande do Norte) a 90,0% (Alagoas); no Sudeste, de 57,6% a 76,6%; no Sul, de 56,0% a 67,8% e no Centro-Oeste, de 29,6% a 76,7% (Gráfico 37).

Resumindo os achados para a saúde da criança, os percentuais de equipes variaram em função do tipo de ação, entre 55% e 89%, sendo mais frequentes a consulta médica para doenças prevalentes na infância e a identificação de casos de desnutrição. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, definido pelo Ministério da Saúde como uma das cinco ações básicas da assistência à saúde da criança, foi realizado por menos de 70% das equipes. Foi muito baixa a média nacional de 64% das equipes que referiram aplicar rotineiramente as vacinas preconizadas pelo PNI, situação especialmente crítica na Região Sudeste, Amapá, Roraima, Paraíba e Distrito Federal.

GRÁFICO 36

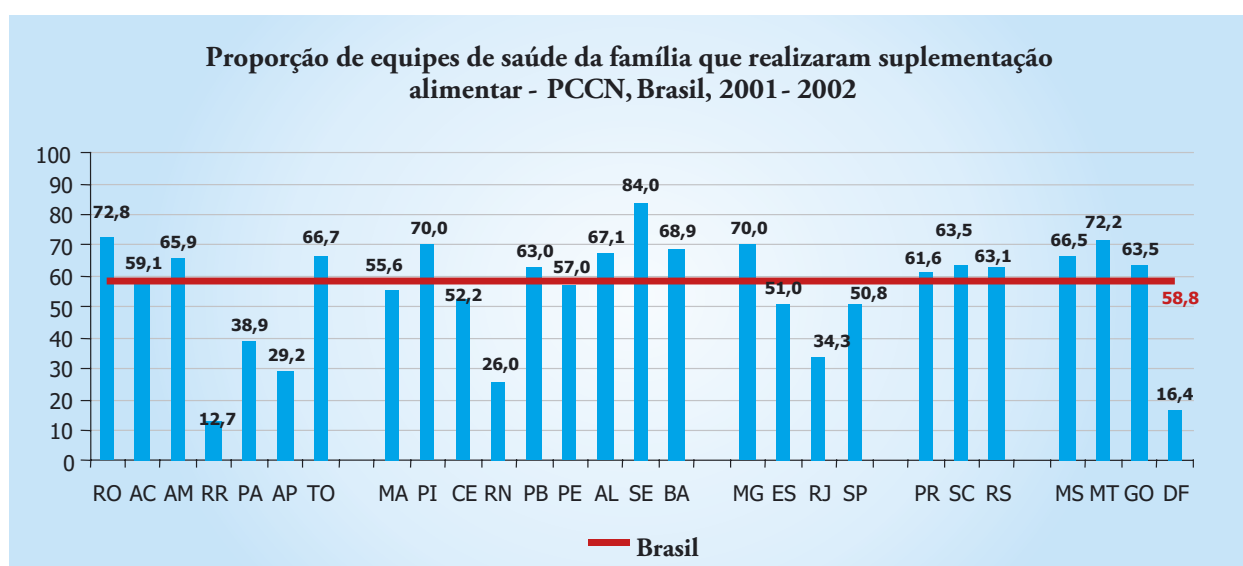
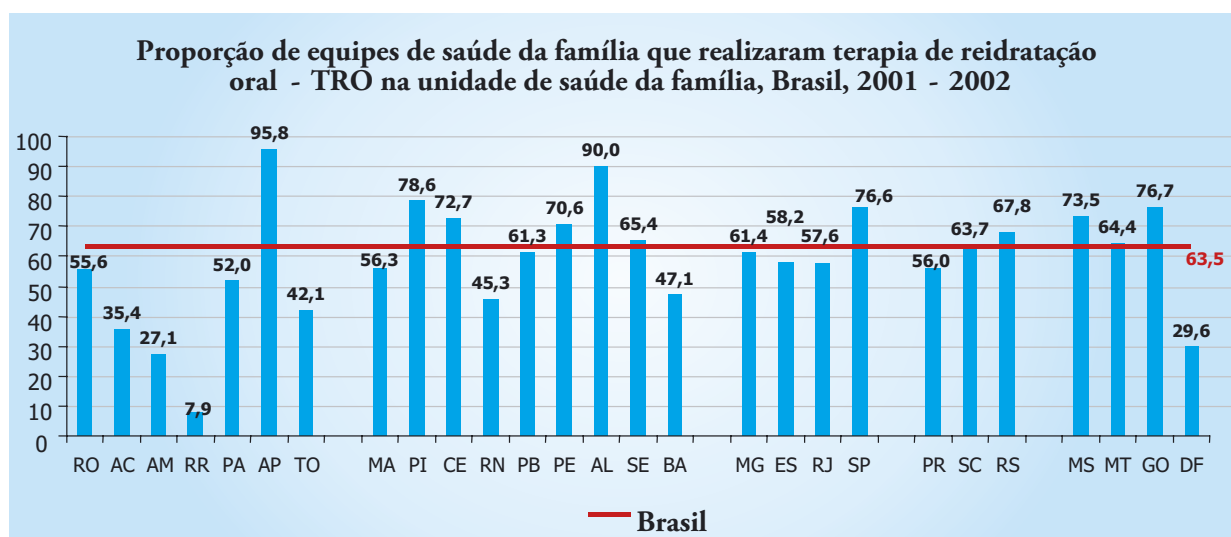


GRÁFICO 37



### 3.3.3 Ações em saúde da mulher

As médias nacionais de equipes que realizaram consultas médicas e de enfermagem de pré-natal foram de 73,5% e 70,6%, respectivamente. Embora semelhantes no âmbito nacional, existiu uma grande diversidade entre os estados para estes indicadores (Gráficos 38 e 39).

Com relação às consultas médicas, os percentuais de equipes que realizaram este procedimento variaram de 36,2% (Acre) a 87,6% (Tocantins) no Norte; de 53,6% (Pernambuco) a 90,8% (Piauí) no Nordeste; 66,9% (Minas Gerais) a 80,4% (Espírito Santo) no Sudeste; 57,6% (Paraná) a 80,9% (Rio Grande do Sul) e 67,9% a 92,8% no Centro-Oeste (Gráfico 38).

As equipes que realizavam consultas de pré-natal de enfermagem concentraram-se nas Regiões Norte e Nordeste, com a maioria dos estados exibindo percentuais acima de 85%. Todos os estados das Regiões Sul e Sudeste tiveram seus percentuais significativamente abaixo da média nacional, variando de 32,2% no Paraná a 60,4% no Rio de Janeiro (Gráfico 38).

GRÁFICO 38

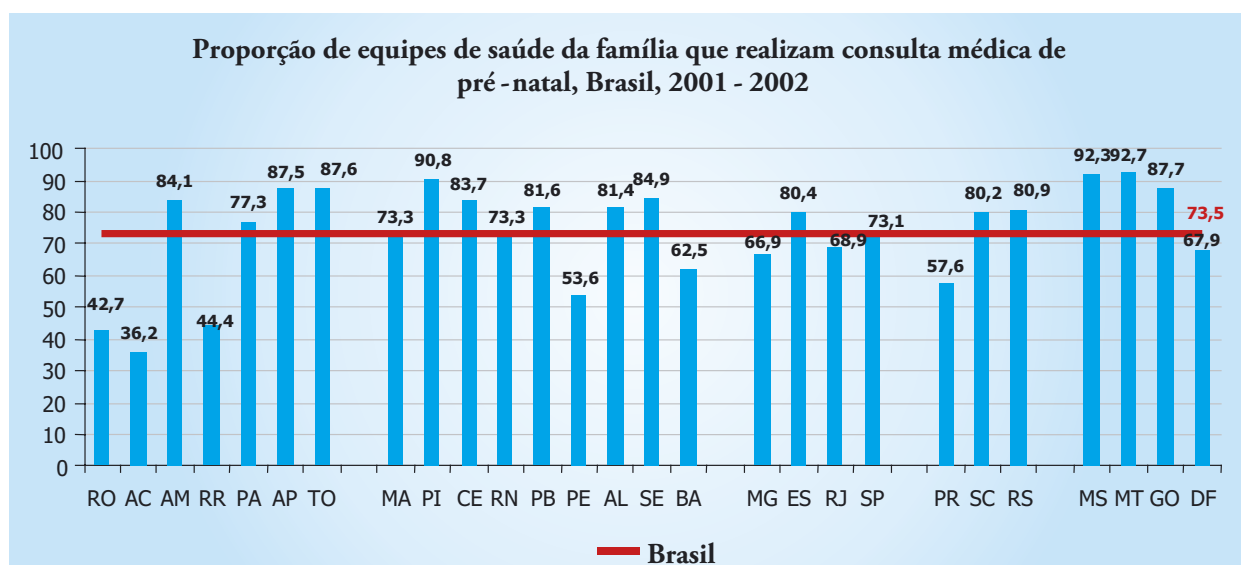
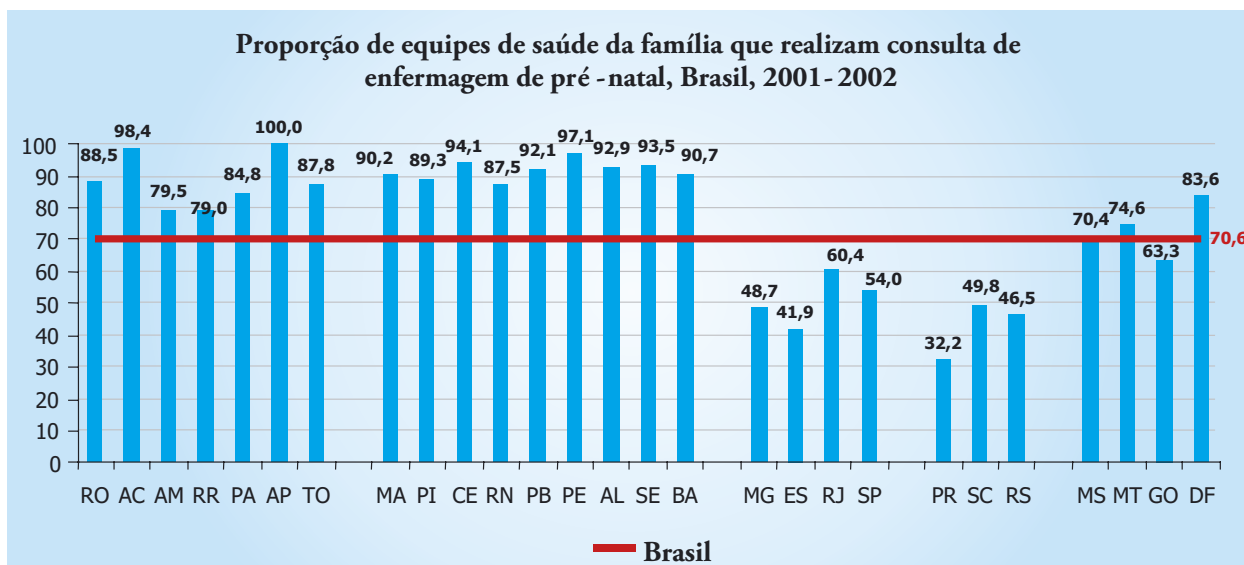
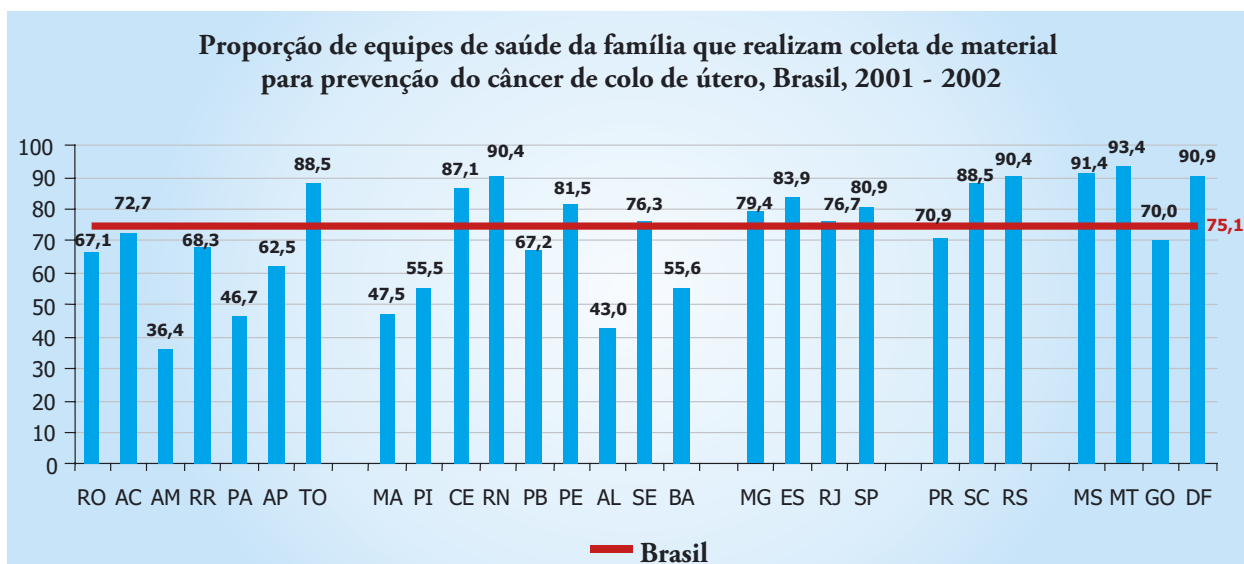


GRÁFICO 39



No Gráfico 40, estão demonstradas as freqüências de equipes que realizavam coleta de exames citopatológicos, com média nacional de aproximadamente 75%. Com uma distribuição heterogênea entre os estados, destacaram-se dois grupos claramente divididos acima e abaixo desta média, apresentando, nos Estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal, percentuais superiores a 90%. Enquanto que nos Estados do Maranhão, Pará, Alagoas e Amazonas menos de 50% das equipes realizavam esse procedimento.

GRÁFICO 40



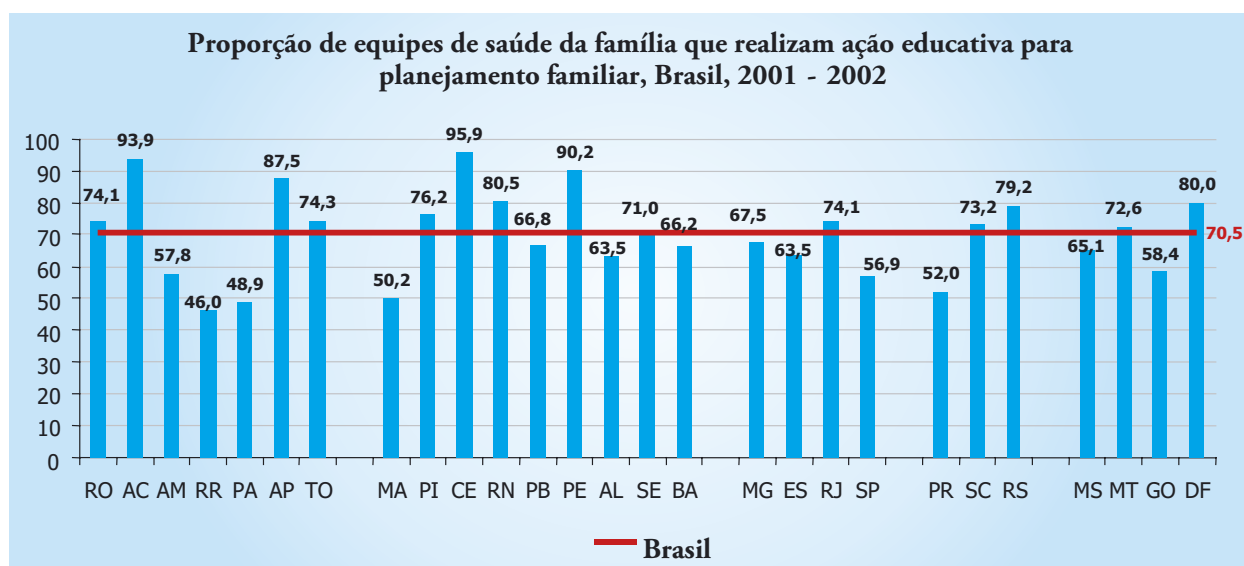
Cerca de 70% das equipes desenvolveram ações educativas em planejamento familiar, individuais ou em grupo, na sua rotina de trabalho. Percentuais inferiores a 60% foram observados em sete estados: Amazonas, Roraima e Pará na Região Norte; Maranhão no Nordeste; São Paulo no Sudeste; e Goiás no Centro-Oeste (Gráfico 41).

A média nacional de equipes que distribuíam métodos contraceptivos (condom, diafragma ou DIU) foi de 69,9%. Os mais baixos percentuais de equipes que desenvolviam esta ação foram observados nos Estados de

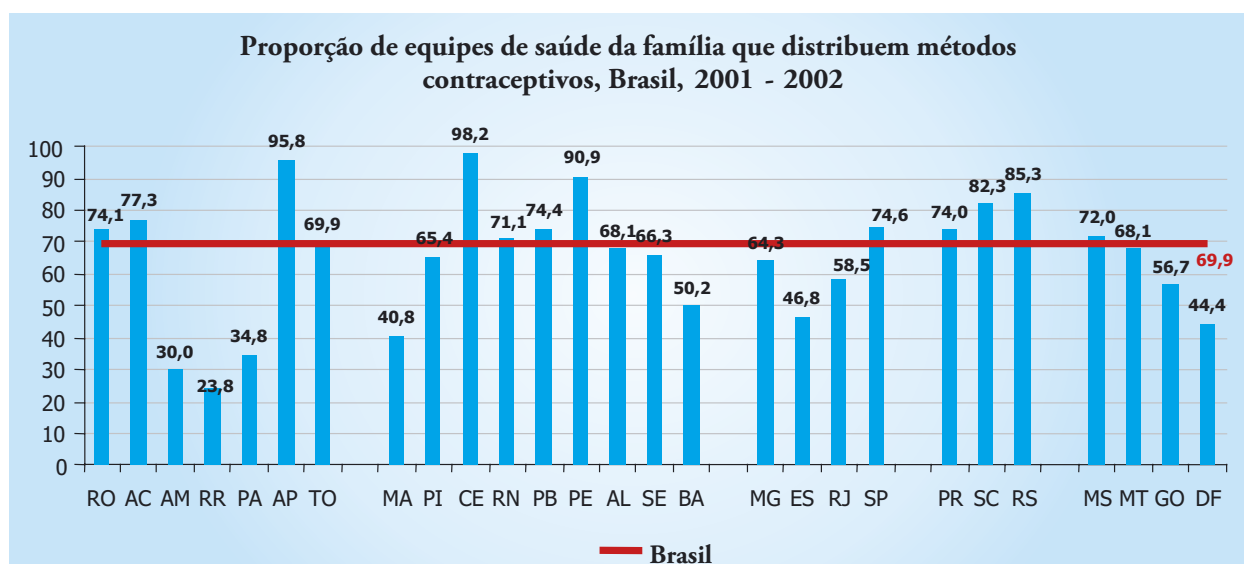
Amazonas (30,0%), Roraima (23,8%), Pará (34,8%), Maranhão (40,8%), Espírito Santo (46,8%) e no Distrito Federal (44,4%) (Gráfico 42).

Em síntese, os resultados relacionados às ações em saúde da mulher (consulta de pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero, planejamento familiar e tratamento de afecções ginecológicas) demonstraram elevada proporção de equipes que realizava este elenco de ações, alcançando valores em torno ou superiores a 70%.

**GRÁFICO 41**



**GRÁFICO 42**



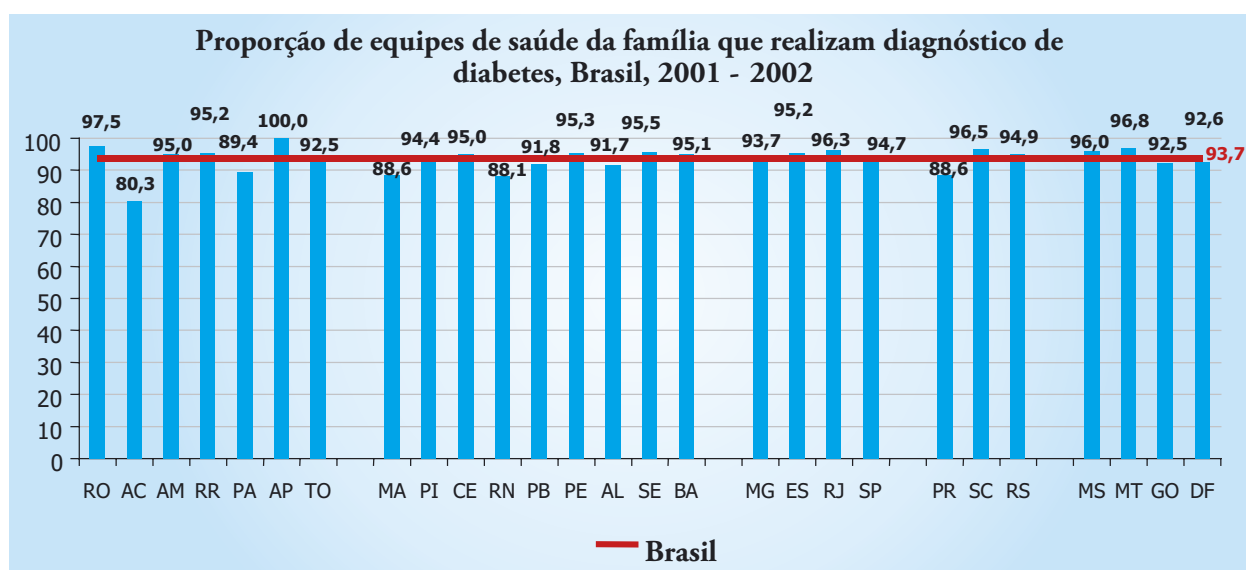
### 3.3.4 Ações em saúde do adulto

Quanto ao desenvolvimento de atividades para o controle das doenças crônicas estratégicas para atenção básica, observou-se avanços no controle de hipertensão e diabetes, pois mais de 90% das equipes realizavam ações de diagnóstico e tratamento desses agravos.

Os percentuais de equipes que realizavam diagnóstico e tratamento de casos de diabetes foram de 93,7% e 94,2%, respectivamente. Com relação ao diagnóstico de diabetes, apenas os Estados do Acre, Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte e Paraná exibiram percentuais de equipes que realizavam esta ação inferiores a 90%, ressaltando-se que todos foram superiores a 80%. Quanto ao tratamento, apenas o Estado do Acre exibiu percentual inferior a 80% (Gráfico 43 e 44).

Mais de 95% das equipes de saúde da família no Brasil realizavam diagnóstico e tratamento de casos de hipertensão (Gráficos 45 e 46). A distribuição dos percentuais entre os estados não apresentou grandes variações, com valores muito próximos nas unidades federadas em relação a estas duas ações, sendo o Acre o único estado que apresentou percentuais em torno de 80% (Gráficos 45 e 46).

**GRÁFICO 43**



**GRÁFICO 44**

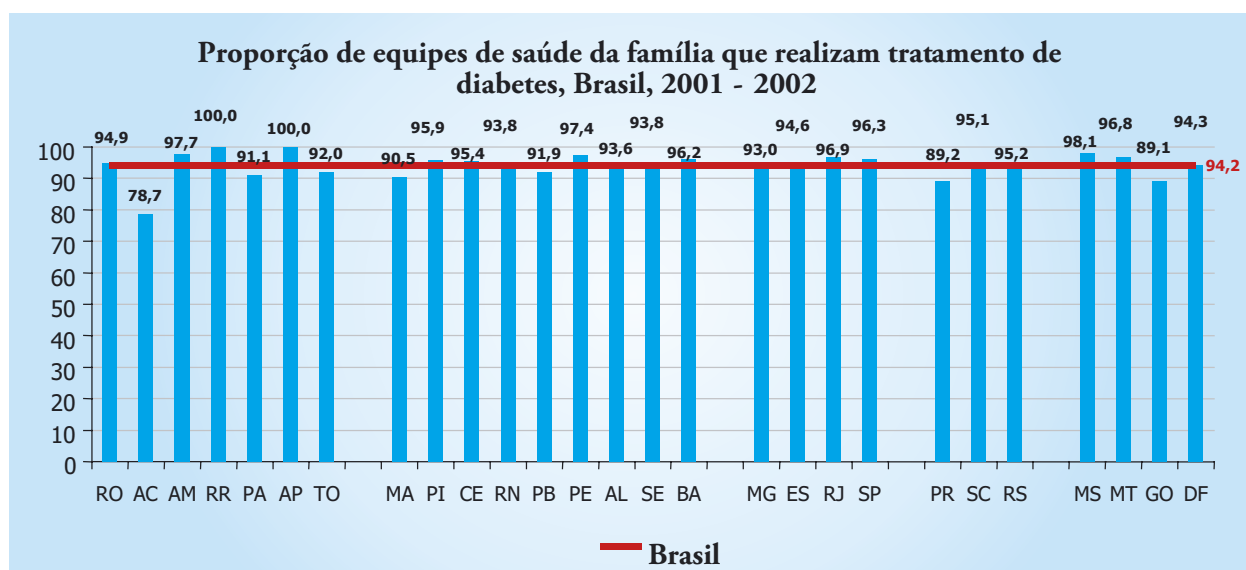




GRÁFICO 45

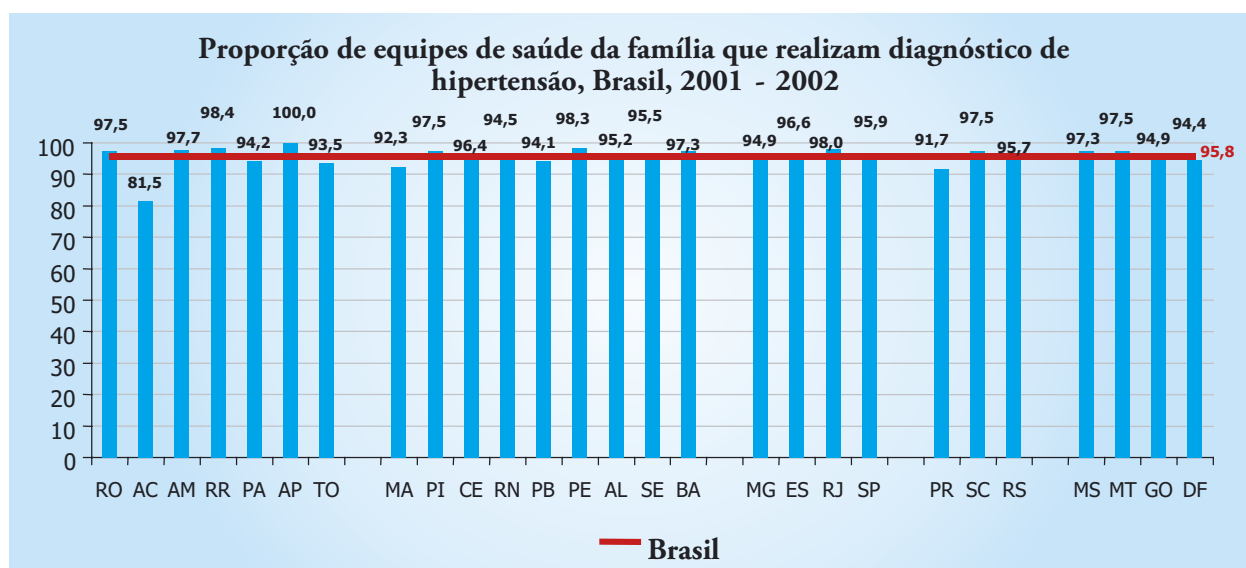
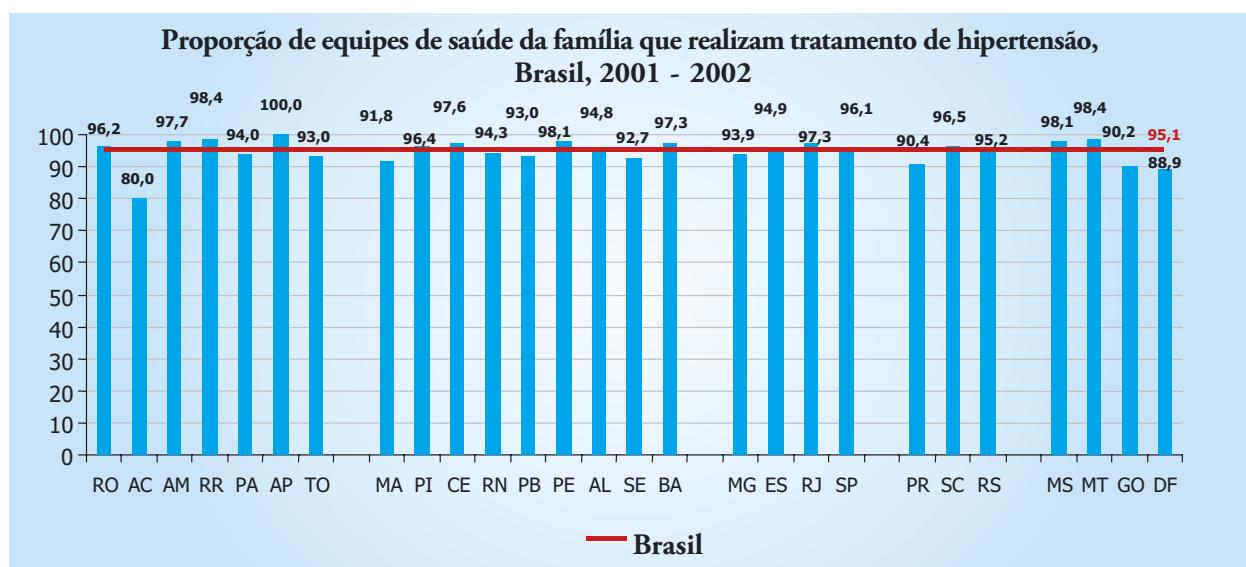


GRÁFICO 46



Do total das equipes, cerca de 59% das equipes referiram realizar diagnóstico clínico de hanseníase. Os maiores valores foram registrados nas Regiões Norte e Centro-Oeste, onde sete estados apresentaram percentuais de diagnóstico acima da média nacional, com destaque para Tocantins e Mato Grosso, com valores superiores a 80% das equipes realizando o diagnóstico (Gráfico 47).

Quanto ao tratamento da hanseníase, apenas 26,5% das equipes referiram realizar esta atividade. Em todos os estados, exceto Tocantins (74,2%) e Mato Grosso (67,3%), os percentuais de equipes mostraram-se muito reduzidos, alcançando no máximo 50,0% das equipes (Gráficos 48).

GRÁFICO 47

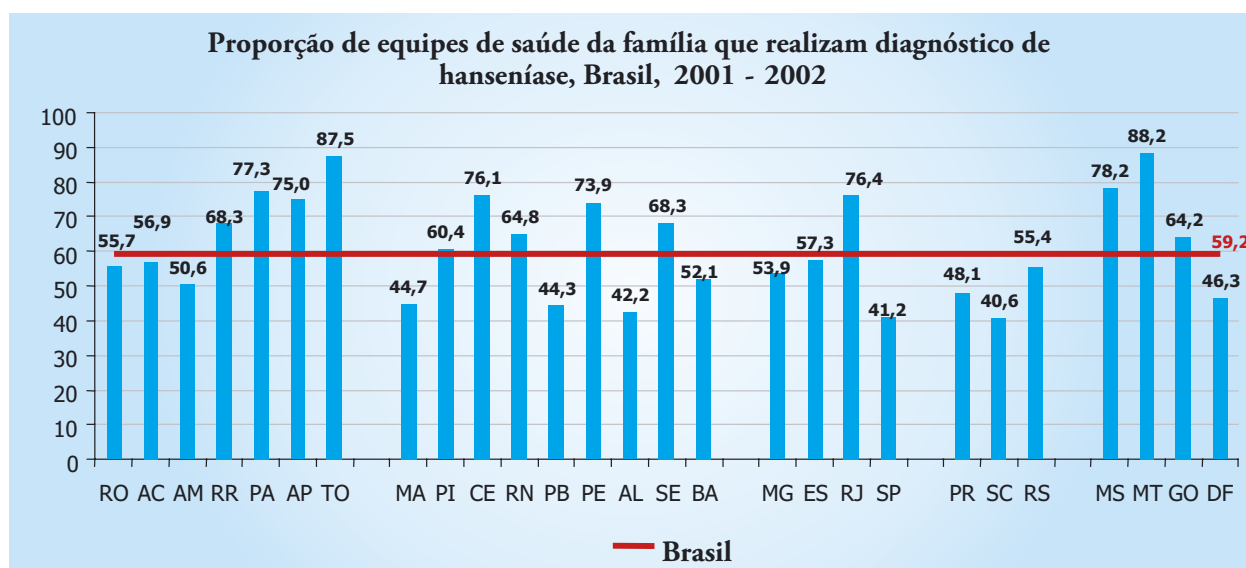
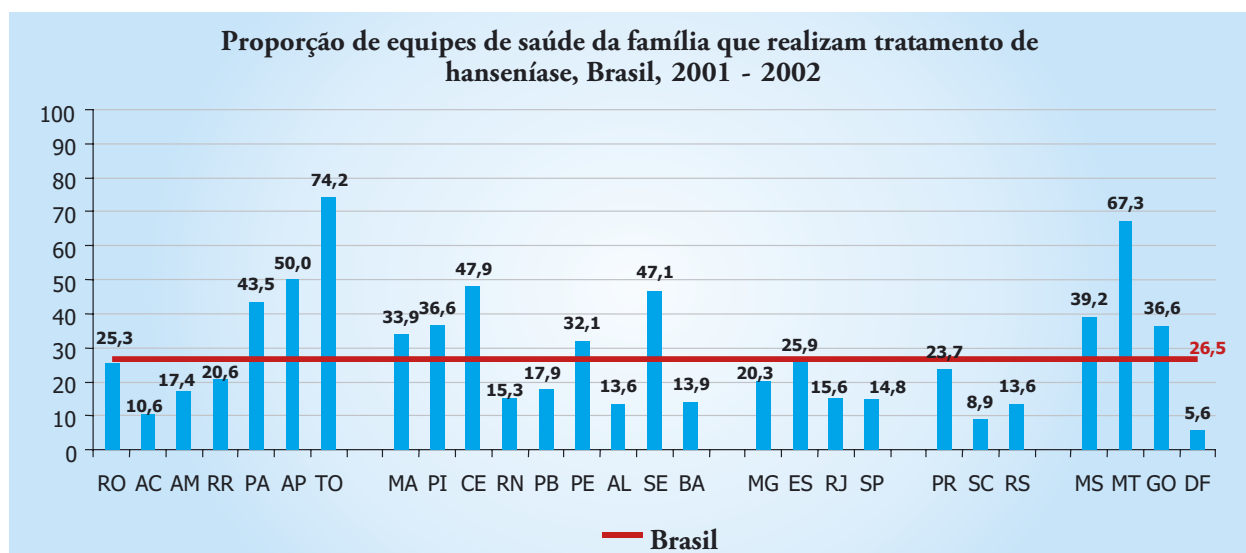


GRÁFICO 48



A identificação de casos de tuberculose foi uma ação freqüente das equipes de saúde da família. O diagnóstico dessa patologia era realizado por 69,5% das equipes. Entre as regiões, percentuais inferiores a 60% foram observados em Rondônia, Acre e Amapá no Norte; Maranhão e Paraíba no Nordeste; Paraná e Santa Catarina no Sul e no Distrito Federal (Gráfico 49).

Apenas 33,5% e 23,5% das equipes referiram realizar, respectivamente, tratamento de pacientes com tuberculose e tratamento supervisionado (Gráficos 50 e 51).

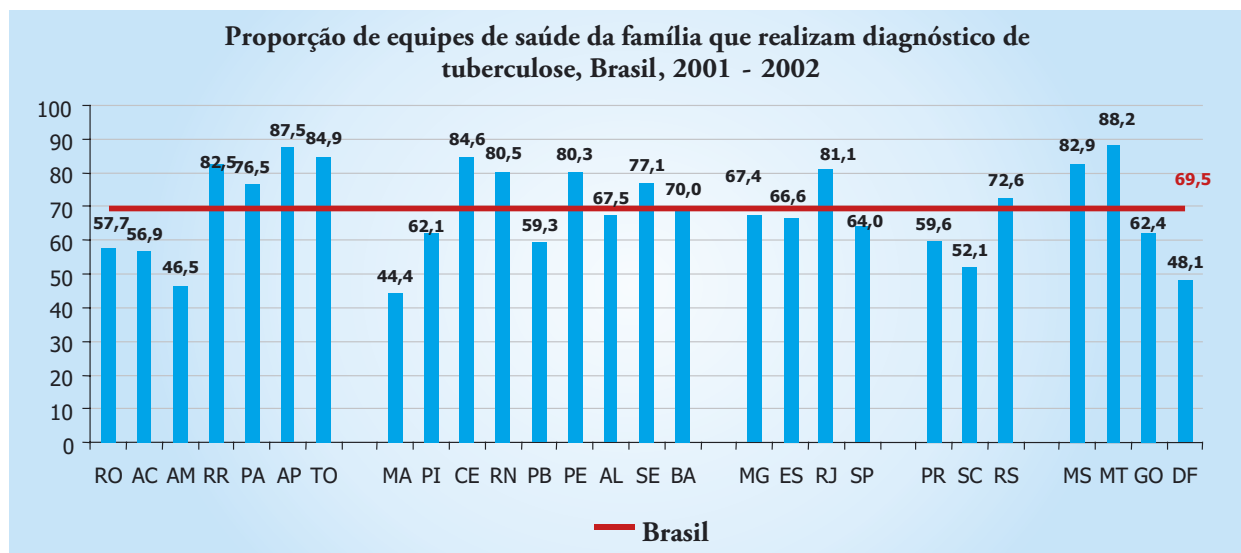
Percentuais de equipes que realizavam tratamento de pacientes com tuberculose iguais ou superiores a 50% foram observados apenas em Amapá (66,7%) e Tocantins (61,1%) na Região Norte; Ceará (59,5%) e Sergipe (50,9%) no Nordeste; Mato Grosso do Sul (50,0%) e Mato Grosso (56,9%) no Centro-Oeste e em nenhum dos estados das Regiões Sul e Sudeste (Gráfico 50).

Quanto ao tratamento supervisionado de pacientes com tuberculose, em 19 unidades os percentuais de equipes foram inferiores a 25% das equipes, ultrapassando a média nacional apenas nos Estados de Amapá

(62,5%), Tocantins (55,3%) na Região Norte; Piauí (47,0%) e Ceará (33,9%) no Nordeste; e Mato Grosso do Sul (43,3%) e Mato Grosso (39,4%) no Centro-Oeste (Gráfico 51).

A análise dos resultados deste estudo com relação ao controle da tuberculose e hanseníase demonstrou que a maioria das equipes diagnosticava os casos, mas as demais ações relacionadas ao tratamento foram bem menos frequentes. Cerca de 60% das equipes realizavam diagnóstico de hanseníase, 70%, de tuberculose, entretanto, um terço ou menos das equipes desenvolviam ações de tratamento desses agravos.

**GRÁFICO 49**



**GRÁFICO 50**

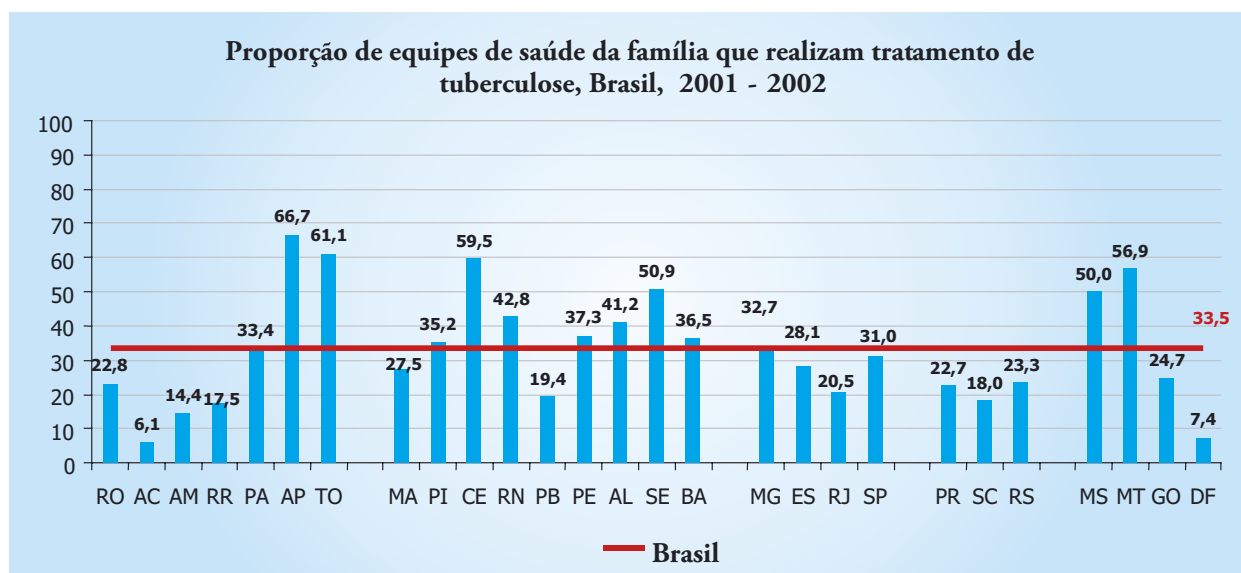
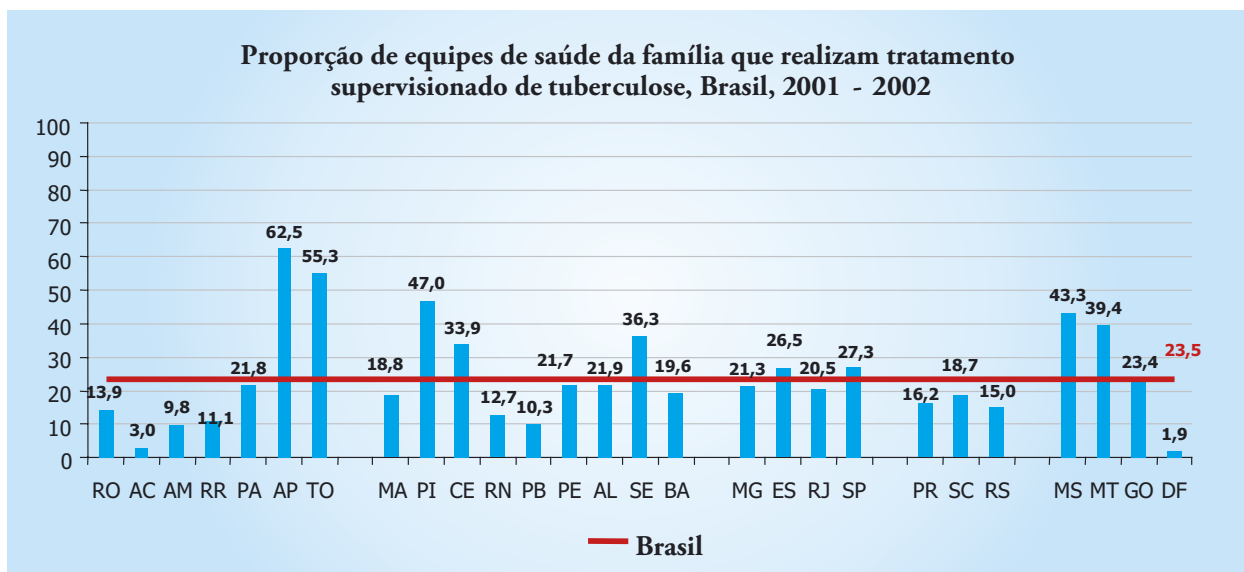
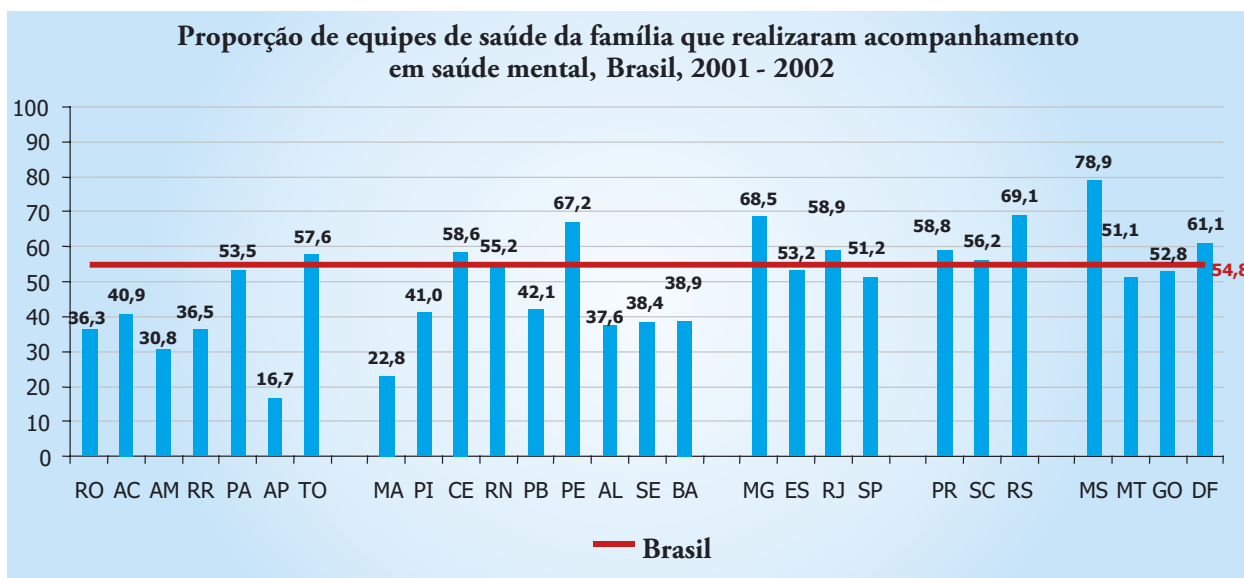


GRÁFICO 51



Do total de equipes, 54,8% referiram desenvolver ações em saúde mental. Essas ações estavam restritas à identificação, cadastramento e acompanhamento dos portadores de sofrimento mental, sendo que o acompanhamento incluía visitas regulares do agente comunitário de saúde. Na distribuição regional, observaram-se maiores percentuais de equipes realizando esse conjunto de ações nos estados das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (Gráfico 52).

GRÁFICO 52



### 3.3.5 Ações em saúde bucal

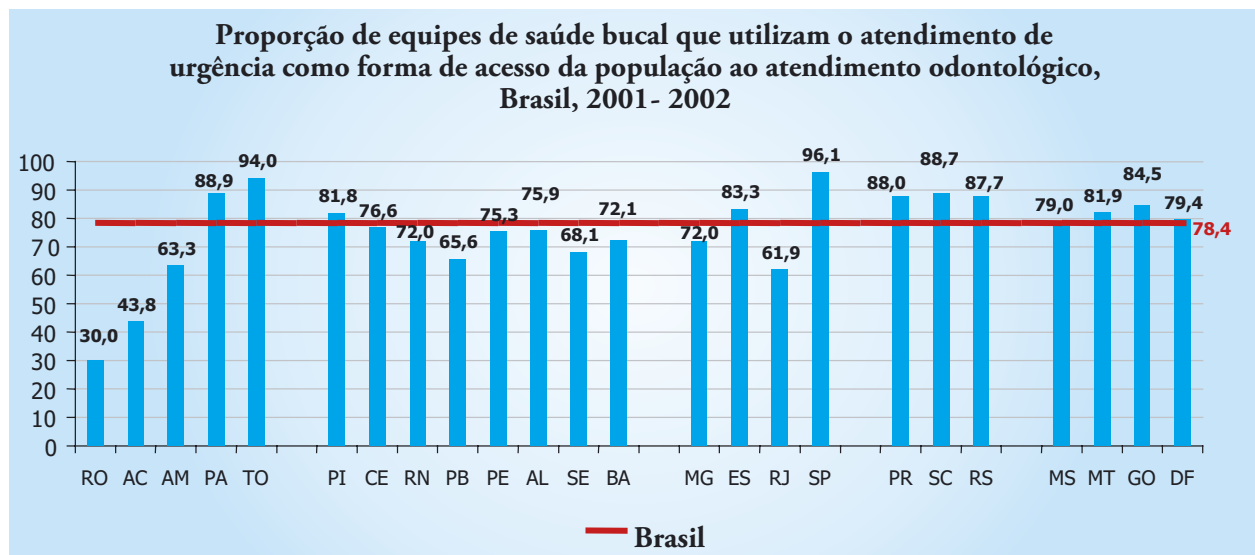
As formas de organização das equipes de saúde bucal quanto à atenção à saúde da população sugerem a existência de diversos modelos tradicionalmente estabelecidos, oscilando entre as práticas incrementais e preventivistas e intervencionistas e mutiladoras.

O atendimento de urgências odontológicas foi a forma mais freqüente de atenção à saúde bucal referida pelas equipes (78%). A oferta programada foi referida por 48,8% das equipes para atendimento a grupos prioritários, como gestantes e hipertensos; 27,0% para clientela de instituições; e 7,2%, exclusivamente para escolares (Gráficos 53 a 56).

Quanto à oferta programada a grupos prioritários, o percentual de equipes variou de 10,0% (Rondônia) a 56,0% (Tocantins) na Região Norte; 12,1% (Paraíba) a 71,0% (Ceará) no Nordeste; 42,9% (Rio de Janeiro) a 67,0% (São Paulo) no Sudeste; 42,5% (Santa Catarina) a 75,2% (Paraná) no Sul; e 37,9% (Goiás) a 76,5% (Distrito Federal) no Centro-Oeste. Ou seja, os valores mais elevados e com menores variações entre os estados foram observados nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (Gráfico 54).

Em relação à oferta programada para usuários institucionalizados, com exceção de Tocantins (32,0%), a Região Norte apresentou os percentuais mais baixos. Proporções mais elevadas foram registradas na Região Sudeste, especialmente, no Paraná (58,2%) (Gráfico 55).

**GRÁFICO 53**



**GRÁFICO 54**

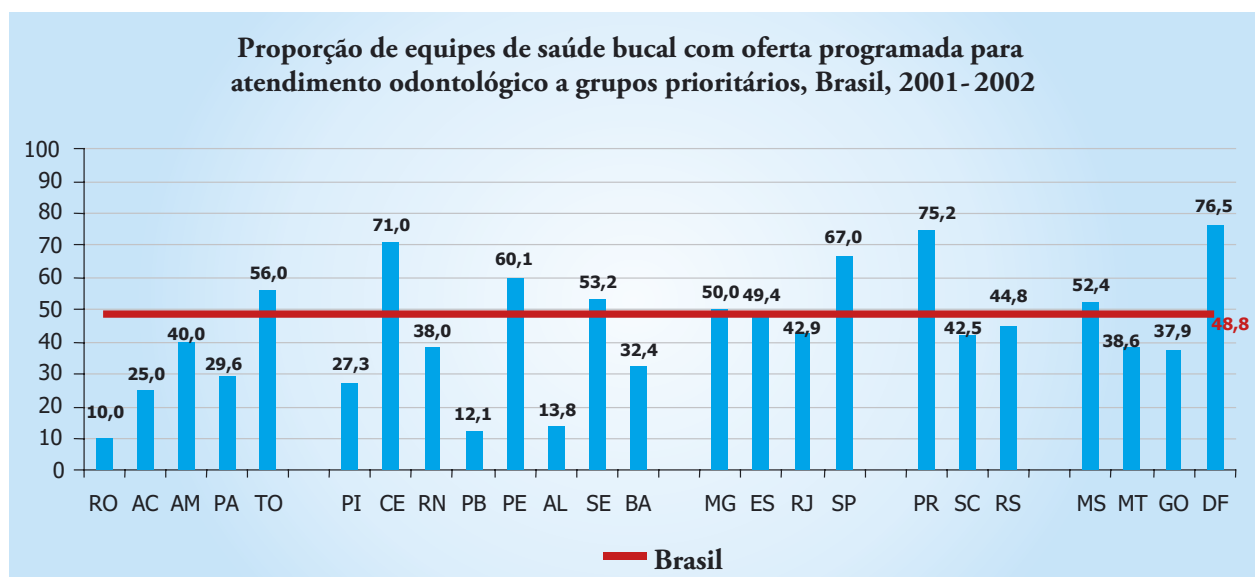


GRÁFICO 55

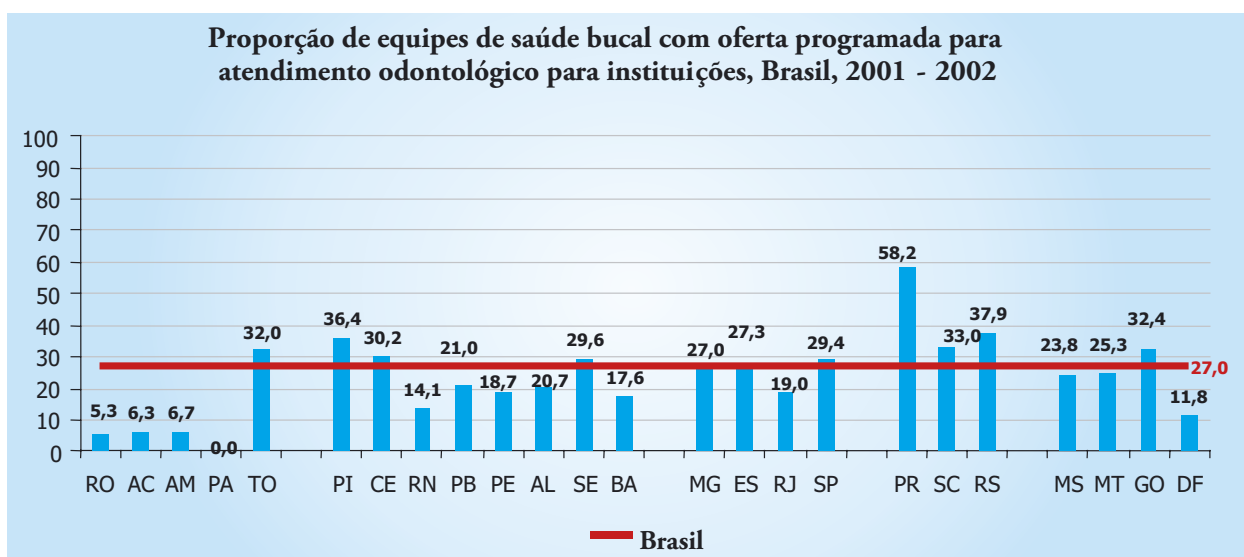
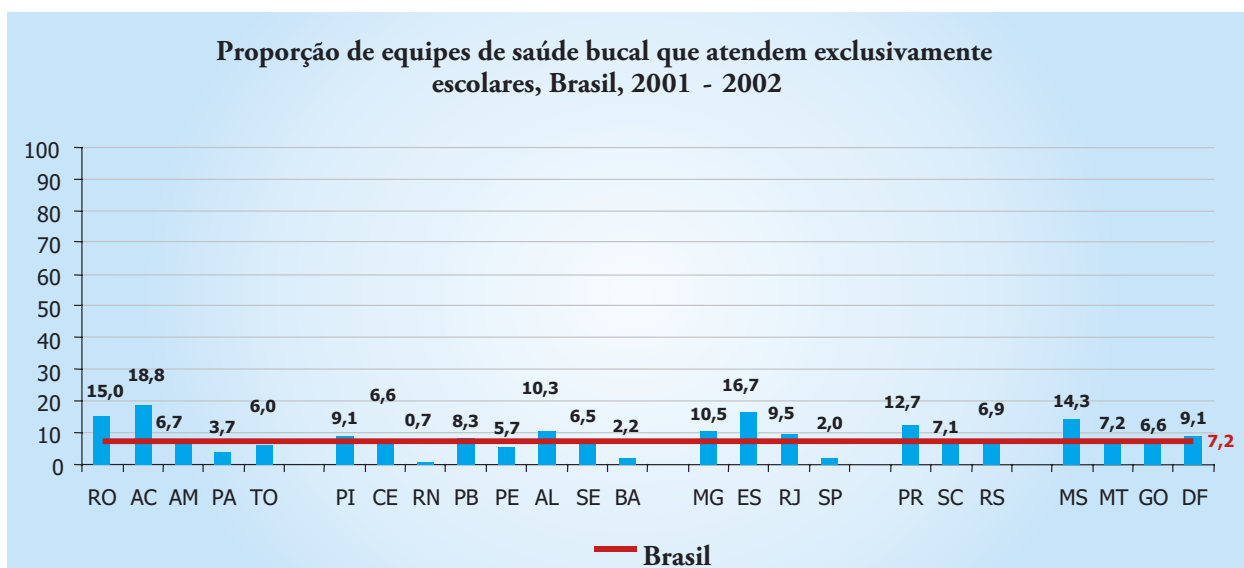


GRÁFICO 56



### 3.3.6 Ações de vigilância epidemiológica

Em relação aos procedimentos básicos de vigilância epidemiológica, a notificação compulsória de doenças foi referida pela maioria das equipes de saúde da família (83,8%), enquanto que apenas 48,7% delas afirmaram realizar investigação de óbitos (Gráficos 57 e 58).

Quanto à notificação compulsória de doenças, a maioria dos estados situou-se em torno da média nacional, à exceção do Amapá (58,6%), Rio de Janeiro (70,3%) e Distrito Federal (68,5%), que apresentaram valores mais baixos (Gráfico 57).

Percentuais de equipes que investigavam óbitos foram superiores a 50% no Acre e Roraima, na maioria dos estados do Nordeste (com exceção do Maranhão, Paraíba e Bahia), no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e no Distrito Federal (Gráfico 58).

GRÁFICO 57

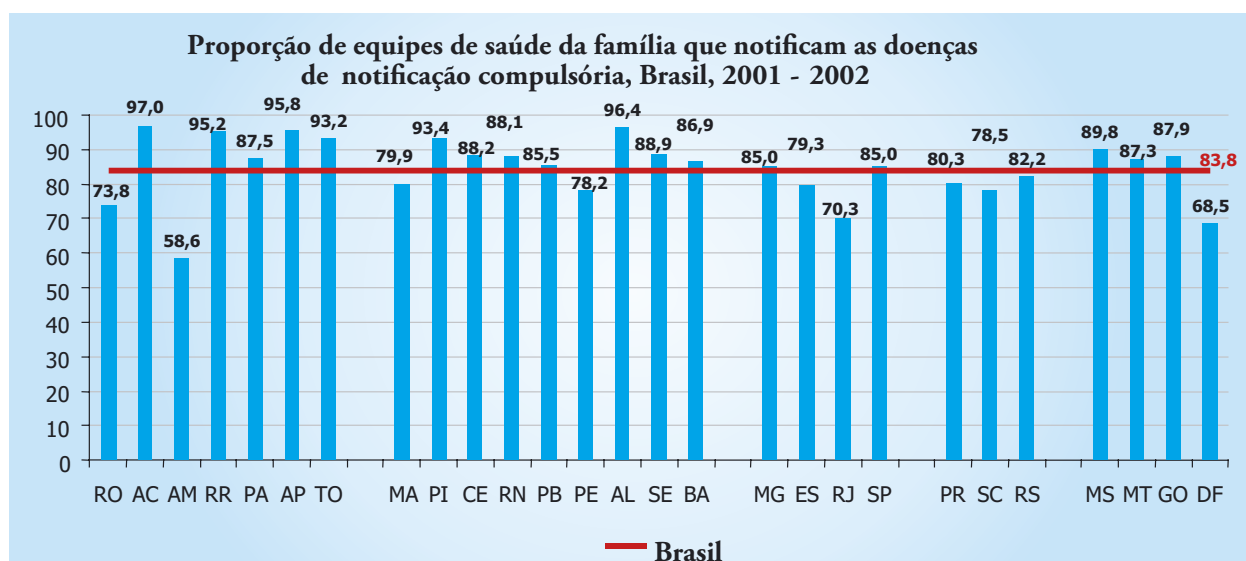
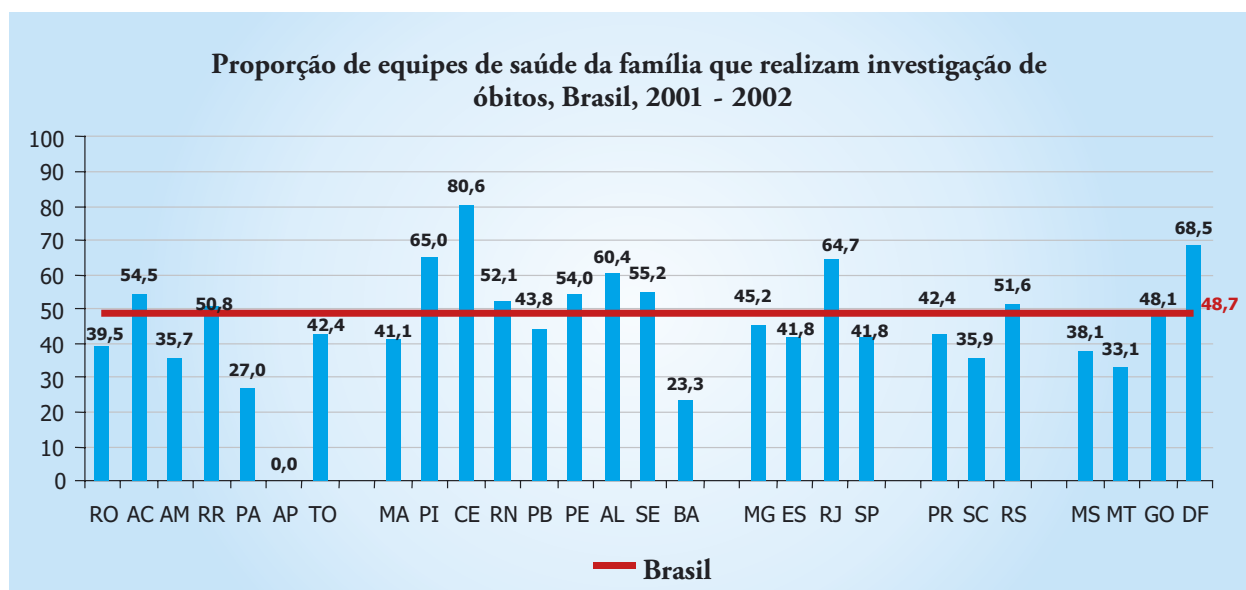


GRÁFICO 58



### 3.3.7 Ações educativas

A proporção de equipes de saúde da família que referiram que os médicos e os enfermeiros realizavam atividades educativas em grupo foram de, respectivamente, 64,3% e 77,2%. Com relação aos médicos, a distribuição dos estados nas regiões foi uniforme, com percentuais próximos à média nacional, com exceção da Região Norte, onde os Estados de Rondônia, Amazonas, Roraima e Amapá apresentaram valores bem inferiores (Gráfico 59).

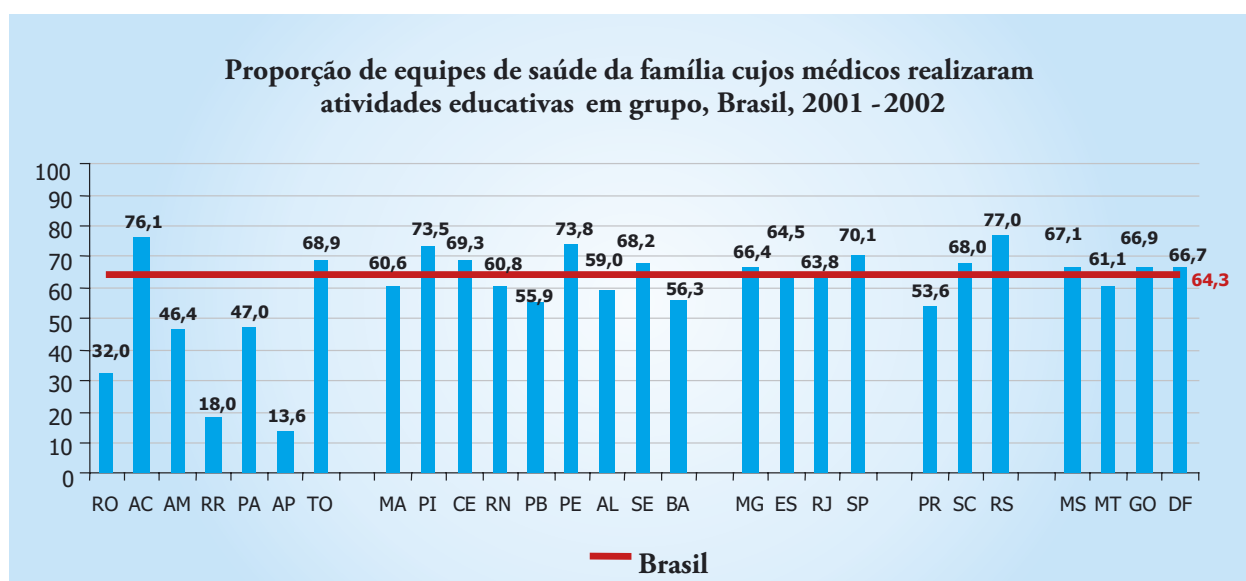
Para os enfermeiros, verificou-se, também, grande homogeneidade entre os estados nas Regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste e as menores proporções foram observadas nos Estados de Rondônia e Roraima (Gráfico 60).

Quanto às equipes de saúde bucal, em relação a este tipo de atividade, investigou-se a suficiência de material educativo, o que foi observado em apenas 41,9% das equipes. Entre as regiões, todos os estados do Norte

e cinco estados do Nordeste (Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Sergipe e Bahia) exibiram percentuais inferiores à média nacional; no Sudeste, os percentuais variaram entre 38,3% (Minas Gerais) e 71,4% (Rio de Janeiro); no Sul, entre 43,9% (Rio Grande do Sul) e 56,2% (Paraná); e no Centro-Oeste, entre 36,3% (Goiás) e 58,8% (Distrito Federal) (Gráfico 61).

Os resultados indicaram que as ações educativas vêm sendo incorporadas pelas equipes de saúde, porém em patamares que ainda necessitam serem incrementados. Ressalta-se que neste estudo não foram qualificadas tais atividades, não sendo possível discriminar sua natureza, bem como as concepções que têm orientado as ações de educação em saúde das equipes.

**GRÁFICO 59**



**GRÁFICO 60**

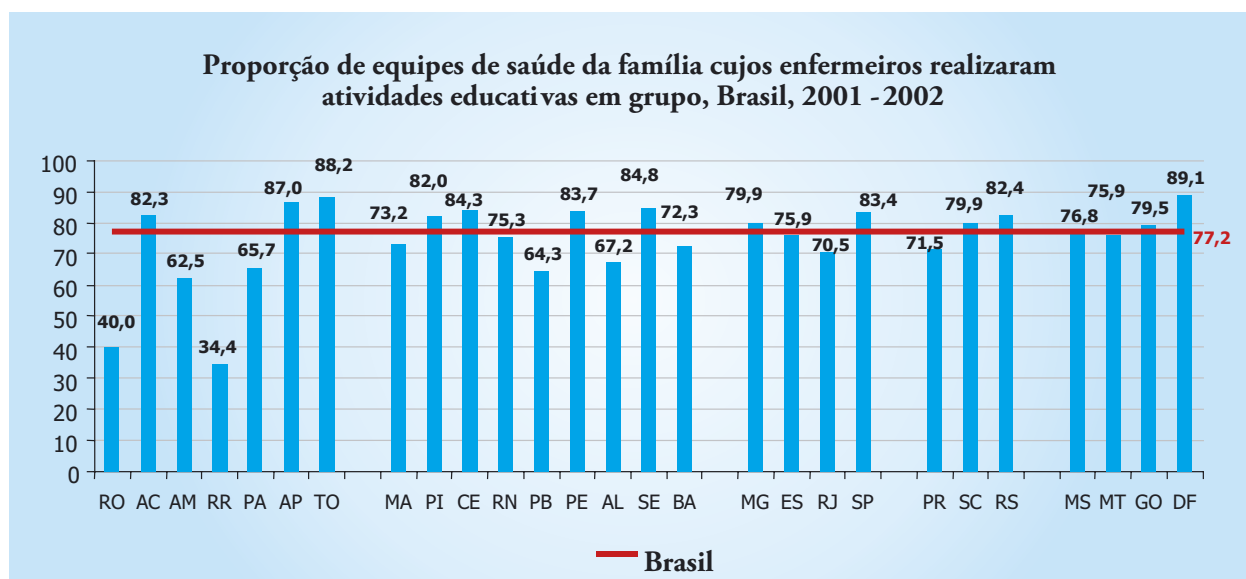
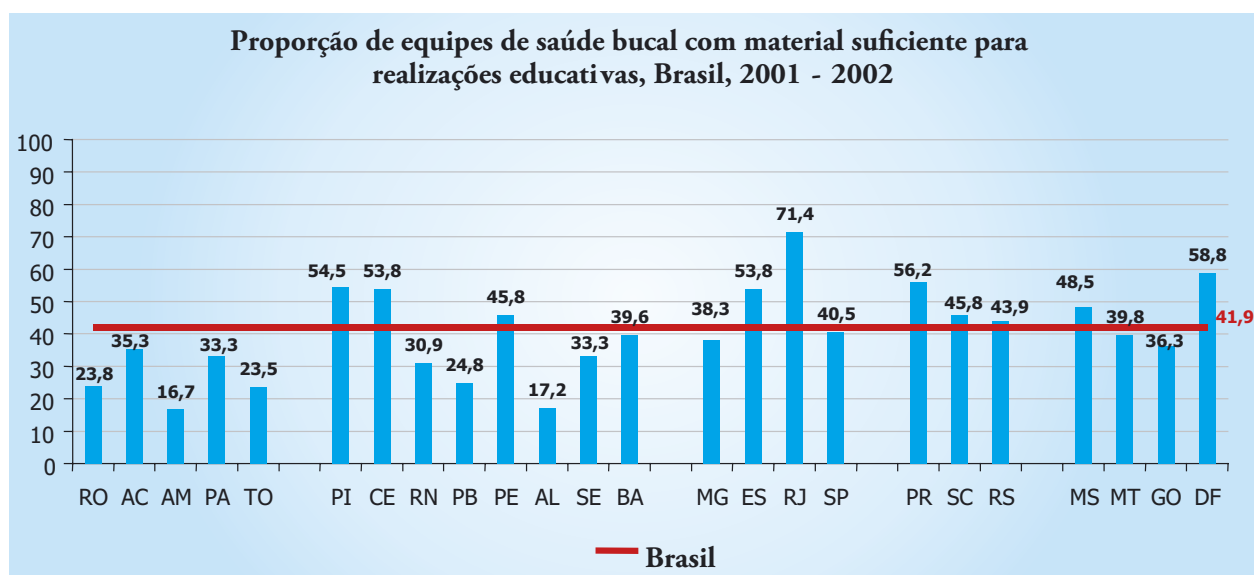




GRÁFICO 61



#### 4 Capacitação das equipes do Programa Saúde da Família

A qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família constitui-se em uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, propiciando a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolubilidade da atenção básica.

Entendendo a estratégia de saúde da família como uma ruptura com os modelos de atenção tradicionais, o Ministério da Saúde preconizou que, para implantação das equipes, fosse realizado um treinamento básico, que orientasse as equipes sobre a lógica de funcionamento do Programa e a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, que ficou conhecido como treinamento introdutório.

As áreas temáticas do elenco de capacitações das equipes de saúde da família são bastante diversificadas, dependendo das necessidades loco-regionais. No entanto, a partir da definição das áreas estratégicas da atenção básica, o Ministério da Saúde estimulou que as equipes fossem capacitadas em um elenco mínimo de conteúdos, definidos no processo de discussão da organização e ampliação da atenção básica: saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase e saúde bucal.

##### 4.1 Treinamento introdutório e do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

O treinamento introdutório deve ser ministrado, preferencialmente, anterior ou imediatamente após a implantação das equipes. Contudo, o percentual de equipes em que os médicos realizaram treinamento introdutório foi de 61,9%, com grandes variações entre os estados. Os melhores desempenhos foram alcançados pelos Estados de Amazonas (76,2%) e Tocantins (75,9%) no Norte; Maranhão (79,7%), Ceará (77,1%) e Rio Grande do Norte (76,2%) no Nordeste; Espírito Santo (80,6%) e Rio de Janeiro (73,4%) no Sudeste; Paraná (77,5%) e Rio Grande do Sul (74,2%) no Sul; e Mato Grosso (77,8%), Goiás (72,0%) e Distrito Federal (86,4%) no Centro-Oeste (Gráfico 62).

Para os enfermeiros, a média nacional foi de 69,4%, sendo que 16 estados alcançaram patamares superiores a 70%. Apenas um estado em cada uma das regiões, Sudeste (Minas Gerais), Sul (Santa Catarina) e Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul), apresentaram valores inferiores a 70%, o que ocorreu em quatro estados do Norte (Rondônia, Roraima, Pará e Amapá) e quatro do Nordeste (Piauí, Paraíba, Alagoas e Bahia) (Gráfico 63).

GRÁFICO 62

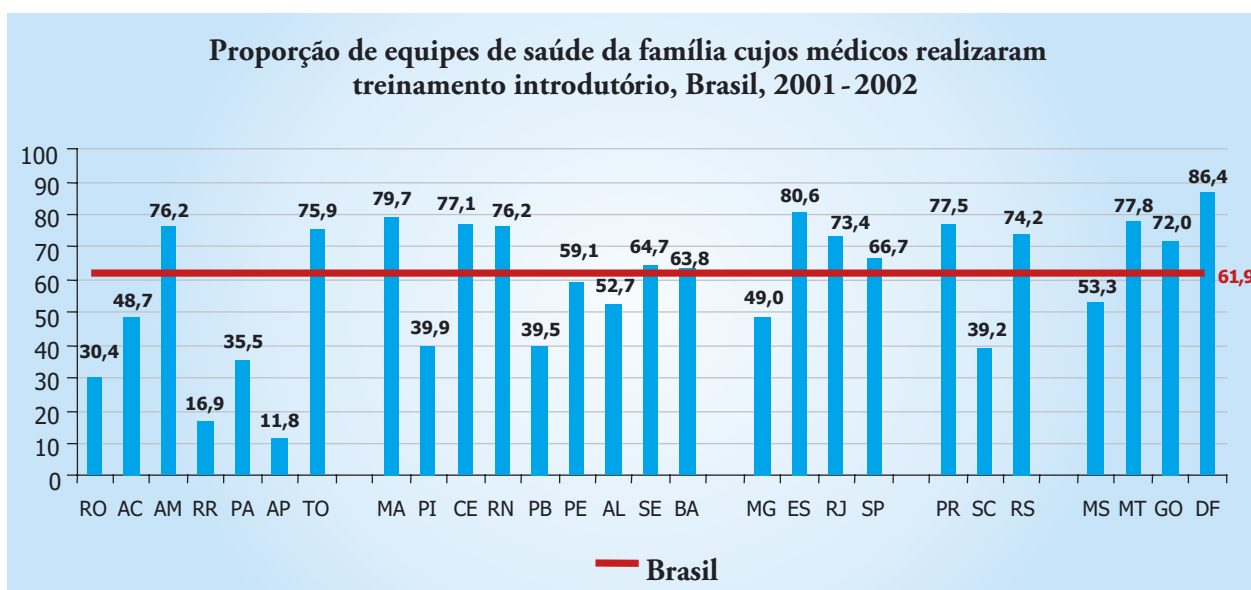
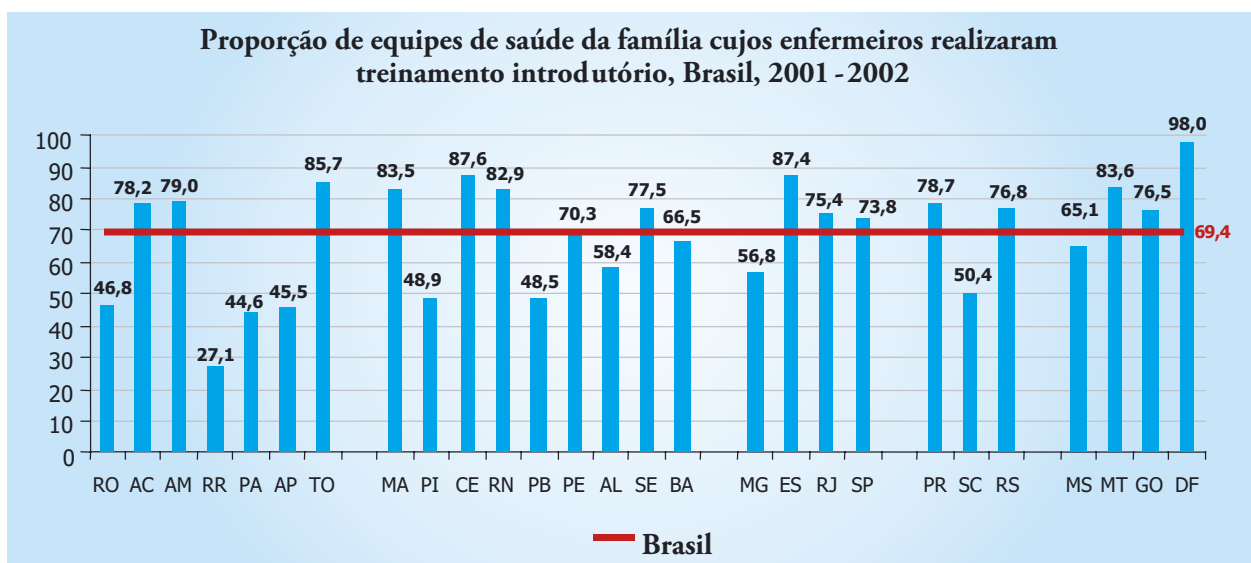


GRÁFICO 63



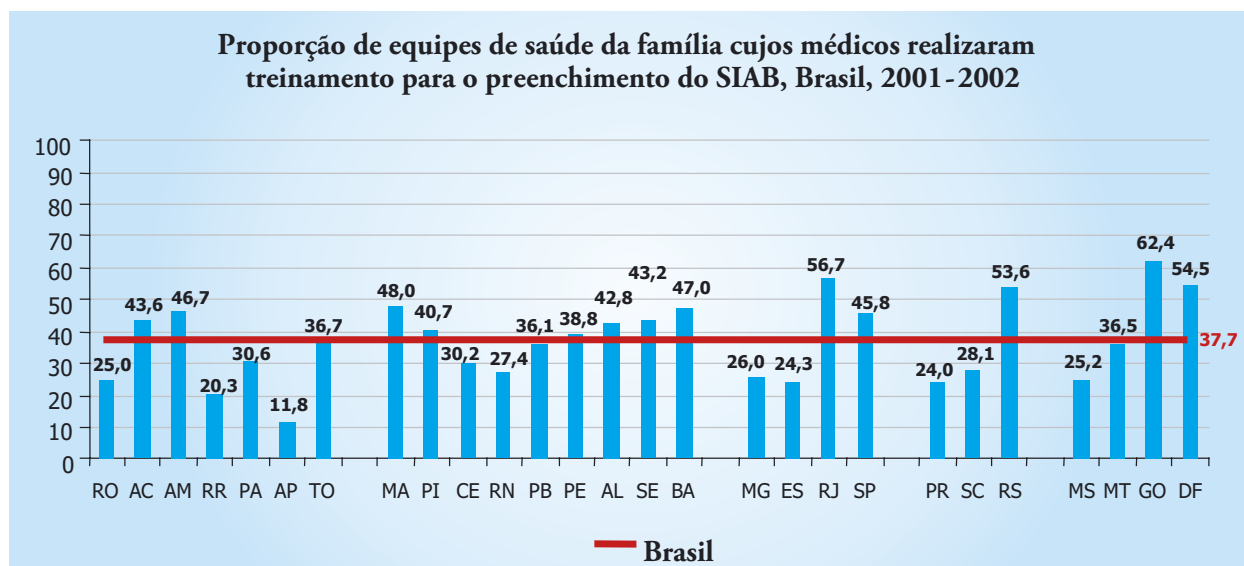
Em relação ao treinamento do SIAB, apenas 37,7% das equipes tinham médicos, e 55,1%, enfermeiros capacitados (Gráficos 64 e 65).

Para os médicos, os estados que apresentaram os menores percentuais de equipes foram Rondônia (25,0%), Roraima (20,3%), Pará (30,6%) e Amapá (11,8%) no Norte; Ceará (30,2%) e Rio Grande do Norte (27,4%) no Nordeste; Minas Gerais (26,0%) e Espírito Santo (24,3%) no Sudeste; Paraná (24,0%) e Santa Catarina (28,1%) no Sul; e Mato Grosso do Sul (25,2%) no Centro-Oeste (Gráficos 64).

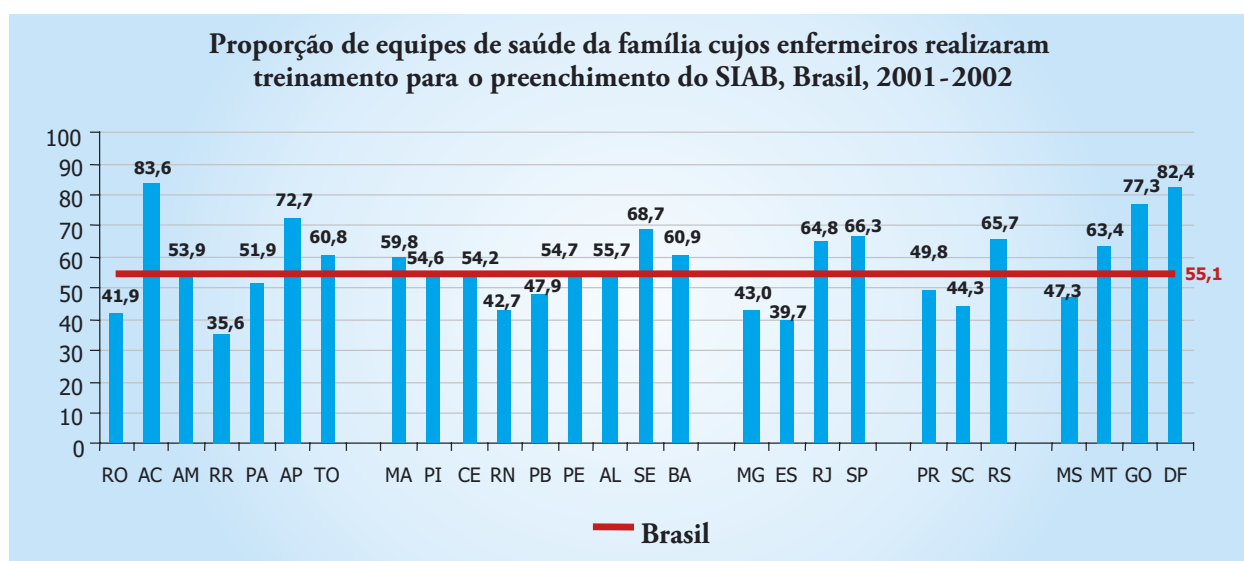
Os percentuais de equipes com enfermeiros capacitados no SIAB foram superiores àqueles apresentados quanto ao treinamento dos médicos em todos os estados, guardando uma certa similaridade nestas distribuições. Nenhum estado exibiu percentual inferior a 35% das equipes, e percentuais superiores a 60% foram observados no Acre (83,6%), Amapá (72,7%) e Tocantins (60,8%) no Norte; Sergipe (68,7%) e Bahia (60,9%) no Nordeste; Rio de Janeiro (64,8%) e São Paulo (66,3%) no Sudeste; Rio Grande do Sul (65,7%) no Sul; e Mato Grosso (63,4%), Goiás (77,3%) e Distrito Federal (82,4%) no Centro-Oeste (Gráficos 65).

Sumarizando, dado que 100% das equipes deveriam ter realizado o treinamento introdutório, os percentuais observados, tanto para médicos como enfermeiros, foram muito aquém do esperado, especialmente na Região Norte. Para o treinamento do SIAB, revelou-se maior insuficiência, o que compromete a utilização desta ferramenta para o monitoramento e avaliação das ações de saúde.

**GRÁFICO 64**



**GRÁFICO 65**



## 4.2 Capacitação em saúde da criança

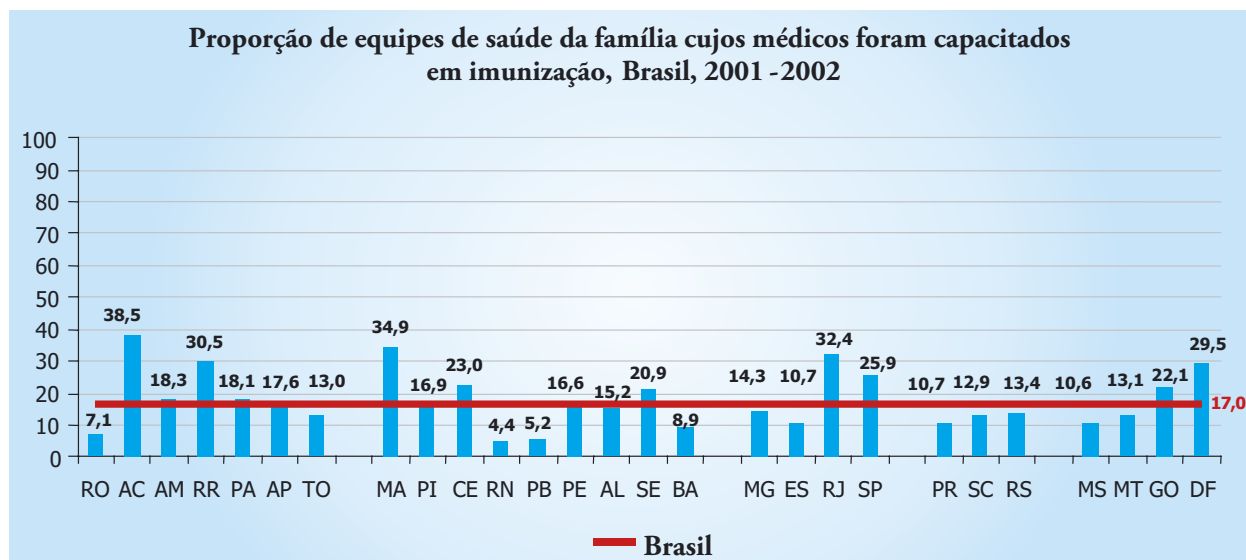
Entre as equipes implantadas no país, apenas em 17,0% dos médicos foram capacitados em imunização, com variações dos valores entre os estados, mas que não chegaram a níveis de 40% das equipes (Gráfico 66).

Com relação aos enfermeiros, esta situação é bastante diferenciada, situando-se a média nacional em 50,1%, sendo que apenas seis estados (Rio Grande do Norte, Paraíba, Minas Gerais, Espírito Santo, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul) tiveram patamares inferiores a 40% das equipes com enfermeiros treinados nesta temática (Gráfico 67).

Com relação ao treinamento na estratégia de Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, o percentual de equipes com médicos e enfermeiros capacitados foi de, respectivamente, 17,0% e 21,2%. Em relação aos médicos, os maiores percentuais observados estavam entre 30% e 40% das equipes em seis unidades federadas (Acre, Pará, Ceará, Alagoas, Mato Grosso e Distrito Federal). Quanto aos enfermeiros, os percentuais de equipes foram ligeiramente superiores, situando-se entre 30% e 51% em oito unidades federadas (Acre, Pará, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Mato Grosso e Distrito Federal) (Gráficos 66 e 69).

Para capacitação em saúde da criança, os percentuais para o Brasil foram extremamente baixos, exceto a capacitação de enfermeiros para imunização, que alcançou metade das equipes. A capacitação dos médicos nos dois temas investigados não alcançou 40% das equipes em nenhum estado.

**GRÁFICO 66**



**GRÁFICO 67**

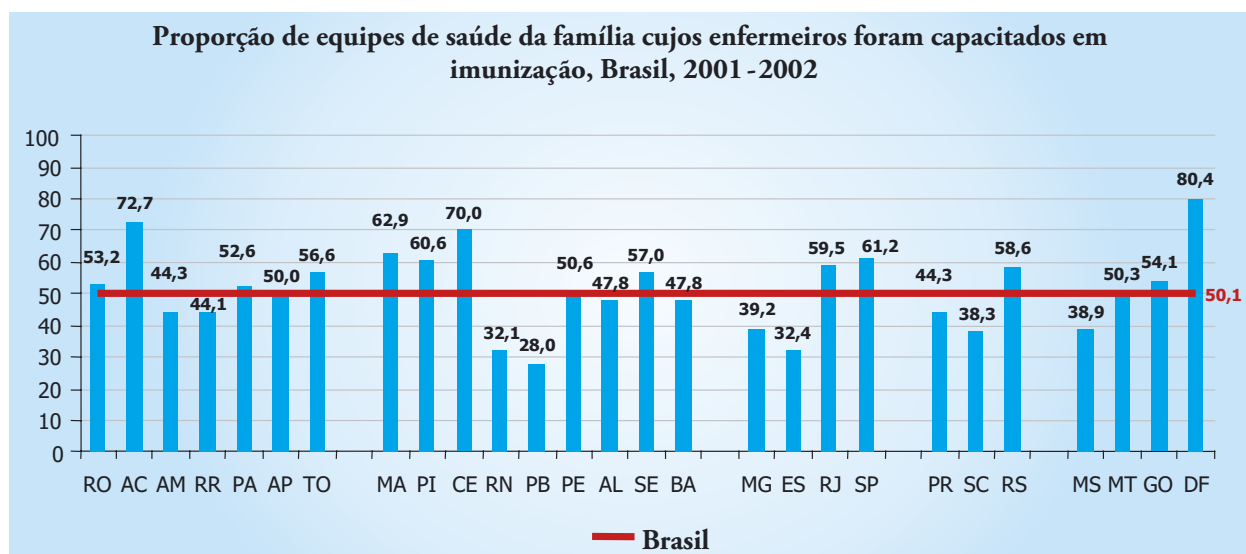


GRÁFICO 68

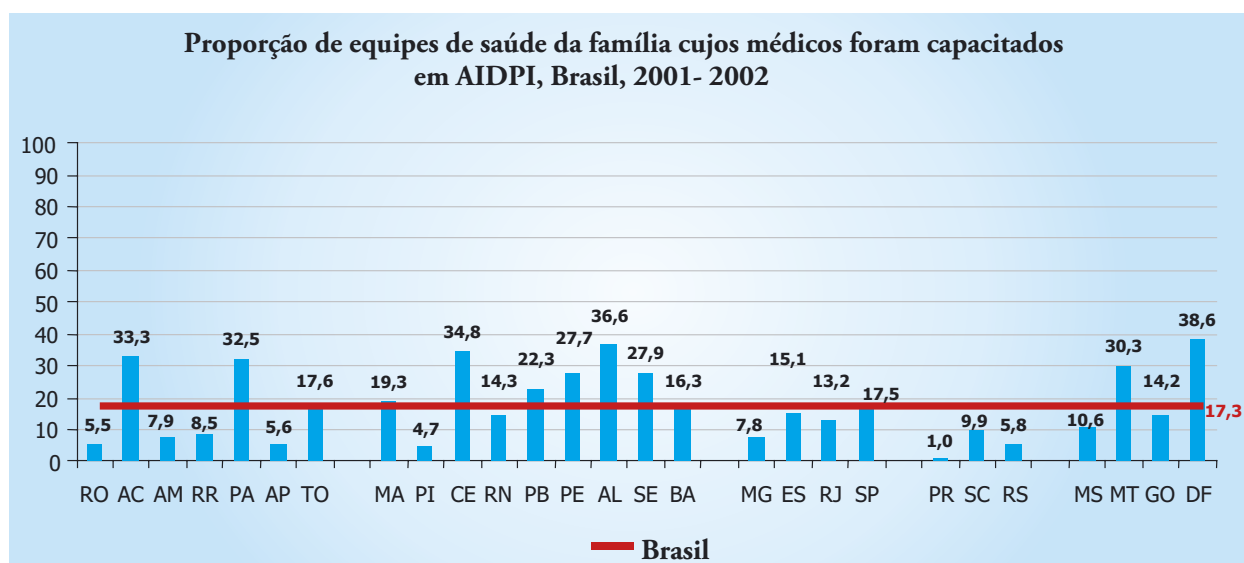
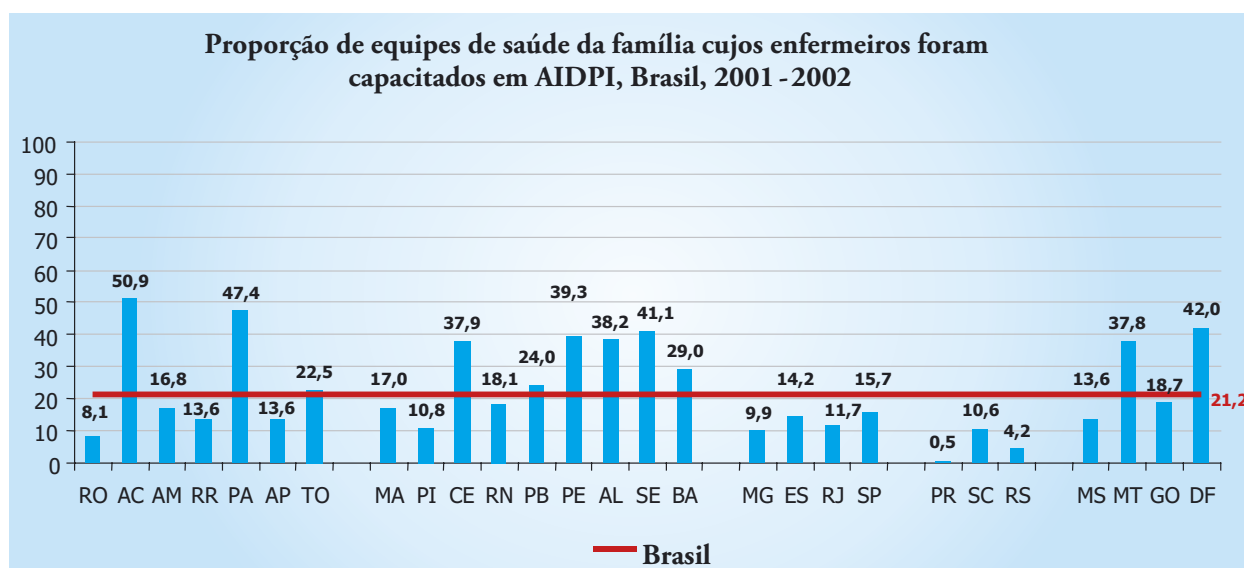


GRÁFICO 69



### 4.3 Capacitação em saúde da mulher

Apenas 31,1% das equipes tinham médicos que haviam recebido treinamento específico, percentual que alcançou 44,1% para os enfermeiros. Os padrões de distribuição entre os estados apresentaram variações importantes, sendo semelhantes para as duas categorias profissionais (Gráficos 70 e 71).

Ressalta-se que, com relação aos médicos, a maioria dos estados apresentou percentuais de equipes muito baixos, inferiores a 30% (Rondônia, Amazonas, Pará, Amapá, Tocantins, Piauí, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás). Quanto aos enfermeiros, apenas quatro estados (Amazonas, Amapá, Paraíba e Alagoas) situaram-se no referido patamar (Gráficos 70 e 71).

GRÁFICO 70

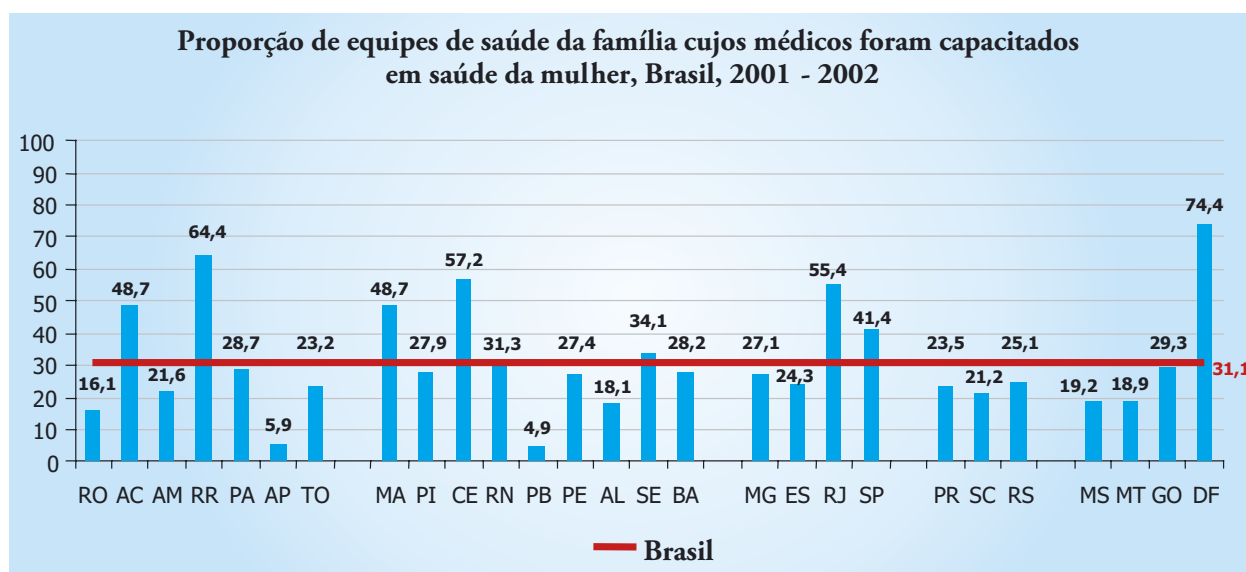
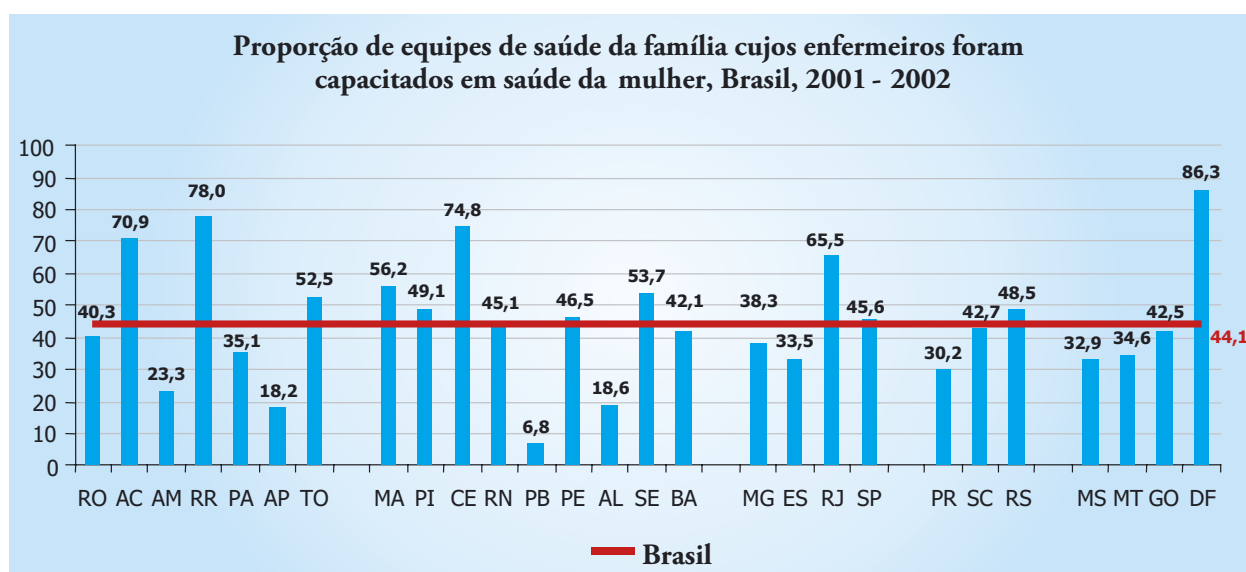


GRÁFICO 71



#### 4.4 Capacitação em saúde do adulto

Os percentuais de equipes que tinham médicos e enfermeiros capacitados em áreas estratégicas da atenção básica em saúde do adulto foram, respectivamente, de 42,4% e 44,5% para hipertensão, 42,6% e 46,0% para diabetes, 37,1% e 42,3% para hanseníase e 34,3% e 40,2% para tuberculose (Gráficos 72 a 79).

Percentuais de equipes superiores a 50% com profissionais capacitados em hipertensão e diabetes foram observados, na maioria das vezes, nos mesmos estados (Gráficos 72 a 75).

Para hipertensão, apenas em seis unidades federadas, mais da metade das equipes tinham médicos capacitados (Maranhão, Ceará, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal) e em onze para enfermeiros (Acre, Tocantins, Maranhão, Piauí, Ceará, Alagoas, Sergipe, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás e Distrito Federal) (Gráficos 72 e 73).

Em diabetes, estes patamares de equipes foram observados em oito unidades federadas para médicos (Maranhão, Ceará, Alagoas, Sergipe, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás e Distrito Federal) e em dez para enfermeiros (Acre, Tocantins, Maranhão, Piauí, Ceará, Sergipe, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás e Distrito Federal) (Gráficos 74 e 75).

Os percentuais de equipes com médicos capacitados em hanseníase foram inferiores a 50% na maioria dos estados, exceto para Ceará, Pernambuco, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Mato Grosso. Com relação aos enfermeiros, foram observados percentuais mais elevados de equipes com estes profissionais capacitados, sendo em doze estados superiores a 50% das equipes (Roraima, Pará, Amapá, Tocantins, Piauí, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Distrito Federal) (Gráficos 76 e 77).

Finalmente, em relação à capacitação em tuberculose, os percentuais de equipes com médicos capacitados foram inferiores a 50% em quase todos os estados, com exceção de Roraima, Ceará e Pernambuco. Com relação aos enfermeiros, foram observados percentuais superiores a 50% em dez estados (Acre, Roraima, Amapá, Tocantins, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Distrito Federal) (Gráficos 78 e 79).

Como observado, maiores percentuais de equipes capacitadas nas áreas de saúde do adulto investigadas concentraram-se em alguns estados, o que pode estar relacionado com maiores investimentos públicos em ações pedagógicas nesses estados, maior número de equipes com tempo de implantação mais elevado, menor rotatividade dos profissionais e necessidades de saúde e de capacitação profissional diferenciadas regionalmente, dentre outros fatores.

**GRÁFICO 72**

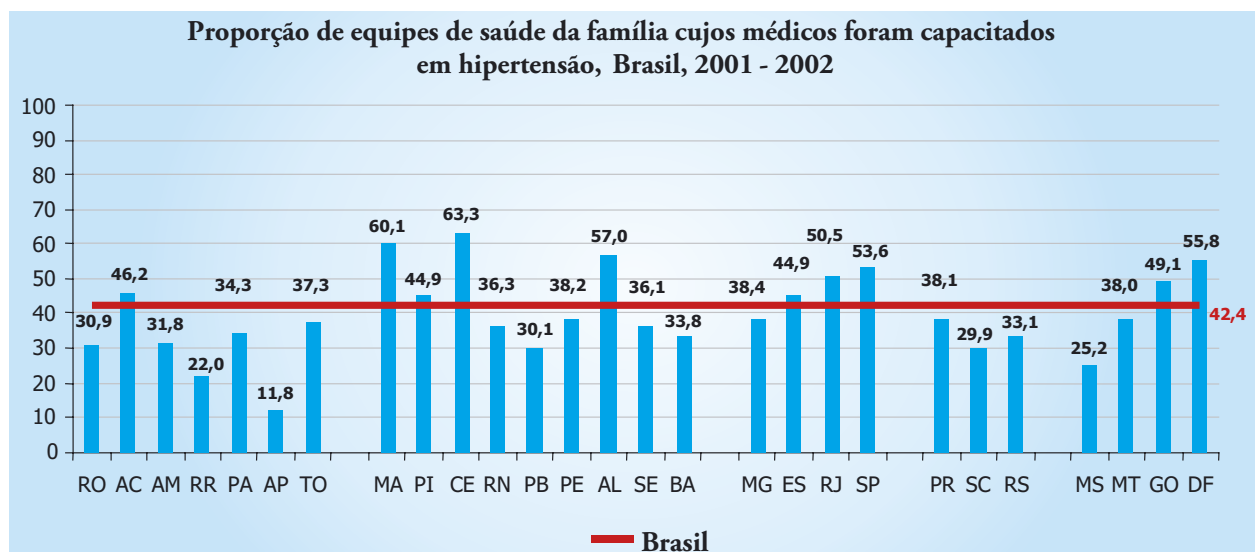


GRÁFICO 73

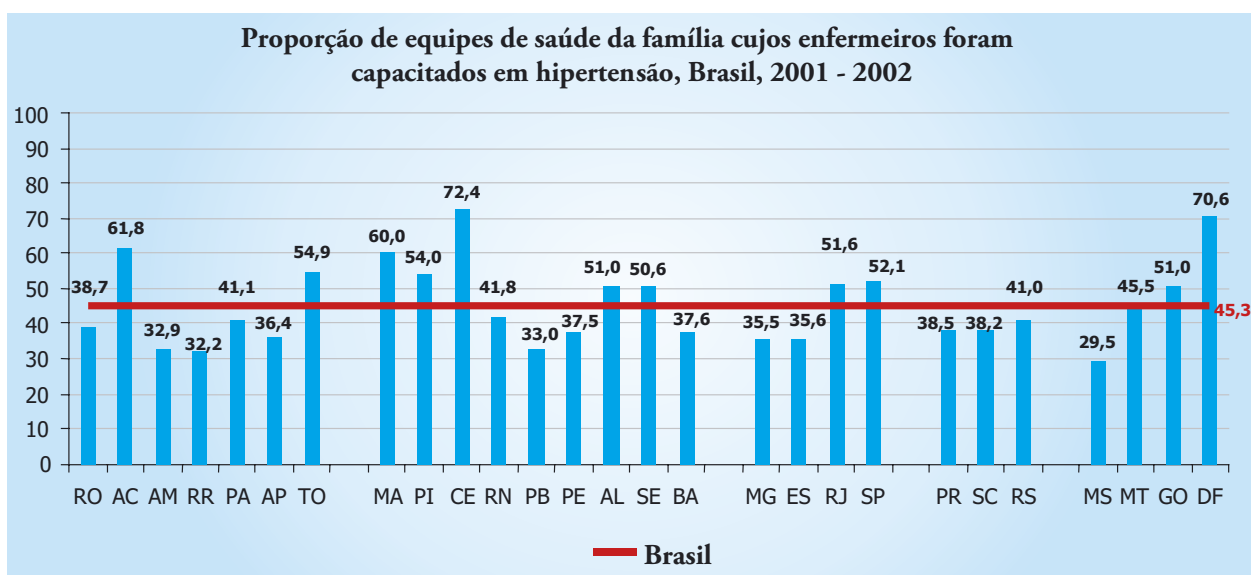


GRÁFICO 74

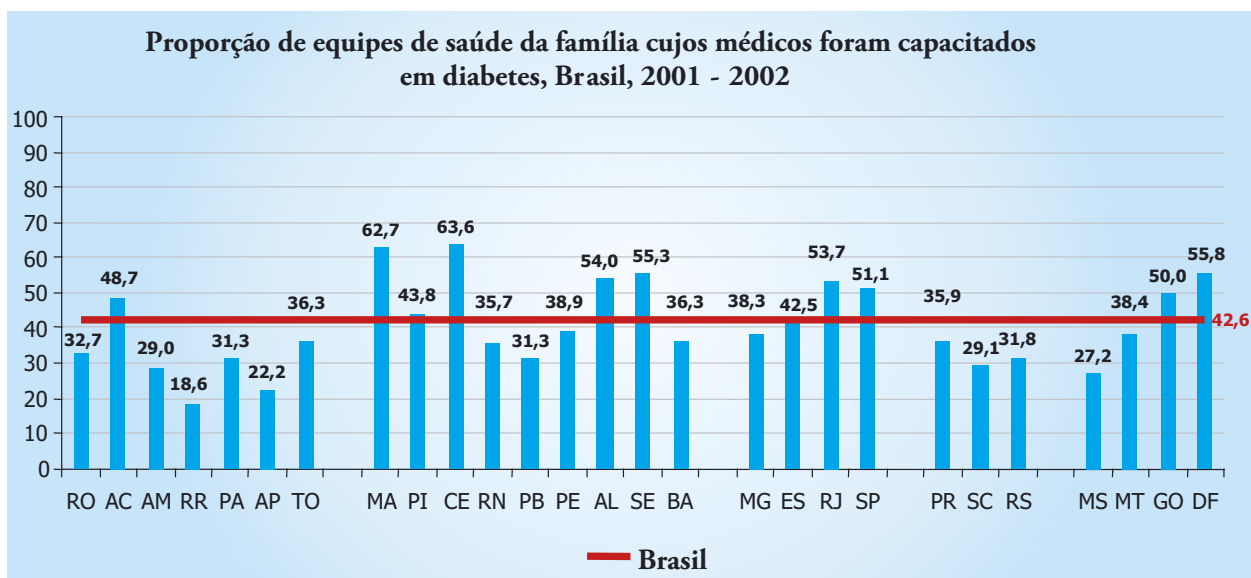




GRÁFICO 75

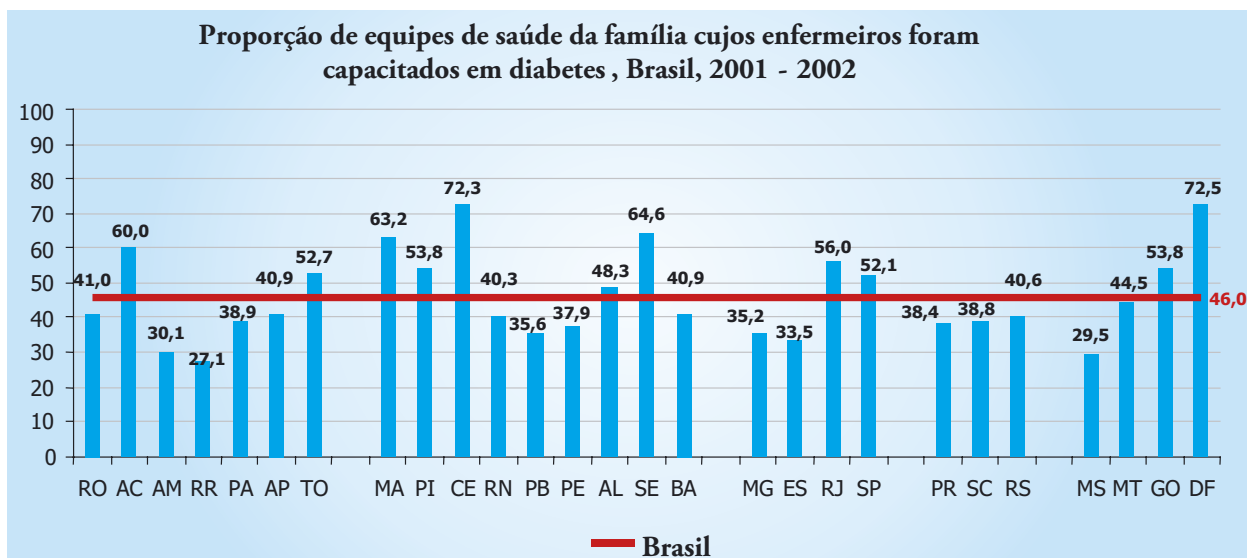


GRÁFICO 76

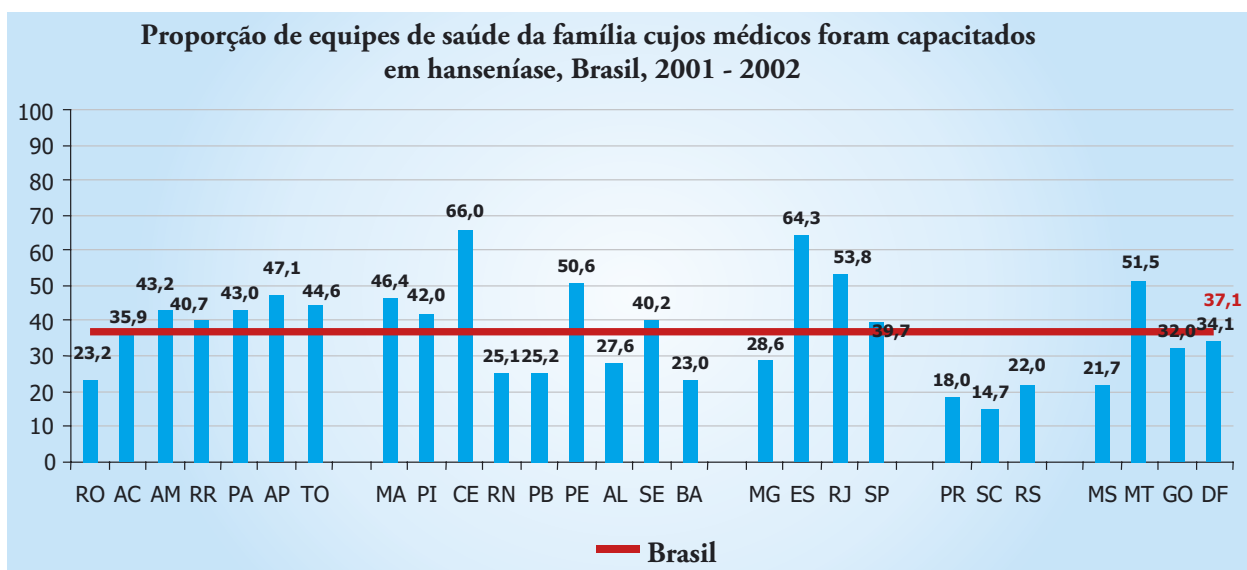


GRÁFICO 77

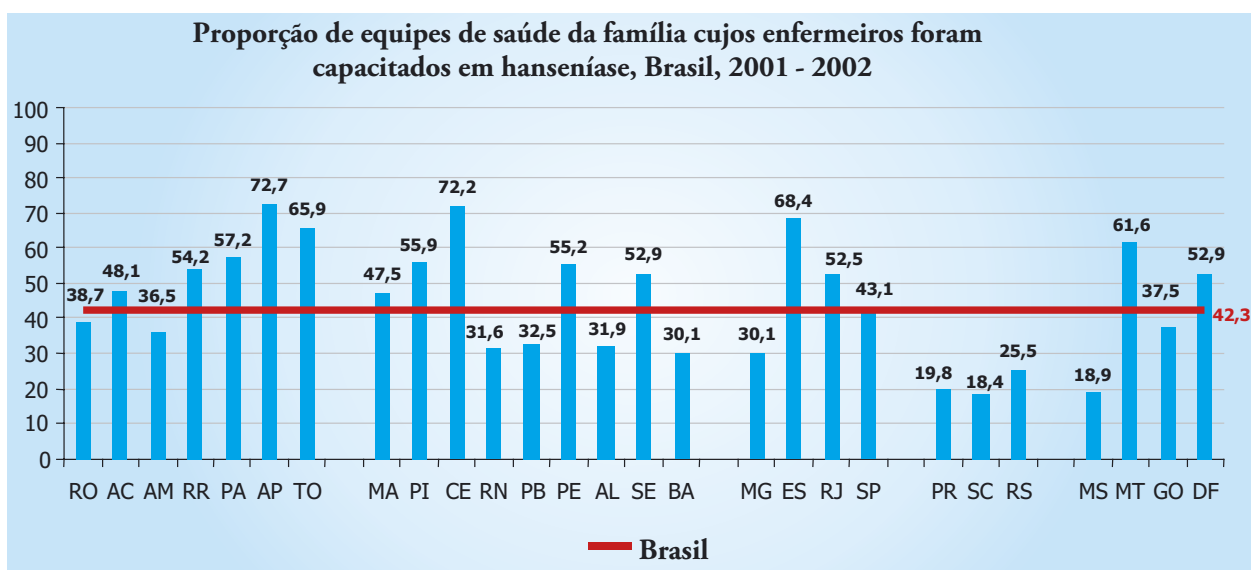


GRÁFICO 78

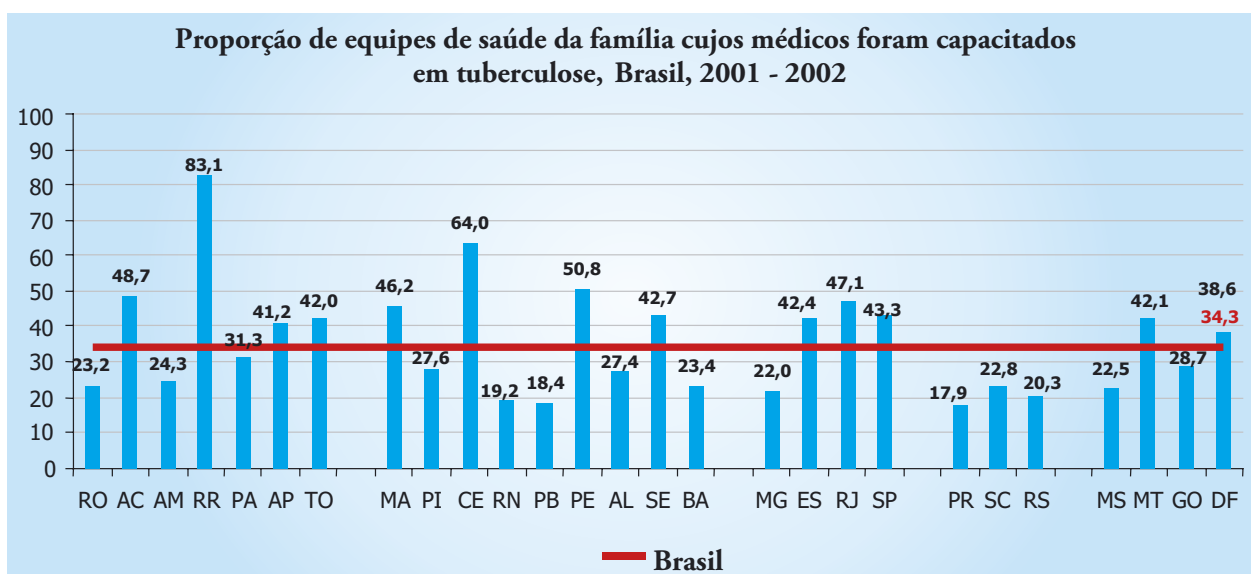
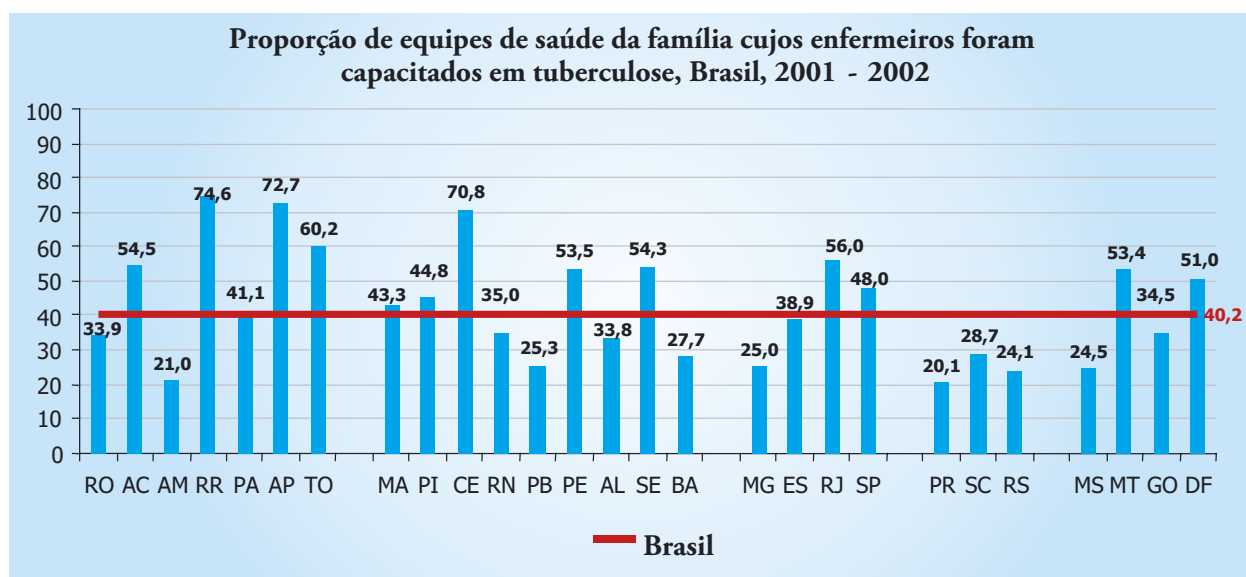


GRÁFICO 79



## 5 Apoio diagnóstico e referência para atenção especializada no Programa Saúde da Família

A pesquisa investigou, junto às equipes de saúde da família, a garantia de realização de exames complementares, atendimento especializado e hospitalização em serviços da rede do SUS, quando solicitados pelas equipes para a população adscrita.

Quanto à proporção de equipes com disponibilidade de exames complementares, as médias nacionais foram de 55,0% para patologia clínica, 66,3% para ELISA (HIV), 73,1% para Raio X sem contraste, 67,2% para eletrocardiograma, 81,0% para citopatologia de colo de útero, 54,8% para colposcopia e 56,7% para ultrassonografia. No caso de patologia clínica, destaca-se que a disponibilidade foi considerada para um elenco de exames (hemograma completo, sumário de urina, urocultura, uréia, creatinina, ácido úrico, glicemia capilar, pesquisa de BAAR e tipagem sanguínea), sendo computada como existente apenas quando todos os exames listados estavam disponíveis (Tabela 24).

Em relação aos estados, percentuais de equipes com disponibilidade de exames complementares superiores a 70% foram observados, para patologia clínica, apenas no Rio de Janeiro; para teste de HIV, em Mato Grosso do Sul e em todos os estados das Regiões Sul e Sudeste, com exceção de Minas Gerais; para eletrocardiografia, no Ceará, em todos os estados do Sudeste e em Mato Grosso do Sul; para colposcopia, no Ceará e no Rio de Janeiro; para ultrassonografia, em Rondônia, Amapá, Ceará, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul (Tabela 24).

Para os exames de Rx sem contraste e citopatologia foram observadas as maiores médias entre os estados. Percentuais inferiores a 70% para Rx sem contraste só foram obtidos em Roraima, Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas, Santa Catarina, Mato Grosso e no Distrito Federal, todos superiores a 45%. Para citopatologia, apenas Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Alagoas e Distrito Federal tiveram percentuais inferiores a 70%, sendo o menor de 61,9%.

**TABELA 47 – Número e percentual de equipes de saúde da família segundo disponibilidade suficiente de referências para exames complementares na rede SUS, por estado, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Patologia Clínica <sup>1</sup>		Elisa para HIV		Rx sem contraste		Eletrocardiografia		Cito patologia de Colo de Útero		Colposcopia		Ultrassonografia Obstétrica	
	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%
Rondônia	31	37,3	56	67,5	60	72,3	40	48,2	68	81,9	45	54,2	66	79,5
Acre	16	27,1	28	47,5	46	78,0	20	33,9	44	74,6	20	33,9	29	49,2
Amazonas	114	43,7	141	54,0	189	72,4	128	49,0	165	63,2	76	29,1	138	52,9
Roraima	18	28,6	14	22,2	32	50,8	19	30,2	39	61,9	14	22,2	22	34,9
Pará	119	37,8	103	32,6	223	70,6	153	48,4	208	65,8	133	42,1	211	66,8
Amapá	1	4,2	9	37,5	14	58,3	12	50,0	16	66,7	15	62,5	21	87,5
Tocantins	77	40,3	96	50,3	146	76,4	84	44,0	134	70,2	96	50,5	77	40,3
Maranhão	83	37,9	120	54,3	177	79,7	116	52,0	176	79,3	93	41,9	149	67,1
Piauí	116	30,2	128	32,7	261	66,9	197	50,3	349	88,6	239	61,4	260	66,0
Ceará	662	57,9	784	68,3	950	82,7	934	81,3	1.031	89,8	870	75,7	856	74,6
Rio Grande do Norte	183	44,9	253	62,2	278	68,3	249	61,0	311	76,2	258	63,4	223	54,7
Paraná	251	45,8	271	49,4	397	72,4	372	67,8	450	82,0	250	45,5	360	65,6
Pernambuco	556	50,9	647	59,0	772	70,4	706	64,4	830	75,7	634	57,8	758	69,2
Alagoas	192	46,4	229	54,9	194	46,5	236	56,6	282	67,5	137	32,9	115	27,6
Sergipe	199	69,3	167	58,0	206	71,5	188	65,3	246	85,4	189	65,6	175	60,8
Bahia	274	42,3	262	40,2	377	57,9	334	51,3	386	59,3	268	41,2	307	47,2
Minas Gerais	1.018	58,2	1.203	68,4	1.341	76,3	1.368	77,9	1.486	84,6	903	51,4	931	52,9
Espirito Santo	205	68,1	264	87,7	230	76,4	221	73,4	272	90,4	170	56,7	142	47,2
Rio de Janeiro	562	80,3	595	84,6	611	86,9	585	83,2	563	80,1	498	70,8	547	77,9
São Paulo	657	64,5	845	82,8	799	78,5	811	79,5	842	82,4	595	58,3	496	48,8
Paraná	562	68,3	694	84,0	635	76,9	571	69,1	736	89,1	507	61,4	468	56,7
Santa Catarina	495	67,5	608	82,9	467	63,6	412	56,3	663	90,3	327	44,7	247	33,7
Rio Grande do Sul	233	61,8	309	82,0	286	75,9	240	63,7	337	89,4	216	57,3	185	49,1
Matro Grosso do Sul	109	66,1	152	91,6	152	91,6	123	74,1	158	95,2	114	68,7	135	81,3
Matro Grosso	131	40,7	218	67,7	222	68,9	200	62,1	239	74,2	184	57,1	172	53,4
Goiás	291	44,6	449	67,8	468	70,7	449	67,7	541	81,6	301	45,3	326	49,1
Distrito Federal	17	32,7	33	62,3	29	54,7	27	50,9	34	63,0	22	41,5	9	17,0
<b>Brasil</b>	<b>7.172</b>	<b>55,0</b>	<b>8.678</b>	<b>66,3</b>	<b>9.562</b>	<b>73,1</b>	<b>8.795</b>	<b>67,2</b>	<b>10.606</b>	<b>81,0</b>	<b>7.174</b>	<b>54,8</b>	<b>7.425</b>	<b>56,7</b>

**Patologia Clínica** – hemograma completo, sumário de urina, urocultura, uréia, creatinina, ácido úrico, glicemia capilar, pesquisa de BAAR e tipagem sanguínea.

Em relação ao percentual de equipes com disponibilidade de serviços especializados, as médias nacionais foram próximas a 60% para consultas em cardiologia (61,3%), ortopedia (58,7%), psiquiatria (57,8%), para atendimento em fisioterapia (57,6%) e de 47,7% para consulta de oftalmologia e de 40,0% para a de neurologia (Tabela 25).

Os maiores percentuais de equipes (superiores a 70%) com disponibilidade para consulta de cardiologia foram obtidos para o Amapá, Ceará, Sergipe e Rio de Janeiro; para oftalmologia, apenas para o Ceará; para ortopedia, Ceará, Sergipe e Rio de Janeiro; para neurologia, apenas o Amapá; para psiquiatria, Amapá, Ceará, Sergipe e Rio de Janeiro; e para fisioterapia, Ceará, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso (Tabela 25).

Do total das equipes, 83,5% tinham referência para serviços de pronto-atendimento, 75,8% para pronto-socorro, 77,4% para internação hospitalar nas clínicas básicas e, apenas, 47,3% para internação hospitalar especializada (Tabela 26).

Todos os estados tiveram percentuais de equipes acima de 70% para disponibilidade de serviços de pronto-atendimento, e, para pronto-socorro, apenas os Estados do Pará (62,1%) e Roraima (67,7%) não alcançaram este patamar (Tabela 26).

Altos percentuais de equipes com disponibilidade para internação hospitalar nas clínicas básicas também foram observados. Apenas seis estados (Acre, Amazonas, Amapá, Alagoas, Minas Gerais, Santa Catarina e o Distrito Federal) não alcançaram percentuais acima de 70%, mas situaram-se na faixa superior a 60%. Quadro bem diverso foi observado para internação hospitalar especializada, onde em nenhum estado, foi alcançado o percentual de 70% das equipes com disponibilidade para este serviço, e apenas cinco estados (Rondônia, Ceará, Sergipe, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul) estavam na faixa superior a 60% (Tabela 26).

Os resultados demonstraram que o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa Saúde da Família. A falta de equidade no acesso entre estados e regiões reitera a situação já conhecida da oferta desordenada dos serviços de maior complexidade e aponta para a necessidade de estruturação da rede do SUS, implementando o controle e a regulação do sistema.

**TABELA 48 – Número e percentual de equipes de saúde da família segundo disponibilidade suficiente de referências para atendimentos especializados na rede SUS, por estado, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Cardiologia		Oftalmologia		Ortopedia		Neurologia		Consulta Psiquiátrica		Fisioterapia	
	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%
Rondônia	46	56,8	36	45,0	46	56,8	35	43,2	25	30,5	52	65,0
Acre	10	17,9	16	28,6	19	35,2	16	28,6	23	41,1	23	48,9
Amazonas	97	38,2	109	42,6	100	39,1	64	25,3	85	36,3	60	26,7
Roraima	13	21,3	18	29,5	18	29,5	9	15,0	11	17,7	8	14,0
Pará	136	45,5	125	41,1	160	52,1	96	32,0	145	50,5	138	48,3
Amapá	21	95,5	2	9,1	7	31,8	19	86,4	16	84,2	10	52,6
Tocantins	83	44,6	59	31,7	101	53,2	76	40,9	58	31,0	65	36,3
Maranhão	115	54,0	106	48,8	125	57,9	64	30,9	104	52,3	80	40,6
Piauí	188	50,3	172	45,1	192	50,9	99	27,3	192	52,0	171	49,0
Ceará	860	75,9	947	83,4	881	77,5	573	50,9	814	72,3	946	84,0
Rio Grande do Norte	239	60,2	186	46,9	257	65,1	167	42,5	236	60,4	218	58,3
Paraíba	355	67,2	236	46,0	323	61,8	223	43,3	285	57,3	299	61,9
Pernambuco	717	66,4	517	48,4	611	56,9	369	34,7	581	55,3	538	52,7
Alagoas	200	49,6	86	21,3	190	47,6	54	13,7	200	52,9	111	31,4
Sergipe	199	71,1	165	59,6	195	70,9	166	61,0	200	76,9	136	53,5
Bahia	285	45,4	260	41,1	316	50,2	145	23,2	315	50,6	244	41,2
Minas Gerais	1.069	61,3	688	39,7	954	54,9	683	39,4	1.075	62,3	941	55,7
Espírito Santo	203	69,3	148	50,3	187	63,8	147	50,0	191	66,8	152	53,0
Rio de Janeiro	547	78,7	426	62,2	496	72,2	425	61,8	506	75,3	518	77,2
São Paulo	680	67,5	422	42,0	581	57,8	480	47,8	570	57,0	579	58,4
Paraná	544	66,4	404	49,3	545	66,3	367	44,9	554	68,5	552	67,7
Santa Catarina	356	49,3	197	27,7	325	45,6	232	32,8	305	43,1	413	58,7
Rio Grande do Sul	213	58,4	177	48,8	159	43,7	135	37,6	188	51,5	190	52,9
Mato Grosso do Sul	87	53,4	80	48,8	91	55,2	75	46,0	99	61,5	138	84,7
Mato Grosso	188	59,7	142	45,5	214	68,2	130	41,5	157	51,3	219	70,6
Goiás	387	60,6	267	42,2	404	63,2	209	33,7	273	46,6	253	43,0
Distrito Federal	13	24,1	3	5,6	8	14,8	6	11,1	15	30,0	10	21,3
<b>Brasil</b>	<b>7.851</b>	<b>61,3</b>	<b>5994</b>	<b>47,0</b>	<b>7505</b>	<b>58,7</b>	<b>5064</b>	<b>40,0</b>	<b>7.223</b>	<b>57,8</b>	<b>7.064</b>	<b>57,6</b>

TABELA 49 – Número e percentual de equipes de saúde da família segundo disponibilidade suficiente de serviço de pronto-atendimento, pronto-socorro e internações hospitalares nas clínicas básicas e internação hospitalar especializada na rede SUS, por estado, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	Serviços de pronto-atendimento		Pronto-socorro		Internação hospitalar nas clínicas básicas		Internação hospitalar especializada	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	71	86,6	60	73,2	67	81,7	51	62,2
Acre	42	73,7	46	79,3	38	69,1	19	35,8
Amazonas	230	88,8	199	77,1	161	67,4	74	31,5
Roraima	45	71,4	42	67,7	45	71,4	19	33,3
Pará	239	76,8	192	62,1	239	76,1	125	40,7
Amapá	22	95,7	21	100,0	16	69,6	5	29,4
Tocantins	171	89,5	162	85,3	165	86,4	86	46,0
Maranhão	201	91,8	153	69,9	193	87,7	87	40,8
Piauí	327	84,7	259	68,0	337	87,3	188	49,9
Ceará	1.013	88,6	952	83,6	996	87,1	705	62,8
Rio Grande do Norte	350	86,8	315	80,2	322	80,5	203	52,5
Paraíba	475	88,8	418	78,4	423	79,5	262	51,4
Pernambuco	933	86,1	768	71,6	875	80,6	467	43,8
Alagoas	345	83,7	321	79,1	253	61,6	92	24,1
Sergipe	264	93,0	248	87,6	236	83,4	182	67,2
Bahia	487	76,0	426	67,3	464	72,5	195	31,2
Minas Gerais	1.349	77,2	1.229	70,9	1.191	68,8	711	42,0
Espírito Santo	237	80,9	220	76,4	223	76,4	141	49,8
Rio de Janeiro	601	86,5	577	83,7	548	79,3	412	60,9
São Paulo	784	77,2	727	71,8	717	71,2	424	42,7
Paraná	719	87,4	633	77,3	655	80,0	414	51,1
Santa Catarina	584	80,8	567	79,0	496	69,5	287	40,9
Rio Grande do Sul	313	85,1	289	78,7	282	77,0	176	49,0
Mato Grosso do Sul	140	84,3	141	85,5	139	83,7	101	61,6
Mato Grosso	275	87,6	232	74,8	272	87,2	171	55,0
Goiás	554	85,0	485	75,1	571	87,0	325	51,6
Distrito Federal	38	71,7	48	88,9	36	67,9	19	36,5
<b>Brasil</b>	<b>10.809</b>	<b>83,5</b>	<b>9.730</b>	<b>75,8</b>	<b>9.960</b>	<b>77,4</b>	<b>5.941</b>	<b>47,3</b>

A disponibilidade de referência para serviços de apoio relacionados à saúde bucal se apresentou menos estruturada que a disponibilidade dos serviços anteriormente referidos, com baixos percentuais de equipes em todos os tipos de serviços investigados, correspondendo, respectivamente a 44,3% para serviços de urgência e emergência, 20,8% para periodontia, 20,0% para endodontia e apenas 7,7% e 9,3%, respectivamente, para ortodontia preventiva e serviços de reabilitação (Tabela 26).

O estado que apresentou melhor situação foi o Rio de Janeiro, mas, ainda assim, não chegou a alcançar percentuais de 50% das equipes para as referências mencionadas, exceto quanto a serviços de urgência e emergência (61,7%).



# Considerações finais

Este estudo apresentou uma minuciosa descrição da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família no Brasil, respondendo aos objetivos de caracterizar este processo, segundo estados e regiões, na abordagem estrutural, quanto às unidades básicas, suficiência, qualificação e vinculação dos profissionais, e na abordagem dos processos de trabalho das equipes e da inserção da atenção básica nos sistemas loco-regionais de saúde.

Os seus resultados foram de extrema relevância, ao identificar avanços, distorções e problemas na implementação dos princípios e diretrizes do Programa, apoiando processos de decisão nas três esferas de gestão do SUS que permitiram o enfrentamento dos problemas, mesmo antes da publicação destes resultados, contribuindo para o crescimento e sustentabilidade do Programa Saúde da Família.

Vale ressaltar que o PSF encontrava-se, no momento da pesquisa, em fase de implantação no País, o que foi revelado pelo elevado número de equipes de saúde da família e de saúde bucal com menos de um ano de funcionamento em muitos estados.

Este quadro, aliado ao pouco tempo de trabalho de muitos profissionais de nível superior nas equipes, deve ser considerado na interpretação dos resultados, especialmente, na avaliação das questões referentes ao processo de trabalho das equipes de saúde. É imprescindível que sejam despendidos tempo e esforços para a qualificação dos profissionais, aquisição de novos saberes, valores e práticas e estabelecimento de vínculos entre a equipe e com a população para construção de modelos de atenção voltados para qualidade de vida. Uma alternativa, em futuras análises, seria considerar como variáveis a serem controladas o tempo de funcionamento da equipe e o tempo do profissional na equipe.

Adicionalmente, este estudo apresentou limitações metodológicas que devem ser explicitadas. Primeiro, a opção pela realização de um censo das equipes de saúde respondeu a necessária função de controle e regulação do sistema, servindo para a identificação e desabilitação de uma série de equipes que apresentavam graves irregularidades, como a constatação da inexistência de equipe, que estava cadastrada e recebendo recursos do SUS, de equipes incompletas, que não atendiam a composição mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, de equipes sem estrutura física para realização de suas atividades e do não cumprimento da carga horária de 40 horas semanais pelos profissionais de saúde.

Entretanto, o não estabelecimento de um plano amostral, que poderia plenamente atender aos objetivos de uma avaliação normativa, contribuiu para dificultar a realização do trabalho de campo, o que teve como consequência, provavelmente, o mais grave dos problemas metodológicos do estudo, que foi o longo tempo de coleta de dados, uma vez que uma das características dos estudos transversais é propiciar um quadro ou uma fotografia de um dado momento do tempo. A duração da coleta por um período de um ano limitou enormemente o significado das comparações entre os estados, alguns investigados em momentos muito distintos, e a interpretação dos resultados para cada estado, uma vez que a situação que se apresentava em 2001 no conjunto de equipes investigadas poderia estar completamente diferente ao final do período de coleta em agosto de 2002.

Em segundo lugar, este problema foi agravado com a revisão e modificação do instrumento de coleta de dados em 2002, após a conclusão dos trabalhos das nove unidades federadas avaliadas em 2001 e discussão dos resultados com as Secretarias Estaduais, ainda que a maioria das modificações objetivasse tornar o texto do manual de orientações mais claro e de fácil entendimento, incorporando informações que já vinham sendo transmitidas verbalmente no treinamento dos entrevistadores.

Em terceiro lugar, houve algumas orientações que levaram a não padronização dos procedimentos de coleta, comprometendo a confiabilidade dos dados. Começando pela própria definição da população a ser investigada. Os entrevistadores foram orientados a incluir as equipes que estavam em funcionamento no momento da coleta e que não estavam cadastradas, embora a definição do total de equipes por município fosse as equipes cadastradas no SIAB no mês anterior ao trabalho de campo, em cada estado, e que estivessem recebendo incentivos do Ministério da Saúde.

Outra orientação que pode ter conduzido a erros foi a de checagem, com outros informantes, de questões como a quantidade e a carga horária dos profissionais e existência de médico e enfermeira na equipe, embora não houvesse no questionário campos que discriminassem a informação obtida da equipe daquela obtida de outro entrevistado, cabendo ao entrevistador a opção de definir, em caso de discordância, qual a informação “verdadeira”.

Finalmente, o incentivo à ativa participação dos entrevistadores, que foram orientados para, com base em sua experiência e nas observações, questionar os profissionais quando ocorressem contradições na entrevista ou quando as respostas não fossem compatíveis com o observado, embora possam ter contribuído para obtenção de respostas mais verossímeis, sem dúvida, comprometeram a objetividade desejada em um estudo de caráter quantitativo e introduziram muitas possibilidades de viés proveniente da subjetividade e possível falta de padronização entre os investigadores.

A consideração dos limites metodológicos do estudo não invalidam os resultados ora divulgados, mas devem orientar uma leitura e interpretação cuidadosa.

Adicionalmente, os dados obtidos das entrevistas proporcionaram um vasto banco de dados, que foi disponibilizado para as Coordenações Estaduais do PSF e pode ser utilizado para outras análises, gerando novas pesquisas avaliativas, conduzidas pelas universidades ou serviços, na perspectiva de produção de conhecimentos sobre essa experiência; além disso, podem contribuir para o aprimoramento dos processos de supervisão das equipes, numa lógica pedagógica e orientadora e serem utilizadas pelos gestores na tomada de decisões que conduzam a solução dos problemas identificados.

À guisa de exemplo, pode-se levantar algumas questões a serem investigadas com o banco de dados gerado:

- Como a incorporação de novas práticas pelas equipes (territorialização, participação social e reorganização do processo de trabalho) está associada a fatores contextuais como diferenças urbano-rural e porte dos municípios?
- Como os municípios com o Programa Saúde da Família estão organizando os sistemas locais de saúde, quanto à garantia de referência especializada e internações?
- Quais os principais fatores contextuais associados à regulamentação do trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família?

Finalmente, há que resgatar que o esforço empreendido pelo Ministério da Saúde na realização deste trabalho insere-se no contexto de um projeto político-organizacional de institucionalização da avaliação em saúde em todas as esferas do Sistema Único de Saúde.

A avaliação de programas e serviços de saúde é de fundamental importância no processo de amadurecimento do SUS no nosso país. Instituí-la enquanto prática sanitária é um desafio posto para gestores, profissionais de saúde e todos os atores sociais que acreditam que as reformas do sistema de saúde se fazem a partir da reflexão sobre os processos concretos de recriação do cotidiano dos serviços de saúde.

Apropriar-se desse cotidiano, confrontando modelos teóricos com ações práticas, construindo evidências, identificando problemas, possibilita reelaborar projetos, revisar conceitos e instrumentalizar a mudança de realidades de saúde.

No caso específico do Programa Saúde da Família, de evidente relevância no contexto político e institucional de fortalecimento da atenção básica e de reestruturação do sistema de saúde, a avaliação assume papel de destaque, na medida em que permite problematizar desde as questões mais elementares, tais como o cumprimento das normas e diretrizes do Programa, até seus possíveis efeitos em distintos contextos locais e regionais.

Certamente os esforços da avaliação precisam ser abrangentes, no sentido de que se lance mão de uma diversidade de estratégias para abordar aspectos normativos, descrições mais globais, até estudos em profundidade de questões muito específicas que mereçam destaque e investigação mais elaboradas.

As possibilidades e opções devem ser variadas, atendendo às diferentes necessidades dos diversos atores sociais que se colocam problemas distintos.

Particularmente no caso do Ministério da Saúde, o enorme investimento de recursos para implantação do PSF, incluindo os incentivos e o financiamento para qualificação das equipes por meio dos Pólos de Educação Permanente, tem colocado como imperativas a avaliação normativa do Programa e de sua efetividade, resultando em importante esforço de estruturação de um projeto de avaliação que vem sendo gestado pelo menos desde 1994, quando se realizou a primeira avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde nos estados que tinham aquele Programa.

Desde então, ao menos duas pesquisas nacionais foram empreendidas: uma em 1999, abarcando 2.368 equipes de saúde da família e quase 1.000 secretários municipais de saúde e, esta pesquisa, que pretendeu realizar um censo das equipes implantadas no País.

Tais iniciativas, entretanto, não se constituem em pesquisas isoladas, se inserindo num contexto de organização da área de avaliação da atenção básica no Ministério da Saúde, por meio de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento da Atenção Básica que tem como missão institucional empreender um conjunto de projetos que articulam diferentes estratégias avaliativas da atenção básica. A divulgação deste estudo que se debruçou sobre mais de 16 mil equipes constitui-se assim, num importante passo para a institucionalização da avaliação no SUS.

## Equipe técnica

Equipe de colaboradores (1.<sup>a</sup> versão): MS/SPS/DAB:

Ângelo Giovani Rodrigues

Berardo Augusto Nunan

Geraldo Campos

Maria Aparecida Turci

Pedro Gilberto de Lima

Rosa Maria Monteiro - consultora

Silvana Leite

Opas:

Juan Seclen

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, fevereiro de 2004

OS 0053/2004